



EN PORTADA

20 Así late la sanidad europea

La existencia de un sistema europeo de salud está aún lejos de ser una realidad, pero desde la UE sí se han marcado ya algunos objetivos y estrategias comunes a todos sus países miembros

REPORTAJES

32 Investigar en salud, invertir en vida

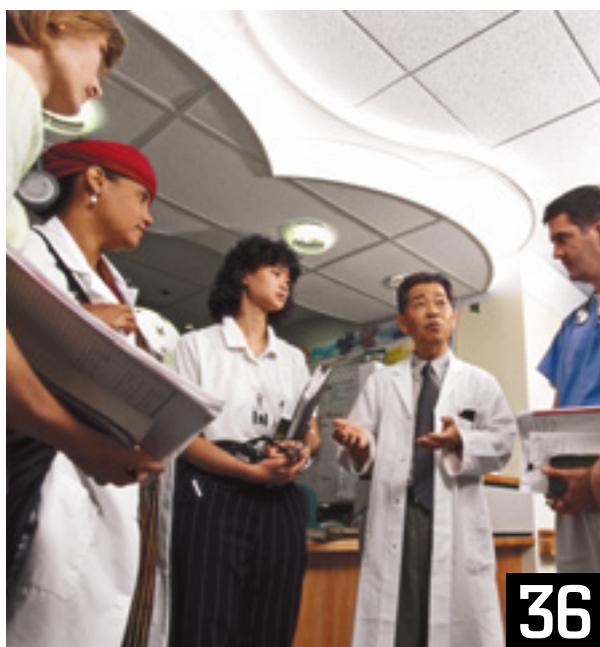
Fundación Mapfre ha destinado a su convocatoria de ayudas y becas de 2011 más de un millón de euros repartidos en 84 proyectos que se desarrollarán a lo largo del presente año

36 Hagamos corrillo

Las reuniones de personal diarias y rápidas ayudan a mejorar la comunicación y pueden contribuir a resolver algunos de los desafíos de la consulta

40 Esperar lo inesperado

Estar preparado ante la posibilidad de un divorcio, una incapacidad o un fallecimiento puede salvar su consulta a largo plazo



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



30

SECCIONES

- 5 **La Lanceta**
Dicen reformas y son recortes
- 6 **El Termómetro**
Eficiencia: de la necesidad a la exigencia
- 8 **Al Día**
Los médicos dedican unas 5 horas semanales fuera de su jornada a formación
- 16 **Gestión de Calidad: Medio Ambiente**
La responsabilidad social empresarial: una realidad necesaria
- 18 **Gestión en Atención Primaria**
Diez competencias básicas para la dirección del centro de salud
- 30 **Salud y Tecnología**
Un respiro para los pacientes... y la economía

- 44 **Sanidad Autonómica**
- 46 **Capital Riesgo**
'Business angels': alternativa al capital riesgo (I)
- 48 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Cree posible la adopción de un modelo sanitario europeo único?



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

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

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

© Copyright 2012 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

EDITORIAL

Juan Abarca Campal
CONSEJERO DELEGADO.
GRUPO HM HOSPITALES

Marta Aguilera Guzmán
PRESIDENTA. SEDAP

Margarita Alfonsel Jaén
SECRETARIA GENERAL. FENIN

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

Humberto Arnés Corellano
DIRECTOR GENERAL.
FARMAINDUSTRIA

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.
RENTA 4 SOCIEDAD DE VALORES



José Ignacio Alemany
SOCIO DIRECTOR.
BUFETE ALEMANY ESCALONA
& ESCALANTE

CAPITAL RIESGO



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

NUEVAS TECNOLOGÍAS



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



Óscar Gil García
GERENTE DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

Dicen reformas y son recortes

Por **GONZALO SAN SEGUNDO**

Los políticos gobernantes son verdaderos maestros en pervertir el lenguaje, en crear ceremonias de la confusión con las palabras. No quieren mostrar a la opinión pública la pechuga desplumada del pollo que montan, pero se les ve el plumero. Pretenden encontrar equilibrios en los mensajes y se desploman en las explicaciones. Optan por llamar pan al vino y al vino pan y, aunque el vino y el pan hacen buenas migas, quieren emborracharnos con aire y, además, lo contaminan.

Lo estamos viendo a la hora de vender a los ciudadanos los recortes en general y los que afectan a la Sanidad en particular. Huyen del verbo recortar, con connotaciones negativas, como alma que lleva el diablo, y lo sustituyen por otros, como retocar, ajustar, reestructurar y, especialmente, reformar. Recortar significa quitar y reformar suena mejor y asusta menos, aunque, si se conjuga bien, puede ser más letal que recortar. Con ese empecinamiento, debidamente inculcado, niegan hasta la saciedad la evidencia: que sean recortes lo que son recortes.

Las declaraciones que han motivado las últimas medidas aprobadas por el Gobierno para ahorrar 10.000 millones de euros, de los cuales 7.000 corresponden a Sanidad y 3.000 a educación, han obligado a los expertos a cambiar la conjugación del verbo recortar, que ahora queda así:

Yo reformo, tú retocas, él reestructura, nosotros racionalizamos, vosotros os jorobáis y ellos ajustan.

Desde el presidente del Gobierno hasta los consejeros de Sanidad, pasando por una buena parte del elenco ministerial, con Ana Mato y Cristóbal Montoro a la cabeza, se han lanzado por ahí a explicar a los ciudadanos que ellos no realizan recortes, sino ajustes y reformas. Pero los medios de

comunicación siguen llevando la palabra recortes a los titulares y muchos de esos ciudadanos responden con re-cortes de mangas.

Ejemplos de declaraciones. Mariano Rajoy, presidente del Gobierno. “No hacemos recortes, sino reformas en los servicios públicos”. Montoro, ministro de Hacienda: “No son recortes sanitarios y de la enseñanza, es reestructurar el gasto público para su racionalización”. Mato, ministra de Sanidad;

Dolores de Cospedal, número dos del PP y presidenta de Castilla-La Mancha, y su consejero de Sanidad, José Ignacio Echániz: “No son recortes, son ajustes”.

Ejemplos de medidas, de este y del anterior Gobierno. Pagar más por los medicamentos, pagar por las prótesis y sillas de ruedas, ¿no es recortar el dinero del ciudadano? Dejar de financiar los tratamientos de fertilidad, ¿no es recortar los servicios sanitarios? Reducir o congelar salarios, ¿no es

recortar ingresos y/o poder adquisitivo?

Otra cosa es reformar. Reformar es un verbo con cierto empaque que encierra ambición y puede ser más doloroso que recortar, un verbo cutre y corto de miras. Ahí está la reforma del mercado laboral, o la de los impuestos al alza, o la de la

educación, también con recortes. Reformar puede ser, incluso, más necesario que los recortes para reducir el gasto, vía mejora de la gestión o integración de la cronicidad en la Atención Primaria.

POSTDATA. Boi Ruiz, consejero catalán de Salud, coge al toro por los cuernos, ahora que han prohibido su lidia: “Cataluña no tiene alternativa a los recortes” (pitos); “Con los recortes garantizamos que no se resentirá la asistencia” (bronca); “No habrá más recortes” (silencio).

Director asociado de Medical Economics.

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



RECORTAR SIGNIFICA QUITAR Y REFORMAR SUENA MEJOR Y ASUSTA MENOS, AUNQUE, SI SE CONJUGA BIEN, PUEDE SER MÁS LETAL QUE RECORTAR

Eficiencia: de la necesidad a la exigencia

Por **FERNANDO MUGARZA**

Estamos inmersos en una vorágine político-social de difícil comparación si tenemos en cuenta el pasado más reciente. Hemos vivido y asistido todos a campañas electorales, propuestas, medidas, contramedidas y un sinfín de debates políticos donde la sanidad, la educación el paro o las pensiones de jubilación han cobrado y siguen teniendo un protagonismo especial.

Es, cuando menos, curioso ver como desde la administración y desde todas las instancias políticas y sociales se promueve y se impulsa el hecho de que todos los ciudadanos españoles nos procuremos un plan de pensiones en el sistema de financiación privada, es decir, a través de las entidades bancarias y financieras de nuestro país y esto no sonroje a nadie de la tendencia política y pensamiento que sea, mientras que el hecho de utilizar la enseñanza privada concertada o no o la adopción voluntaria de un doble aseguramiento genere tal nivel de reacción y de rechazo político y social.

¿No es más cierto que solo los más acomodados pueden acceder a un sistema complementario de pensiones privado? Entonces, ¿cuál es el motivo de que dichas medidas se impulsen desde la administración?

La constitución consagra el principio de igualdad de oportunidades y de trato ante la ley para todos los españoles, por lo tanto la consideración debería ser igual para todos sin distinciones de entorno en el que ejerza su labor ni razón social, es decir que la iniciativa privada en sanidad o en educación debería de tener las mismas oportunidades que el sector financiero.

Ya va siendo hora de que en este país todos tengamos los mismos derechos y por supuesto las obligaciones que a cada cual le otorgue el ámbito en el que se desarrolla en base a una carta magna común para todos. Todo español tiene derecho a llevar a sus hijos al centro educativo que estime oportuno y el Estado le debe garantizar que en el centro que haya elegido se cumplan los criterios básicos de calidad, eficiencia y resultados en términos de formación y preparación para el futuro, en beneficio del propio interesado y de la sociedad en su conjunto.

Con la sanidad al igual que ocurre con las pensiones y con la educación el tamiz lo marca nuestra Constitución en su artículo 43 que garantiza el derecho a la salud, pero no dice ni obliga a que dicha provisión sea de carácter público o privado, eso queda al libre

albedrío y elección de cada cual según su forma de pensar, criterio y posibilidades.

Medicina, médico, profesional sanitario y paciente solo hay uno que se cimbrean bajo el impulso del binomio salud-enfermedad y el interés principal de cualquiera de sus protagonistas incluyendo entre ellos a gestores y administradores sanitarios ha de ser el de que se obtengan los mejores resultados de salud en términos generales y de eficiencia, para ello deberán unos y otros procurar que los criterios de calidad, asociados a los resultados obtenidos basados en indicadores preestablecidos, sean cumplidos fielmente y además que estos sean hechos públicos de una forma nítida y transparente, al fin y al cabo el paciente es y será el eje del sistema en su conjunto.

La iniciativa privada en la sanidad, de entrada, ofrece mejores ratios de eficiencia en la gestión que la sanidad pública, mantiene un crecimiento constante a pesar de

la situación de crisis económica que nos toca vivir. Es elegida por más del 85 por ciento de los funcionarios frente al entorno público y es reconocida por parte de sus más de 10 millones de usuarios como una de las más competentes y mejores en términos de acceso, confortabilidad y muy es-

pecialmente si nos basamos en datos de resultados de salud, ya que aborda la complejidad médica y sanitaria desde los más elevados estándares de calidad y exigencia.

La iniciativa privada es fundamental, clave en cualquier faceta de la vida, pero muy especialmente en el segmento sanitario, ya que promueve la sana competencia entre los centros, estimula los procesos de I+D+i vinculados al desarrollo farmacológico, tecnológico y clínico y promueve una formación continuada de calidad, y todo ello con ilusión, ahínco y tesón, muy a pesar, tantas veces, de quien por oportunismo político denosta de un segmento sanitario, social e industrial, el privado, que hoy por hoy es ejemplo de eficiencia y resultados dentro del sistema sanitario español.

Bajo el prisma de la complementariedad e integración que el IDIS viene defendiendo desde su origen, es el momento de definir qué tipo de salud queremos en términos cualitativos y cuantitativos y qué sistema queremos que le sirva de marco de referencia; sin duda que en ese proceso de definición estratégica deberían participar todos los grupos de interés, y entre ellos el de la sanidad privada que sigue cumpliendo un papel esencial en términos de calidad, innovación, eficiencia, solvencia y sostenibilidad.



**LA INICIATIVA PRIVADA
PROMUEVE LA FORMACIÓN,
LA SANA COMPETENCIA
ENTRE LOS CENTROS Y LOS
PROCESOS DE I+D+I**

Director de Comunicación del Grupo Zeltia y de Desarrollo Corporativo del IDIS. Expresidente y Miembro de Honor de Forética



FORMACIÓN

Los médicos dedican unas 5 horas semanales fuera de su jornada a formación

A pesar de que es un hecho reconocido que la profesión médica tiene unas exigencias de formación superiores a la de la mayoría de profesiones no siempre es fácil ofrecer datos concretos que reflejen esta realidad. El Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada ha hecho públicos ahora los resultados de una encuesta

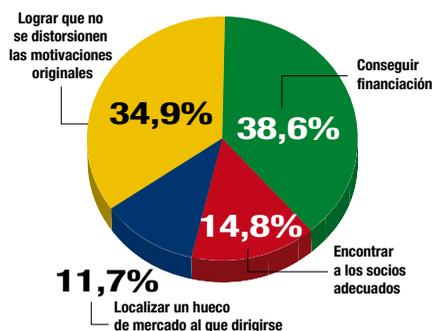
efectuada a casi 3.000 profesionales que sitúa la media semanal de horas dedicadas a formación fuera de la jornada laboral en cinco. En concreto, un 69 por ciento de los encuestados afirmó dedicar ese número de horas, o más, a formarse, mientras que tan solo el 3,53 por ciento declararon dedicar a esa tarea unas tres horas semanales.

El estudio hace hincapié en que las horas de formación se realizan en el tiempo de ocio de los médicos y que no están de ningún modo retribuidas ni reconocidas. Y ello teniendo en cuenta que, sumando las guardias, la jornada habitual de un médico es de 48 horas semanales dedicadas en su totalidad a la asistencia clínica.

ENCUESTA

¿QUÉ CREE QUE ES LO MÁS DIFÍCIL A LA HORA DE EMPRENDER UN NEGOCIO PROPIO?

Según los resultados de la encuesta de *Medical Economics* los profesionales de la sanidad española consideran que las dos grandes trabas a la hora de poner en marcha un negocio propio son lograr financiación (un 38,6 por ciento de las respuestas) y no perder de vista las motivaciones iniciales (34,9 por ciento). Encontrar a los socios adecuados para desarrollar la idea es la mayor dificultad para el 14,8 de los encuestados, mientras que el 11,7 por ciento restante considera que lo más complicado es localizar un hueco de mercado al que dirigirse.



PROFESIÓN

CRECE EL PARO ENTRE LOS LICENCIADOS EN MEDICINA



El creciente problema del desempleo en España no perdona a las profesiones relacionada con la salud, tal y como reflejan los datos publicados por el Servicio Público de Empleo (SEPE), correspondientes a marzo. Las cifras apuntan a un crecimiento del número de parados entre los licenciados de Medicina que se sitúa en 1.929 ese mes, un 51,77 por ciento más con respecto a los datos de hace un año. El desempleo afecta al doble de mujeres, 1.309, que de hombres, 620, mientras que por franja de edad, la más afectada es la correspondiente a los mayores de 44 años al que le sigue el grupo comprendido entre 30 y 39 años.

En lo que respecta a las especialidades, las diez que más demandantes de empleo registran son, en esta ocasión, medicina familiar y comunitaria, medicina del trabajo, medicina interna, psiquiatría, pediatría, obstetricia y ginecología, medicina preventiva y salud pública, oftalmología, medicina de la educación física y deporte, y cirugía general y del aparato digestivo.

REFORMAS

MÁS HORAS DE TRABAJO, MÁS PRIVATIZACIÓN

En lo que va de año el anuncio de medidas enfocadas a reducir el déficit del sistema de salud ha sido un goteo constante tanto por parte de la administración central como de las autonómicas. En esa línea, llegan dos nuevos anuncios de medidas: esta vez protagonizadas por la Comunidad Valenciana y Navarra.

Los valencianos han anunciado que extenderán el modelo de gestión privada a todos los centros sanitarios públicos con un gestor único: primero a todos aquellos servicios que ya están externalizados y, después, a las prestaciones que requieren copago por parte de los usuarios. Solo el personal estatutario y las inversiones seguirán dependiendo del gobierno autonómico. Esta medida está incluida en el plan de ajuste 2012-2014.

Por su parte, Gobierno Foral de Navarra ha presentado el nuevo modelo de atención sanitaria, que comportará la ampliación del horario de los centros de salud hasta las 20 horas, mientras que el horario de las consultas de atención especializada y la actividad de los quirófanos se prolongará hasta las 18 y 17 horas, respectivamente. Estas actuaciones constituyen dos de los principales pilares del nuevo modelo de atención sanitaria que va a implantar el Departamento de Salud a lo largo de la legislatura y que tiene como objetivos primordiales reorganizar el actual sistema, de forma que los recursos se dediquen realmente a atender las necesidades del paciente.

FINANZAS

RETRIBUCIÓN VARIABLE PARA LOS 600.000 EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA SANIDAD

El Real Decreto Ley de recortes sanitarios, aprobado el pasado viernes 18 y publicado en el BOE cuatro días después, establece que las retribuciones de los más de 600.000 empleados públicos de la sanidad española estén sujetas a una parte variable dependiendo de la productividad, o sea, en función de los objetivos cumplidos. La justificación de tal medida se basa en "facilitar los planes de eficiencia que las comunidades autónomas están desarrollando en la crisis".

El Real Decreto también se refiere a la promoción profesional, y señala que los servicios de salud evaluarán el desempeño del personal "a través de procedimientos fundados en los principios de igualdad, objetividad y transparencia". A tal fin se realizará una evaluación periódica para fijar una parte de las retribuciones complementarias, "vinculadas a la productividad, al rendimiento y, en definitiva, al contenido y alcance que efectivamente se realiza".

OJO AL DATO / APPS Y SALUD

100 millones de euros facturaron las aplicaciones de salud en España en 2010

Una cifra que creció el pasado año hasta los **718** millones

6.000 aplicaciones relacionadas con la salud se han creado en los pasados dos años y medio

Los estadounidenses gastaron en 2011 en servicios *on-line* relacionados con salud unos **2,6** billones de dólares

Fuente: AppsOnHealth.

Euskadi revoluciona su sistema de salud

DIRECTIVOS DE OSAKIDETZA EXPLICAN LAS DIFICULTADES PARA IMPLANTAR LA ESTRATEGIA DE ABORDAJE A LA CRONICIDAD.

Las enfermedades crónicas suponen el 80 por ciento de las interacciones con el sistema sanitario vasco y el 77 por ciento del gasto sanitario, por lo que actuar en este campo en estos momentos de crisis profunda se ha convertido, más allá de la cronicidad, en una oportunidad para establecer una nueva forma de organización en la asistencia sanitaria basada en la integración de la Atención Primaria (AP) y la hospitalaria. De hecho, las áreas de salud son OSI (Organización Sanitaria Integrada), con un gerente al frente entre los que priman los internistas.

“La integración asistencial es uno de los santos griaes de la Sanidad, que cualquiera trata de implantar. Nosotros lo estamos haciendo mediante el abordaje a la cronicidad”, comentó Carlos Sola Sarabia, subdirector de Asistencia Sanitaria del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), en el transcurso del II Encuentro *Medical Economics* de Gestión Sanitaria, celebrado el pasado martes 8, en el Hospital Universitario de Donostia. Y añadió: “Se trata de un cambio estructural y cultural y esto cuesta implantarlo”.



Una decena de directivos de Osakidetza de Atención Primaria y hospitalaria, enfermería y farmacia participaron en la reunión.

En la reunión, organizada por esta revista con la colaboración de Astellas Pharma, Sola estuvo acompañado por una decena de directivos de Osakidetza de Atención Primaria (AP) y hospitalaria, enfermería y farmacia. Todos ellos explicaron las dificultades que están encontrando para poner en práctica el nuevo diseño de atención a los pacientes crónicos, un empeño que consideraron “muy ambicioso” y con grandes oportunidades para el desarrollo profesional.

Desde el abordaje a la cronicidad, el Departamento de Salud vasco, con el consejero Rafael Bengoa, y el director gerente de Osakidetza, Julián Pérez Gil, al frente, pretende integrar los dos ámbitos de la atención sanitaria y, con ello, revolucionar el sistema de salud de Euskadi.

Un objetivo ambicioso plagado de retos y no exento de problemas, tanto para la propia organización sanitaria, como para los pacientes y sus cuidadores, y para los profesionales, que tienen que cambiar de *chip* para afrontar cambios esenciales en la forma de cuidar su salud (los enfermos) y en la de trabajar, organizarse y tratar los procesos patológicos de la cronicidad (los profesionales).

Una de las dificultades a salvar es el entendimiento y colaboración entre los médicos internistas y los de Atención Primaria. Por una parte, se presenta al internista como “el médico de referencia” en el hospital para los crónicos y “para una serie de profesionales de AP”. Y, por otra, se insiste en que es el médico de AP “el referente de verdad” de los pacientes crónicos, lo que lleva a “un cierto recelo inicial” entre ambos profesionales a la hora de colaborar.

Pero la cédula de esta *revolución* sanitaria no es cosa de dos, sino de al menos cuatro. Al médico de AP y al especialista se le suman la enfermería y la farmacia. Se trata, en definitiva, de un equipo multidisciplinar, que tendrá a su servicio herramientas como la telemedicina y tecnologías como la *web* 2.0 y las redes sociales para el control y comunicación con el paciente.

Otro problema debatido fue la sobrecarga de trabajo que este abordaje a la cronicidad supone para los de AP, ya que sobre ellos recae la mayor parte de la responsabilidad de las tareas de información, educación, etcétera que el paciente crónico ha de asumir. Para ello, se dijo, “se nos tiene que rebajar la carga burocrática”. En otras palabras: “Falta la palanca de la incentivación para que esto dé la vuelta”. En ese empeño, la enfermería y la farmacia asumen un papel trascendente, sobre todo en la selección de los mejores medicamentos en función de su relación coste-efectividad, y en la adhesión al tratamiento. Para ambos colectivos, su participación en la implantación de la estrategia de abordaje a los enfermos crónicos supone “una gran oportunidad” para su desarrollo profesional, ya que les permite trabajar en equipo y asumir nuevas competencias.

A los profesionales les han marcado rutas para saber cómo actuar. Algunos tienen “serias dudas de su utilidad”; otros creen que la herramienta “es buena, pero no da los resultados que queremos porque falla el factor humano”. Con todo, la estrategia de la cronicidad está en marcha. De momento, con colectivos de pacientes concretos (esquizofrénicos sin techo, los que precisan cuidados paliativos) en plan experiencias piloto. El fin último es el desarrollo de un espacio socio-sanitario, que aún “está lejos de alcanzarse”. Todo llegará (con permiso de los políticos).

Sedisa y Grünenthal, aliadas contra el dolor

Después de un año de colaboración, Sedisa (Sociedad Española de Directivos de la Salud) y Grünenthal han anunciado que renuevan su acuerdo de colaboración para seguir promoviendo la correcta gestión del dolor en el sistema sanitario español y aumentar la concienciación de la sociedad sobre esta enfermedad.

Esta consolidada alianza entre el laboratorio y el colectivo de profesionales dedicados a la gestión de la salud, se verá reflejada en la realización de jornadas autonómicas, y en la participación en el 18 Congreso Nacional de Hospitales que se celebrará en Bilbao en



el mes de febrero de 2013, bajo el lema "Creando valor sostenible".

Con todo esto, Grünenthal continuará apostando por el trabajo conjunto e impulsando todos aquellos proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor, en línea con los intereses y necesidades de las sociedades relacionadas con la salud.

Premios Prevent para las sociedades española y castellana de medicina del trabajo

La Sociedad Española y la Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo han sido distinguidas por su destacado trabajo en pro de la seguridad y salud laboral por el Consejo General de Relaciones Industriales y Ciencias del Trabajo de España (CGRICT) en su XIIIª Jornada Técnica de Prevención de Riesgos Laborales celebrada en Oviedo. De esta manera, el CGRICT quiso distinguir la dilatada trayectoria de dos de las sociedades científicas más antiguas de nuestro país en materia de seguridad y salud laboral.

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST), fundada en 1956, ha recibido el premio nacional de Prevención Prever 2011 en su categoría de Empresas e Instituciones. Por su parte, la Sociedad Castellana de Medicina y Seguridad (SCMST), fundada en el año 1972, recibió la Medalla de Oro al Mérito Profesional en las Ciencias del Trabajo con distintivo amarillo.

Los médicos de Madrid eligen la nueva junta de su Colegio entre cinco candidaturas

El próximo 24 de mayo los colegiados médicos madrileños están llamados a las urnas para decidir quiénes serán los integrantes de su nueva Junta Electoral del Colegio de Médicos de Madrid (ICOMEM). En total se han presentado cinco candidaturas, la mayoría encabezadas por nombres ya conocidos en el Colegio. Las listas electorales están lideradas por Juan José Díaz Franco, Miguel Sánchez Chillón, Sonia López Arribas, Miguel García Alarilla y Guillermo Sierra Arredondo.

De las cinco candidaturas, la de Sonia López Arribas, psiquiatra del hospital Gómez de Ulla, es la más joven y "menos política". García Alarilla, actual presidente de ICOMEN, defiende la permanencia, mientras que Guillermo Sierra repite intentona presentándose por segunda vez. Los dos candidatos restantes son también viejos conocidos: Sánchez Chillón ocupaba hasta ahora el puesto de vocal de Atención Primaria y Juan José Díaz Franco el equivalente en la OMC.

La plataforma Campus Sanofi crece a un ritmo de mil usuarios al mes

La plataforma Campus Sanofi, desarrollada por la filial de Sanofi en España y Portugal, crece al ritmo de casi mil nuevos usuarios al mes desde su lanzamiento, a finales del mes de octubre de 2011. Actualmente, más de 4.500 profesionales sanitarios en España y por encima de mil en Portugal ya están inscritos en esta herramienta de formación en el ámbito de la salud 2.0.

Campus Sanofi (www.campussanofi.es) es un curso de formación gratuito *on-line* que tiene como objetivo acercar a los profesionales sanitarios en el ámbito de la Salud 2.0 así como brindar a los usuarios todas las posibilidades que ofrecen Internet y las redes sociales en el ejercicio de su labor asistencial.

Con más de 30.000 visitas, Campus Sanofi se ha convertido en una guía de referencia para los profesionales sanitarios que les ayuda a aplicar de una manera rápida y sencilla algunos de los principales recursos disponibles en Internet en su día a día.



Guillermo Sierra Arredondo, candidato a presidir el Colegio de Médicos de Madrid

“Crearemos un observatorio de calidad asistencial”

El ex presidente de la OMC presenta una candidatura a las elecciones del Colegio de Médicos de Madrid del próximo día 24 “de transición”, con el fin de “dar paso a gente joven”

Por **GONZALO SAN SEGUNDO**

PREGUNTA: ¿Por qué se presenta?

RESPUESTA. Siempre he tenido una preocupación por los temas profesionales. Y, en estos momentos de crisis, la candidatura que yo presidido ha visto que es necesario tener unas organizaciones colegiales fuertes, en las que el propio médico sea el que se elija a sí mismo, es decir, que sea él el protagonista. La experiencia en cargos de representación me ha hecho pensar que puede ser esta una candidatura de transición y, a corto plazo, dar entrada a gente joven, dejando un colegio reformado, transparente, que se dedique a defender a los profesionales y que cambie prácticamente toda su forma de funcionamiento. Lo importante es que los que ya estamos en la puerta de salida dejemos unas organizaciones profesionales suficientemente sólidas, con mucho prestigio para que los médicos jóvenes tengan unos colegios donde se puedan debatir sus problemas profesionales y que defiendan la calidad asistencial, que es su objetivo primordial.

P. ¿Lo de candidatura de transición significa que no piensa cumplir los cuatro años de mandato?

R. Posiblemente se cumplan, pero yo no tendría inconveniente en adelantar las elecciones y dejarlo. Pero más de cuatro años, no. En esta ocasión estamos intentando concienciar a los médicos jóvenes para que participen. Lo importante no son las organizaciones, sino las personas que están en ellas. Y el mensaje es que la gente joven entienda como suyo el propio colegio para que en él encuentren vías de solución a sus



“ES NECESARIO TENER UNAS ORGANIZACIONES COLEGIALES FUERTES, EN LAS QUE EL PROPIO MÉDICO ES EL PROTAGONISTA”

problemas profesionales, de formación, de empleo y promoción aquí o en otros países por medio de becas. Tenemos que hacer un colegio dinámico basado en gente joven.

P. Ya se presentó a las elecciones de 2008. ¿No escarmentó?

R. Eso me pregunto yo también. Pensaba que había escarmentado. No tenía en mente presentarme, pero el cambio de situaciones personales ha hecho que, al disponer de más tiempo, pueda tener más actividad y dedicación al colegio, a la profesión y a defender aquello en lo que siempre he creído. La nuestra es una profesión ninguneada, no se nos escucha, no se nos hace caso, el médico está desilusionado,

mal retribuido... Y con todos estos componentes es muy difícil mantener la calidad asistencial que demanda la sociedad. Si vamos a votar, si participamos, haremos fuertes las instituciones y pondremos al frente de ellas a las personas que puedan representar mejor nuestros intereses.

P. ¿Va a las elecciones con más confianza que en 2008?

R. La confianza la he tenido siempre. Lo que pasa es que muchas veces hay condicionantes externos que determinan el resultado final. Y eso es lo malo, que haya agentes externos que condicionen un proceso electoral. Esto no es bueno

para la profesión. Véase, por ejemplo, la intervención, de forma muy notoria, en las anteriores elecciones de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Espero que en esta ocasión no sea así. He hablado personalmente con el consejero Javier

Fernández-Lasquetty, y me ha dicho que no iban a hacer una apuesta definida por ninguna candidatura. Pero me dan miedo los apoyos oficialistas, es decir, que desde la Consejería llamen a los gerentes, estos a los jefes de servicio y estos a los médicos adjuntos y residentes para inducirles a quién tienen que votar.

P. ¿Cómo va convencer a los médicos jóvenes para que vayan a votar?

R. Pues presentándoles un proyecto creíble, además de la labor que está ejerciendo entre los MIR el vocal de Médicos en Formación de nuestra candidatura. Pero lo que me gustaría es que fueran a votar, que par-

ticiparan. Solo de esa manera, participando, podremos cambiar las organizaciones. Si construimos organizaciones fuertes, podremos estar mejor representados que si nos movemos solamente al impulso puntual de un determinado problema, como el que ha habido ahora, una bajada encubierta de salario por medio de trabajar 37 horas y media, tiempo que el médico cumple de sobra. Y los profesionales ya están bastante deficientemente retribuidos.

P. ¿Y cuál es el contenido de su programa, su oferta para ganar?

R. En primer lugar, que el colegio sea el colegio del médico. Nuestro lema es: "Por el médico, elígete a ti. Por el médico y para el médico. Somos tú". Creo que nuestra candidatura puede dar soluciones a los problemas que tiene la profesión. Por eso hemos hecho un diagnóstico de la situación, donde ha-

blamos del aislamiento, de la desilusión, de la desincentivación, del desempleo, del estancamiento, de la sobrecarga asistencial, de la marginación (sobre todo de los mayores), de la desorientación de

"SEREMOS LEALES CON LA CONSEJERÍA DE SANIDAD, PERO QUE NO SE CONFUNDA LEALTAD CON SUMISIÓN"

los MIR sobre cuál va a ser su futuro, de la opacidad, de la escasa posibilidad de participación de los médicos en su propio colegio, etcétera.

P. Ese es el diagnóstico. ¿Y el tratamiento?

R. Nosotros lo que queremos es mejorar las condiciones socio-profesionales de

los médicos. Porque, y no me cansaré de repetirlo, la obligación de un colegio profesional es mejorar y velar por la calidad asistencial de los ciudadanos. No conozco a ningún profesional que pueda mejorar la calidad si está desmotivado y mal retribuido. Más cosas: tomar decisiones basadas en la opinión del médico, proporcionar plataformas para la comunicación, formación y difusión del conocimiento, simplificar las gestiones, apostar por la calidad del médico, y fomentar la participación colaborando con otros colectivos, nacionales e internacionales. Todo esto forma parte del tratamiento, basado en tres pilares que no podemos olvidar: transparencia, defensa de los profesionales y cambio. Como decía Napoleón, lo imposible es el refugio de los cobardes.

P. Todas esas buenas intenciones necesitarán de instrumentos para llevarlas a cabo.

R. Esencialmente, crear desde el colegio un observatorio de calidad asistencial, a donde se lleven las deficiencias asistenciales que comprueben los médicos. Aquí tendrán un papel importante las sociedades científicas. Este observatorio intentará negociar con la administración correspondiente, y nosotros seremos leales con la Consejería de Sanidad, pero que no se confunda lealtad con sumisión. También, conseguir una infraestructura suficientemente sólida y fuerte para que los médicos en formación encuentren una mejora de su formación actual y una mejora en los caminos de salida cuando acaban la residencia. Y esto se hace hablando y concertando con los hospitales de otros países, por ejemplo. El colegio lo gestionará.

P. ¿Se ha marcado objetivos si gana?

R. Primero, cumplir, poner en práctica todo a lo que nos comprometemos, que es mucho. Además, reformar los estatutos para que uno no se pueda presentar más de dos mandatos seguidos y para hacer un colegio por áreas de trabajo o funcionamiento: Atención Primaria, atención especializada, la formación y el ejercicio libre. No tengo ningún inconveniente en hacer una declaración de bienes si alguno elegido.

LA CANDIDATURA

Guillermo Sierra Arredondo, presidente. Traumatólogo, expresidente de la OMC.

Javier López de la Morena, vicepresidente. Intensivista.

Carmen Gómez Asorey, secretaria general. Especialista en Aparato Digestivo.

Mariano Rabadán Ruiz, vicesecretario. Tutor de Urología del Hospital La Princesa.

Pilar Riobó Serván, tesorera. Jefa asociada de Endocrinología y Nutrición de la Fundación Jiménez Díaz.

Jorge Matias-Guiu Guía, vocal de Hospitales. Catedrático y jefe del Servicio de Neurología del Hospital Clínico.

Ana María Blanco Rodríguez, vocal de Atención Primaria. Centro de Salud de Alcalá de Henares.

Jesús Ortiz Setién, vocal de Médicos Titulares. Médico de Familia en Paracuellos del Jarama.

Pilar Balado Vázquez, vocal de Ejercicio Libre. Oftalmóloga del Hospital Gregorio Marañón.

Alfredo Rivas Antón, vocal Sin Ejercicio. Director general de la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional del Instituto de Salud Carlos III.

Manuel Quintana Molina, vocal de Jubilados. Hematólogo.

Fernando Aguilar Rodríguez, vocal de Médicos en Formación. MIR de Medicina Interna en el Hospital 12 de Octubre.

Josep Maria Piqué, director general del Hospital Clínic de Barcelona y director del Comité Científico de MIHealth Forum

“Hemos gastado en salud más de lo que nuestro país se podía permitir”

En un momento álgido del debate sobre la sostenibilidad del sistema llega a Barcelona la primera edición de MIHealth Forum (24 y 25 de mayo) que cuenta entre sus ponentes con algunos de los expertos internacionales más reconocidos. Entre todos buscarán la forma de mejorar la calidad asistencial sin incrementar el gasto.

PREGUNTA. ¿Qué puede aportar MIHealth Forum de novedoso frente a otras reuniones centradas en gestión y sanidad?

RESPUESTA. El objetivo es reunir en un mismo foro a profesionales de la salud, gestores, autoridades e industria del sector sanitario para discutir, analizar y compartir ideas y experiencias a nivel internacional sobre cómo obtener mejores resultados de salud. Debatiremos cómo debemos reorganizar nuestros sistemas de salud y cómo debemos introducir nuevas tecnologías para hacerlos más eficientes y mejor orientados a las necesidades futuras de nuestros ciudadanos con una esperanza de vida incrementada, pero a expensas de convivir con enfermedades crónicas altamente consumidoras de recursos.

También abordaremos la gestión de la innovación y cómo incrementar la transformación del conocimiento que este sector genera en valor productivo para la sociedad y riqueza para un país.

P. ¿Cuáles son los temas estrella del evento?

R. El Forum se articula alrededor de cuatro líneas principales. En primer lugar, cómo el conocimiento clínico puede transformarse en innovación y cómo acelerar que las ideas lleguen con rapidez al mercado. Un segundo aspecto es qué tipo de tecnologías sanitarias y que márgenes de coste-efectividad



“UNA VEZ CONSEGUIDA LA MÁXIMA EFICIENCIA DE LAS ORGANIZACIONES, O REDUCIMOS CARTERA DE SERVICIOS O REDUCIMOS LA ACTIVIDAD O HABLAMOS DE CORRESPONSABILIDAD CIUDADANA EN EL PAGO”

les vamos a exigir para ser introducidas en la práctica clínica. En tercer lugar se abordará cómo debemos reorganizar nuestros sistemas y organizaciones de salud para hacer frente a los retos de la medicina del futuro basada mayoritariamente en la prevención, la predicción

y la personalización. Y, por último, se debatirá acerca de cómo la remodelación de las organizaciones y la incorporación de las nuevas tecnologías podrán llevarse a cabo en un marco de constricción económica y limitación de recursos.

P. Da la impresión de que, en teoría, hay un cierto consenso acerca de las medidas necesarias para mejorar la eficiencia de nuestro SNS, ¿por qué parece tan complicado llevarlo a la práctica? ¿Qué se podría hacer para que las conclusiones de reuniones como el MIHealth Forum tuvieran un reflejo más eficaz en el día a día de nuestra sanidad?

R. La transformación de las organizaciones y el cambio de los hábitos y las rutinas profesionales es siempre una tarea compleja que requiere de los esfuerzos coordinados de todos los actores del sistema. Ello solo se conseguirá buscando e incentivando la complicidad de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros y con la búsqueda de liderazgos naturales en el seno de las organizaciones.

P. ¿Cuál cree que es el problema más acuciante de la sanidad española?

R. En este momento afrontamos una situación donde coincide la suma de varias crisis. Tenemos una crisis económico-financiera que ha puesto al

descubierto que, al igual que en el conjunto general de nuestra sociedad, hemos gastado en salud más de lo que nuestro país se podía permitir.

Tenemos también la crisis de una descentralización del sistema sanitario que ha sido positivo por el hecho de acercar la gestión al ciudadano, pero que ha generado algunas duplicidades y ofertas no optimizables en algunas regiones tanto por el escaso número de usuarios como por el número mínimo de procedimientos necesarios para mantener el adecuado entrenamiento del operador.

A esos dos factores se suma una crisis organizativa y de eficiencia de las instituciones sanitarias en sí mismas y en la falta de integración de los diferentes niveles asistenciales que hacen que vayamos por detrás de las necesidades que la asistencia sanitaria del futuro requiera. Y, por último, hay una crisis global de los sistemas de salud que ven que con el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la introducción de nuevos productos y tecnologías se han disparado los gastos del sistema sanitario muy por encima del crecimiento del PIB.

P. ¿Es posible que entre tanta preocupación por la sostenibilidad, la eficiencia y los modelos de gestión se esté dejando un poco de lado al paciente en el debate sobre el futuro de la sanidad?

R. Es cierto que nuestras organizaciones deben reformularse para poner al paciente en el centro del sistema y para atender mejor sus necesidades. Pero también es cierto que el ciudadano debe pasar de tener un papel pasivo a desarrollar un papel mucho más activo en el mantenimiento de su salud, tanto en la participación en las decisiones como en la corresponsabilización en su autocuidado.

P. ¿Pueden las reformas anunciadas hacer que se produzca un retroceso en prevención (por retraso de consultas y pruebas, no seguimiento de tratamientos, etcétera)?

R. Los profesionales de la salud y los gestores sanitarios tenemos la obligación de emplear de la forma más eficiente posible los recursos que los ciudadanos ponen a nuestra disposición a través de sus impuestos o en pago directo. Pero es evidente que una vez conseguida la máxima eficiencia de las organizaciones, o reducimos cartera de servicios, o reducimos la actividad con el consiguiente incremento de las listas de espera, o nos ponemos todos de acuerdo para decidir qué prestaciones o partidas de gasto tienen corresponsabilización económica por parte del ciudadano. Si la decisión es reducir actividad, deberemos seleccionar cuidadosamente las partidas a recortar con el objetivo de no tocar elementos cruciales que puedan afectar supervivencia y que afecten lo menos posible la calidad de vida de los pacientes.



Por **ELISA HERRERA FERNÁNDEZ**

La responsabilidad social empresarial: una realidad necesaria

Siempre que nos planteamos un acercamiento a la responsabilidad social corporativa o empresarial (RSC), como queramos llamarla, solemos partir de la definición que de este concepto se hace en el denominado *Libro Verde de la Responsabilidad Social* de la Comisión Europea, y que la define como “la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores (*stakeholder*)”.

En este sentido, la RSC se entiende como un proceso que incluye necesariamente la gestión de la actividad empresarial en relación con sus grupos de interés, que pueden ser internos y externos. El establecimiento de los límites o fronteras dentro de los cuales los costes y beneficios han de gestionarse es cuestión de política y estrategia empresariales, pero también afecta cada vez más a cuestiones de gobernanza de la entidad. En realidad, la RSC se debe entender como la contribución activa y voluntaria de una organización en las áreas social, económica y ambiental con el objetivo de mejorar su situación de competencia y su valor añadido. Sin perder de vista que tiene que ser de calidad, viable, sostenible y transparente.

Si en principio la razón fundamental para el desarrollo de la empresa es el crecimiento económico de la misma, y la toma de decisiones, lógicamente, se mueve en esa dirección, la RSC pretende que la empresa se oriente a conseguir un desarrollo

sostenible, que es sinónimo de una gestión inteligente. Esto se consigue colocando en el ámbito de toma de decisiones los principios motores de la RSC, modificando, por lo tanto, el peso que debe de tener el crecimiento económico en el sentido clásico.

El sector sanitario se define por su vocación de servicio y de atención al paciente. Sin embargo, cada vez se toma más en consideración su faceta empresarial, tal y como señala un estudio del Centro de Investigación de Economía y Sociedad (CIES), de la Universidad Autónoma de Barcelona que incide en que los hospitales son empresas que se fundamentan en su actividad económica y social. A pesar de ello, como norma general todavía no han estructurado políticas activas de RSC en sanidad.

En el entorno sanitario, la aplicación de la RSC persigue un crecimiento sostenido. Los principios y las políticas que la empresa sanitaria se plantee en este ámbito deben enfocarse a actuaciones encaminadas a cumplir las expectativas de usuarios y trabajadores, en relación con los recursos y los resultados posibles.

Desde la perspectiva de la dimensión externa de las empresas, la responsabilidad social se extiende hasta las comunidades locales e incluye, además de a los trabajadores y accionistas, un amplio abanico de interlocutores: socios comerciales y proveedores, consumidores, autoridades públicas y ONG defensoras de los intereses de las comunidades locales y el medio ambiente.

Podemos ver también cómo el centro sanitario puede ser un agente dinamizador de la economía del entorno económico en que se desenvuelve.

Finalmente, la RSC permite la realización de la memoria de sostenibilidad, que precisamente permite al centro sanitario difundir su labor en este ámbito y le proporciona una credibilidad ante la sociedad que, obviamente, resulta de interés para el crecimiento que toda empresa sanitaria persigue.

Para que este tipo de iniciativas sean productivas se deben basar en innovaciones e iniciativas a largo plazo, tratando de sustituir la búsqueda de la tradicional eficiencia (corto plazo) por la de la ecoeficiencia (largo plazo y globalidad).

El sector sanitario está conformado, dada su actividad, por empresas que tienen una base ética muy sólida que fundamenta su actividad económica y social. No obstante, este substrato ético aun no ha llevado a la estructuración de políticas de RSC activas (salvo en contados casos). A pesar de tener conciencia de que se desarrolla una tarea social, falta la conciencia de ser actor social, de ser agente activo de acción y cambio en la modificación socioeconómica en la que se opera. Sin duda, en el sector sanitario queda aún un importante recorrido por realizar.

PUNTOS CLAVE

La RSC se debe entender como la contribución activa y voluntaria de una organización en las áreas social, económica y ambiental

A pesar de la fuerte base ética de las empresas sanitarias, como norma general todavía no han estructurado políticas activas de RSC



Por **JORDI DANIEL I DÍEZ**

Ética y gestión

Las competencias directivas son comportamientos habituales y observables que facilitan el éxito en el desempeño de la función directiva. Estos comportamientos pueden describirse en cada persona, ya que son observables, y pueden aprenderse y mejorarse al tratarse de comportamientos repetidos; la identificación de los comportamientos repetidos ayuda a los directivos a estructurarse, a orientarse y a formarse. La adquisición de las competencias relevantes relacionadas con nuestro trabajo de directivo de Atención Primaria ayuda, lógicamente, a ser un buen directivo de este área.

Las competencias directivas son herramientas de las que disponemos los directivos de cualquier

organización que nos ayudan en nuestro trabajo habitual. Cada organización puede describir aquellas competencias necesarias para ayudar a crecer a sus directivos y con ello fomentar su aprendizaje y promover actividades formativas para mantenerlas y mejorarlas.

El conocimiento que un directivo de Atención Primaria tiene de sus competencias directivas, de sus comportamientos habituales y observables, le puede fa-

cilitar el diseño de un plan de formación personalizado enfocado a la mejora de sus competencias.

Las competencias siempre se definen en el contexto de una determinada organización, y estas no son extrapolables a otras porque siempre están estrechamente vinculadas a la misión de la organización.

Pero, ¿cuáles son las competencias más importantes para un directivo de una organización sanitaria que gestiona

**EL EQUIPO DE DIRECCIÓN
PROMUEVE UN CLIMA POSITIVO,
DE COHESIÓN Y DE COOPERACIÓN,
COMPARTE LA INFORMACIÓN Y EL
CONOCIMIENTO RELEVANTE**

servicios de Atención Primaria, en un entorno de gestión de equipos multidisciplinares, como es un director de un centro de salud?

En el año 2010 el grupo de gestión de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria desarrolló el proyecto Gescamfic, que tenía, entre otros objetivos, el diseño de un programa de formación directiva para equipos de centros de salud en que la principal condición

del programa fuera el aprovechamiento estricto del tiempo de formación, evitando pérdidas de tiempo en formación innecesarias. Para ello la primera fase del proyecto fue seleccionar las principales competencias que debe tener un equipo de dirección en un centro de salud para diseñar un proyecto de formación.

Se recurrió a un diccionario de competencias utilizado por las escuelas de negocios directivas en el que están descritos 38 comportamientos habituales y observables en los directivos; cada competencia presenta una definición clara y explícita de la misma.

Se reunió a quince directivos de Atención Primaria que consideramos expertos por haber desarrollado la función de directores de centro durante cierto tiempo; mediante técnicas de

priorización individual y validación grupal se seleccionaron aquellas diez competencias que son esenciales para desarrollar con éxito los requerimientos del puesto de trabajo de director del centro de salud. Finalmente, cada competencia seleccionada es descrita en función del comportamiento propuesto por los quince expertos, siendo el resultado final las diez competencias principales que debería tener todo director de centro de salud y su comportamiento asociado



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

a la misma (perfil competencial) y que detallamos a continuación:

- **Liderazgo.** El director del centro de salud debe tener credibilidad entre los profesionales y actuar como referente en situaciones críticas, comunicar de forma eficaz la visión y la estrategia, saber motivar a sus colaboradores y estimularlos para desarrollarse, tener influencia en las opiniones, actitudes y líneas de actuación. Además, se preocupa de obtener el *feedback* de las inquietudes y progresos del equipo.

- **Compromiso ético.** El director del centro de salud debe reconocer y respetar a los profesionales, es equitativo en la distribución de los recursos y en la gestión de las personas, actúa con coherencia, dice lo que piensa y hace lo que dice, promueve y se comporta de acuerdo con el código ético, defiende las decisiones que benefician al equipo de salud y a la institución.

- **Trabajo en equipo.** El equipo de dirección promueve un clima positivo, de cohesión y de cooperación, comparte la información y el conocimiento relevante para facilitar el proceso asistencial, es capaz de asignar objetivos, delegar responsabilidades y confiar en el equipo de profesionales, responde a las acciones de los profesionales asumiendo la responsabilidad compartida, fomenta el aprendizaje a través de compartir buenas prácticas.

- **Negociación y gestión de conflictos.** Promueve un entorno positivo para la consecución de los acuerdos, planifica y

obtiene el máximo rendimiento en las negociaciones externas, apuesta por las relaciones “yo gano, tu ganas”, escucha los diferentes puntos de vista y tiene habilidad para encontrar puntos de cooperación, es capaz de anticiparse a la aparición de los conflictos.

- **Crecimiento de los profesionales.** Crea un entorno que desarrolla el aprendizaje profesional, analiza los errores como oportunidades de mejora, ofrece reconocimiento, se preocupa de la promoción profesional, genera confianza entre sus colaboradores y tiene un discurso posibilista.

- **Orientación al cliente.** Asume la responsabilidad para solucionar las demandas de los pacientes, identifica oportunidades de mejora y pone acciones para mejorarlas, organiza el equipo teniendo presente la opinión del ciudadano, facilita el trabajo de los profesionales (cliente interno) y demuestra una actitud de colaboración y de servicio.

- **Orientación a resultados.** Evalúa de forma sistemática los indicadores de resultados, comunica los objetivos y facilita al equipo su consecución, revisa la evolución de los objetivos y sus resultados con los profesionales, plantea estrategias y acciones de mejora, se anticipa a las dificultades y establece planes alternativos.

- **Planificación y organización.** El equipo directivo dispone de procedimientos operativos, realiza planes para solucionar incidencias, sabe delegar y asignar

objetivos, funciones y tareas a las personas adecuadas, realiza seguimiento de objetivos, detecta desviaciones y acciones de mejora, determina las tareas urgentes y las importantes estableciendo prioridades.

- **Gestión de uno mismo.** El director del equipo es consciente de sus puntos fuertes y débiles, reflexiona sobre los mismos, sabe las emociones que siente y el porqué, es consciente de su impacto en el rendimiento, mantiene un equilibrio entre vida privada y profesional, manifiesta confianza en sí mismo, conoce sus valores y objetivos.

- **Pensamiento sistémico.** El director y el equipo de dirección deben saber identificar los objetivos de los diferentes actores del sistema ante un hecho concreto, sabe tomar decisiones teniendo presente el entorno organizativo, analiza la situación y es capaz de prever el impacto de sus decisiones, sabe anticiparse a las demandas de la organización, busca y promueve la creación de alianzas.

La identificación de las diez competencias básicas que deben tener los equipos directivos de los centros de salud nos facilita la identificación y creación de las principales intervenciones formativas que deben de fomentar las instituciones sanitarias de Atención Primaria para cuidar a sus líderes en la dirección de centros de salud, y a su vez los equipos directivos saben qué competencias se han identificado como importantes en su desempeño directivo.

Sección patrocinada por:



Almirall

Soluciones pensando en ti

Médico de Familia del CAP El Morell (Tarragona). Vicepresidente de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Miembro del Grupo de Gestión de la CAMFiC. Para contactar: jordidaniel@gencat.cat



Así **LATE** la sanidad europea

LA EXISTENCIA DE UN SISTEMA EUROPEO DE SALUD ESTÁ AÚN LEJOS DE SER UNA REALIDAD, AUNQUE DESDE LA UE SÍ SE HAN MARCADO YA ALGUNOS OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS COMUNES A TODOS SUS PAÍSES MIEMBROS

[Por **A. C. D.**]

La sanidad pública europea está sometida a una profunda revisión que ha obligado a la mayoría de los países de la Unión Europea a tomar medidas para salvaguardar sus sistemas sanitarios. Al ya de por sí difícil ejercicio de intentar mantener el equilibrio entre la calidad del servicio ofertado y la sostenibilidad económica se le une la tensión de rediseñar, bajo un mismo paraguas común, unos modelos sanitarios personalizados según cada país.

Si bien la Unión Europea deja libre albedrío a cada uno de sus miembros para la puesta en marcha de las normativas sanitarias, hay una serie de recomendaciones que son de aplicación a todos los países miembros

y un contexto único de trabajo que, por fuerza, ha de influir en su desarrollo. Especialmente en un momento como el actual, de revisión de las estructuras y los modelos, que puede ser la oportunidad perfecta para localizar las mejores políticas sanitarias y extraer unos denominadores comunes de aplicación general.

TRATAMIENTOS SIN FRONTERAS

Aunque por norma general la gente prefiere recibir asistencia sanitaria cerca de su hogar, a veces no es posible, bien por desplazamientos laborales o cuando el centro sanitario más próximo está justo al otro lado de la frontera o cuando el tratamiento médico especializado solo se dispensa en el extranjero.

LA NORMATIVA EUROPEA SOBRE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA DEBE SER APLICADA POR TODOS LOS MIEMBROS EN 2013 COMO MUY TARDE

La normativa de la UE sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (que los países deben aplicar como muy tarde en 2013) aclarará el derecho de los europeos a ser tratados en otro país de la UE y a que se les reembolse el importe del tratamiento. Además desde los organismos comunitarios se pretende propiciar una mayor colaboración entre las autoridades sanitarias nacionales, facilitando el intercambio de información sobre estándares sanitarios en materia de calidad y de seguridad, garantizar el reconocimiento de las recetas en otros países de la UE y allanar el camino para el desarrollo de Redes Europeas de Referencia de centros especializados, de manera que los expertos sanitarios de toda Europa puedan poner en común las mejores prácticas de asistencia sanitaria.

Otra de las iniciativas que ya está dando frutos es la Tarjeta Sanitaria Europea, que permite a las personas que se van de vacaciones o en viaje de negocios hacer valer su derecho a recibir asistencia sanitaria si se ponen enfermos en otro país de Europa.

EL DIFÍCIL PASO DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Pero lo realmente complicado para la Unión Europea a la hora de hablar de sanidad no es diseñar una estrategia más o menos global que apunte hacia donde deben ir las tendencias sanitarias en Europa. Lo complicado, mucho más por lo visceral del tema, es intentar definir normativas comunes para que sean puestas en marcha, a su debido ritmo, por los países miembros. La transposición de directivas europeas es relativamente sencilla incluso en materias complicadas como la educación, pero cuando se toca la salud el nivel de dificultad se incrementa de forma exponencial.

Cada país europeo tiene su propio sistema y sus mecanismos de funcionamiento. En líneas generales hay dos grandes modelos, el inglés y el alemán, y algunas variaciones y fórmulas mixtas. El modelo inglés, llamado de Beveridge, garantiza el principio de atención gratuita universal y se basa en una financiación fiscalizada con hospitales públicos y médicos asalariados. Por su parte, el

alemán, llamado modelo Bismarck, se caracteriza por el principio de los seguros, la sanidad vinculada a la actividad laboral y por tener los gastos de la atención sanitaria a cargo de cajas de seguro de enfermedad.

Más allá de estos dos grandes pilares, se pueden diferenciar otros modelos que toman características de uno y otro, a la vez que añaden las propias. Por ejemplo, nuestro caso, que junto a Italia, Portugal y Grecia se situaría en un

6 RETOS PARA LA SALUD EUROPEA

La salud global abarca una serie de cuestiones sanitarias que trascienden las fronteras y los gobiernos nacionales y que solo pueden abordarse a escala mundial. Entre ellas se incluyen el comercio, la migración, la seguridad, la seguridad alimentaria y el cambio climático.

La Comisión Europea coopera estrechamente con socios estratégicos como la OMS en un marco global de política sanitaria que ha identificado seis grandes retos:

- La equidad
- La coherencia en respuesta a la globalización
- El acceso y la innovación
- La salud como derecho humano
- La gobernanza
- La investigación

Además, ha señalado como aspectos claves a tener en cuenta la solidaridad a escala global, no solo en la ayuda al desarrollo sino en las políticas que afectan a los trabajadores y al acceso a los medicamentos, y la coherencia entre las políticas internas y externas pertinentes de la UE.

modelo de régimen de seguridad social con la peculiaridad, en el caso español e italiano, de una descentralización que ha generado submodelos dentro del propio país.

Además, en el marco de la Unión Europea hay que tener en cuenta asimismo, la situación de los países de la zona oriental, herederos de los antiguos regímenes comunistas que continúan caracterizados por el carácter universal, gratuito y centralizado de sus sistemas y que presentan graves problemas de financiación. En el otro extremo se hallarían los países nórdicos (Suecia, Finlandia y Dinamarca) donde la sanidad es de financiación fiscal, la cobertura y acceso universal y el sector público domina claramente la organización.

¿Hacia dónde va la sanidad europea? Modelos y tendencias



Con la colaboración de



Para debatir acerca del contexto europeo sanitario y de la situación española en referencia al mismo, *Medical Economics* organizó su primera cita del año del foro de debate *Los Jueves de Medical Economics*. En él participaron, con Gonzalo San Segundo, director de la revista, como moderador, Antonio Durán Moreno, director general de Técnicas de Salud y experto en políticas de salud europea y OMS;

José Manuel Freire Campo, jefe del departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto de Salud Carlos III); Francisca García Lizana, *policy officer* de la unidad de TIC en Salud de la Dirección General de Sociedad de la Información y Medios de Comunicación de la Comisión Europea; y Alejandra González Rossetti, analista *senior* de la Oficina Regional para Europa de la OMS.

¿Cómo se ve desde fuera la situación de la sanidad española en cuanto a su sostenibilidad y viabilidad?

Francisca García: Desde mi punto de vista, no solo el sistema sanitario español si no todos los sistemas europeos están en crisis en este momento ya que se cuestiona su sostenibilidad a día de hoy, pero también a futuro. El año pasado la Comisión Europea publicó un informe acerca de las expectativas y los cambios demográficos que se esperan en la población. Estos cambios están marcados por el envejecimiento y el incremento de la cronicidad que hacen muy complicado que los sistemas sanitarios y las prestaciones sociales continúen con la misma estructura que tienen actualmente. La tasa de dependencia se

sitúa en la actualidad en tres personas que trabajan por cada persona dependiente y, si se cumplen las previsiones, pasaremos en el año 2060 a una expectativa de una relación una a una.

A esto hay que unir el incremento de la tecnología y el alto coste del aumento de las demandas de los servicios sanitarios. Todo este conjunto de circunstancias ponen en duda la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. España está dentro de la misma perspectiva ya que toda Europa tiene una tasa de envejecimiento muy elevada. Por tanto, se necesitan medidas a corto plazo para paliar el efecto de la

crisis y medidas profundas, estructurales, a largo plazo para prevenir el impacto de este envejecimiento poblacional.

Antonio Durán: La respuesta a si la sistema sanitario español es sostenible es sí. No hay absolutamente ninguna duda. Pero sí que hay que hacer un par de puntualizaciones importantes. Es verdad que la demografía ejerce una presión tremenda, también la ejercen los costes por el incremento de la tecnología y fundamentalmente las preferencias de los usuarios. No se puede discutir que estamos bajo unas presiones importantes. Pero de ahí a discutir la sostenibilidad del sistema hay que tener cuidado porque la sostenibilidad del sistema, como cualquier organismo vivo tiene componentes de forma y de fondo. Y yo creo que nadie se atreve a cuestionar que, hoy por hoy, las señas de identidad del sistema sanitario se hayan tocado. La cobertura universal mediante el prepagado de los costes con métodos que implican la transferencia de recursos de unos grupos sociales a otros sigue siendo incuestionable.

Alejandra González: Desde el prisma de quien viene de fuera y trabaja con países de Asia central y Europa del este, veo la crisis y la alarma acerca de ella en el mundo occidental con un poco de perplejidad porque, en realidad, ustedes ya alcanzaron la universalización hace tiempo y alcanzaron un nivel de asistencia que en la mayoría de las otras regiones todavía está por alcanzar. En Europa hay un entendimiento de base, político e institucional, que difícilmente se romperá y cuando hablamos de crisis estamos hablando de que se rompa ese acuerdo básico.

Que, efectivamente, como todo sistema vivo va avanzando por sacudidas eso es un hecho y que estamos en una gran sacudida también. Y que para enfrentarse a una situación coyuntural como la actual se multiplican perspectivas ideológicas muy distintas y, por lo tanto, maneras de plantear la situación y las posibles soluciones, también es un hecho irrefutable.

Si lográramos superar la ideologización del debate y de verdad nos pusiéramos a hablar de que esto es una crisis y de que ha llegado la hora de abrir las ventanas y dejar que entre un poco de aire y lo pudiéramos hacer de manera más tecnocrática, en el sentido estricto de la palabra, hay espacio para que gane el sistema y ganemos todos. El

problema es que lo que se ve es una manipulación política tanto en el planteamiento del problema como de las soluciones que se están presentando y aprobando a velocidad vertiginosa.

José Manuel Freire: La pregunta de si el sistema de salud español, o cualquier otro europeo, es sostenible, no es una buena pregunta. La pregunta es cómo hacerlo sostenible, porque

no hay ningún país decente hoy que se pueda permitir no tener un sistema sanitario público que cubra a toda la población.

Sobre la sostenibilidad, hay una observación muy famosa de un conocido economista de Princeton que dice que la sanidad y los servicios públicos son tan sostenibles como las sociedades quieran hacerlos sostenibles. Y esto se basa en valores, y si los valores sociales son aquellos que normalmente tenemos en las sociedades desarrolla-

das, es decir, son de solidaridad y de cierta justicia social es indudable que la pregunta es cómo hacer sostenible aquello que toda la gente considera necesario e irrenunciable.

Ya hablando en concreto, en la sociedad española lo que hay es un problema de deuda muy agudo.

Francisca García: Parece que soy la única que opina que el sistema sanitario tal y como lo conocemos hoy es insostenible. Estoy completamente de acuerdo con Alejandra en que se debe de quitar la reforma sanitaria del debate ideológico político y que hay que llevarlo a un terreno de pruebas científicas.

Lo que yo he dicho se basa en un estudio de la Comisión Europea del año pasado. Aquí hay una pirámide poblacional que es francamente preocupante. La Comisión alerta de esa situación ya que si esta tendencia continúa estaremos colapsando la economía. ¿Por qué? porque dado que los sistemas públicos están financiados por los ciudadanos que trabajan no va a haber dinero suficiente para todo lo que tenemos ahora. Se puede incrementar la dotación del PIB destinada a sanidad, pero en ese caso habrá que bajar la destinada a otros departamentos. Es decir, ¿podemos tener toda la asistencia sanitaria con el alto coste de tecnología a costa de no tener carreteras? Lo que se está poniendo en cuestión es el estado de bienestar en sí mismo y para eso es para lo que nos tenemos que preparar.



Antonio Durán Moreno
Director general de Técnicas de Salud y experto en políticas de salud europea y OMS

“El sistema sanitario español no está siendo reformado porque no se están tocando ninguno de sus principios de base”

Antonio Durán: Lo que se puede decir es que si todo se mantiene igual la dependencia va a situar al sistema en un nivel de tensión que lo puede dañar. Lo que pasa es que el sistema sanitario actual se parece bastante poco al original precisamente porque ha ido enfrentando ese tipo de retos y los ha ido asumiendo. Cuando empezaron los sistemas sanitarios europeos a funcionar el gasto sanitario como fracción del PIB era de entre el 2,5 y el tres por ciento aproximadamente, de un PIB que era infinitamente más pequeño que el de ahora. Actualmente, la media del gasto sanitario está en el 9 o 9,5 por ciento y el PIB ha crecido por lo que España ha pasado de gastar 100 dólares por persona y año a gastar casi 3.000 dólares por persona y año.

En cualquier caso, lo más importante de la ecuación es que lo que está pasando ahora exige que el sistema se adapte pero no hay nada que indique que no va a ser capaz de hacerlo. Lo que yo defiendo es que los elementos constitutivos de los sistemas sanitarios europeos están tan establecidos que, salvo que ocurra algo catastrófico, lo normal es que el sistema se adapte. Que lo va a pasar mal no tengo ninguna duda, pero de que logrará adaptarse tampoco. No hay por qué pensar que esto será el fin del sistema.

Alejandra González: Creo que es importante hacer una aclaración en este tema. Y es muy importante ver a qué horizontes nos estamos refiriendo. Nadie en este

debate podría estar en desacuerdo con las previsiones referidas a la inversión de la pirámide demográfica y de las implicaciones para el sistema si sigue operando como hasta ahora lo ha hecho. Pero eso es algo para lo que nos están alertando, diciendo “ahora es el momento de prepararse porque para el 2060 este es el panorama”.

Lo que pasa es que hoy por hoy estamos en una coyuntura de crisis. Una cosa es la crisis de deuda que nos mantiene ocupados

a día de hoy y otra es la tendencia que no deja de ser preocupante hacia el envejecimiento de la población de que nos están alertando. Son dos cosas diferentes. Nadie niega que hay que atender esa situación, pero lo que estamos diciendo es veamos sobre la crisis actual coyuntural de la deuda cómo debemos actuar.

Cuando tenemos una crisis de deuda que requiere de una solución inmediata porque está mandan-

do mensajes al mercado financiero, se abre una ventana de oportunidad y se pueden hacer dos cosas: aprovechar para hacer cambios profundos que suelen ser dolorosos y trabajar para mejorar las perspectivas de futuro o se puede arruinar la cosa por hacerlo rápidamente. Estamos en un momento en el que se están tomando decisiones rápidas y de manera contundente apuntando a variables estructurales de fondo, pero si se toman de manera equivocada lo que podemos estar haciendo es una desinversión que agrava el problema a largo plazo.



José Manuel Freire Campo
Jefe del departamento de Salud Internacional
de la Escuela Nacional de Sanidad (Instituto
de Salud Carlos III)

*“Lo único que consigue el copago
es desplazar el gasto de la Atención
Primaria a la hospitalaria”*

En los últimos meses todos los países de la Unión Europea están adoptando medidas anticrisis, ¿cómo se ven en ese contexto las que ha tomado España?

Antonio Durán: Los actores políticos, por definición, siempre afrontan las situaciones de crisis desde una perspectiva de valores e ideológica y ponen en la agenda aquellos temas que les parecen prioritarios. Desde el punto de vista de cuadrar las cuentas lo que está haciendo el gobierno de España es impecable: tienen que cuadrar las cuentas públicas, creían que lo podrían hacer sin tocar el sistema sanitario, de pronto han visto que no y lo están tocando.

Yo no cuestionaría su derecho a cuadrar las cuentas así. Si es verdad que se podría plantear la cuestión de si lo absolutamente prioritario es cuadrar las cuentas al precio

que sea. Insisto en que me parece que se está haciendo mucha escandalera política en las dos direcciones: la interpretación de que las cuentas públicas tienen que cuadrarse como prioridad número uno es genuina, pero a veces se puede pensar que hay otras soluciones. Por ejemplo, a mi me parece que es mucho más serio el exceso de capacidad instalada que el abuso que algunas personas podrían estar haciendo y que se le podría haber quitado gordura a la capacidad instalada que es en muchos casos desproporcionada sin poner en riesgo algunas prestaciones.

Por lo tanto, si lo que se plantea como prioritario es

cuadrar las cuentas públicas, el gobierno está haciendo lo que tiene que hacer y a mi no me parece ninguna cosa monstruosa, si lo que se plantea es que hay que cortar algunas prestaciones entonces, hay quien pudiera pensar que se podrían haber intervenido otras partidas. Pero lógicamente los actores políticos no quieren cortarse los pies y tomar medidas que puedan dañar a los miembros de sus propias filas.

José Manuel Freire: Primero hay que situar las situaciones en su contexto. Nuestro país se encuentra en uno dominado por la crisis de la que venimos, una crisis que tiene que ver con muchas cuestiones de la economía.

Hay unos condicionantes macroeconómicos y el gobierno debe trabajar con ellos, pero hay una cuestión importante que es la legitimidad y la legitimidad no la da solo el hecho de haber ganado las elecciones, la legitimidad para tomar según qué tipo de medidas tiene que ver con la equidad y con la justicia.

En ese sentido, en un contexto como el español, en el que el gobierno actual perdona los delitos fiscales de aquellos que los hicieron, permitiéndoles una penalización del diez por ciento, ofende al sentido de justicia de mucha gente que se cuadren las cuentas a costa de los servicios que necesita la parte más débil de la sociedad. Este es un punto a mi entender extraordinariamente importante.

Luego estamos metidos en una política económica, que afortunadamente puede cambiar, que permite absurdos como que el Banco Central presta a los bancos al uno por ciento para que ellos luego le presten a su vez al gobierno al tres por ciento. Esto son cosas que la gente no entiende y que hace que se cuestionen la legitimidad de ciertas medidas.

Antonio Durán: Creo que es importante que haya interpretaciones ideológicas, pero hay que saber distinguir las defensas ideológicas de las que no lo son. Dicho eso, cuidado con buscar explicaciones corriente arriba cuando estamos discutiendo corriente abajo. Las discusiones corriente arriba-corriente abajo es una terminología que se está usando en salud porque los condicionantes de la sanidad se pueden plantear como algo muy cercano al síntoma (el sitio donde la gente vive, la forma en que la sociedad come y se organiza) o como algo lejano re-

ferido a los grandes determinantes de la autoridad y la jerarquía.

Un dato importante, en el sector sanitario el gasto de capital en España entre 2000 y 2008 fue del 130 por ciento, es decir, en ocho años se cambió por completo el sistema: edificios, instalaciones, maquinaria, etcétera porque éramos muy ricos. Y ni éramos tan ricos ni ahora somos tan pobres, pero sí que hay que responder de haberse gastado un 130 por ciento de capital de inversión en ocho años en un contexto en el que ya había señales a tener en cuenta en el sector secundario.

Francisca García: Quería añadir respecto al tema de los valores que la bioética es esencial en la medicina y que su uso se debe extender. A partir del momento en que los recursos son limitados hay que racionalizarlos. Eso forma parte de los valores de los gestores, tu tienes que intentar de forma equitativa que todo llegue a todos, pero no puedes darle todo a todos. Las camas de la UCI son limitadas y mientras cuidas a

un paciente es posible que haya otro al que no puedes atender.

Alejandra González: No creo que aquí nadie esté en contra de la racionalización de recursos escasos porque nos manejamos en ese contexto, el asunto es dónde y cuándo. Ahí es donde yo hablo de ideología y, por supuesto que intervienen los valores, el problema es cuando la ideología se vuelve demagogia. De nuevo, viéndolo desde fuera creo que en España,

y no digo nada nuevo, hubo una fiesta de inversión en infraestructuras importante, el sector sanitario no se salvó, pero lo que me pregunto es si no podremos buscar fiestas similares o excesos similares en el uso de alta tecnología, o en el abuso de diagnósticos que podrían ser como mínimo investigados.

También se sabe que nos gusta mucho ir al médico y que el sistema sanitario en España aún juega varios papeles de soporte social y emocional que no tendría por qué jugar. No es que no quiera que la gente vaya al médico, si no más bien ver por qué va y no poner un copago directamente para que no vaya sino comprobar qué es lo que necesita y dárselo de la forma adecuada.

El punto aquí es que nadie está condiciones de decir cuál es la tijera mágica ni de dónde recortar, pero



Francisca García Lizana
Policy officer de la unidad de TIC en Salud
de la Comisión Europea

“La actual tendencia demográfica hacia el envejecimiento obliga a cambiar la orientación del sistema sanitario y, por lo tanto, su estructura”

sí que hay una serie de aspectos que convendría tener en cuenta en general para toda Europa. No sirve de nada cortar para que se vea que cortamos, para que los mercados digan que estamos haciendo la tarea, porque hay otra serie de cortes que van a ser más silencio-

so, más de día a día, que probablemente lleven más tiempo pero que puede que rindan mayores frutos en términos de sostenibilidad financiera e incluso de la práctica médica, como es este asunto de las pruebas médicas.

¿Son exportables, total o parcialmente, los sistemas públicos de salud?

Antonio Durán: Los diferentes sistemas se influyen extraordinariamente entre sí. En contra de lo que se suele decir, el ejemplo más importante de mimetismo es Alemania. Alemania ha hecho, hace un año, una reforma precisamente para inyectar dinero público en el tradicional sistema bismarkiano. De forma que si se coge Inglaterra, que a su vez ha seguido un modelo de separación de funciones y que tenía la financiación pública y el control parlamentario como su seña histórica de identidad y ahora mismo está mucho más relacionado con cuánto metes, cuánto sacas, resulta que el sistema alemán y el inglés no son esencialmente distintos. Y el sistema español que empezó siendo

un seguro obligatorio de enfermedad hace mucho que dejó de serlo. Lo que pasa es que no deberíamos mirar la periferia de las señas de identidad, las señas digamos epidérmicas, si no las señas de fondo, las cuadrantes del edificio. Y en ellas lo que se ve es que hay cobertura universal, hay traspaso de recursos de ricos a pobres, de jóvenes a viejos, de empleados a parados, libertad de elección por parte del usuario, desarrollo tecnológico, mezcla de público y privado. Esas son señas de identidad europeas que no están en cuestión en este momento. Lo que sí está en cuestionamiento son las cuentas nacionales de cuánto puede pagarse sobre lo que se cotiza, pero eso son tensiones a corto plazo.

Partiendo de cómo funcionan otros sistemas europeos descentralizados, ¿es la dispersión de competencias sanitarias la mejor opción para el sistema de salud español?

José Manuel Freire: Es difícil comparar ya que cada país está muy condicionado por sus dinámicas históricas y políticas. En España, el balance de la sanidad autonómica es difícil, pero cuesta decir que es negativo. De hecho, hay grandes avances como por ejemplo la política de medicamentos de Andalucía, que es ejemplar, o las situaciones del País Vasco o Cataluña, todas las comunidades han hecho avances.

Evidentemente hay problemas de coordinación, no ha habido una prioridad adecuada en política sanitaria para hacer las reformas que había que hacer cuando las había que hacer y esto es algo muy evidente.

El nuevo Real Decreto, por ejemplo, incluye una norma que haría imposible las políticas de medicamentos de Galicia o Andalucía, así que ojo con la uniformidad de todo para todos porque eso inhibe creatividad, otra cosa es qué agilidad tenemos para incorporar las cosas buenas que van surgiendo y en esto no tenemos un recuento especialmente positivo. En resumen, yo creo que la sanidad autonómica en positiva si bien mejorable en coordinación y servicios comunes.

Francisca García: Quiero destacar que la diversidad y la particularidad de cada autonomía no deben dar problemas a los ciudadanos a la hora de acceder a los servicios.

Es decir que si desde la Unión Europea se está dando prioridad a acuerdos transfronterizos no tiene lógica que dentro de España tengamos problemas de movilidad.

Antonio Durán: Suecia y Noruega empezaron un proceso de descentralización en los noventa y lo virrieron porque se dieron cuenta de que se les iba de las manos.

Es muy importante señalar, cuando se habla de las diferencias entre Escocia e Inglaterra, que todo el Reino Unido tiene una fórmula de financiación desde 1978 que le da el dinero a los sitios y a la gente en función de unos baremos concretos, así las zonas más pobres reciben más que las ricas.

En España, donde se nos llena la boca con la solidaridad y la equidad, la Asociación de Defensa para la Salud Pública publicó el año pasado el dato de que en el País Vasco el gasto en sanidad es 500 euros mayor que en Baleares, el rango entre la zona que recibe más dinero público y la que menos es del 40 por ciento. Luego no estamos hablando de condiciones de igualdad que las diferentes regiones distribuyen como quieren. Hay más posibilidades de recibir un tratamiento en el País Vasco que en Baleares.

Durante muchos años nos hemos dedicado a montar 17 sistemas que no se hablan entre sí y por lo tanto no se

pueden comparar. Durante años hemos tenido un consejo interterritorial que no ha cumplido con su función por evitar discusiones de territorialidad. Y lo peor es que la portabilidad de las personas ha empeorado. Habría que tomarse en serio, más allá de los recortes, qué va a pasar con los derechos de los ciudadanos que pagan lo mismo en un territorio que en otro pero que no reciben las mismas prestaciones en una comunidad que en otra.

José Manuel Freire: Antonio ha mencionado una palabra clave que es la portabilidad: los derechos que tienen los ciudadanos de un sitio a ser atendidos en otro. En

España por un lado está bien atendido y por otro es muy mejorable.

Hay que tener en cuenta que los gobiernos autonómicos tienen la facultad de decidir en qué invierten el dinero y los ciudadanos les votan libremente. El tema es que el debate político en nuestro país es muy reducido y al final no se debaten estas cosas.

A partir de ahí las diferencias que hay en España, según los estudios que manejo, siendo unas diferencias reales son menores que en otros estados semifederales, dejando al margen a los territorios forales, que tienen un régimen fiscal especial.

Partiendo de como funciona el copago médico, no el farmacéutico en los diferentes países europeos, ¿hay justificación para implantarlo en España?

José Manuel Freire: Respuesta rápida: no, en absoluto, ninguna. Y puedo argumentarlo: la evidencia que tenemos de cuando se ponen copagos por ir al médico es que no se ahorra, sencillamente, se cambia el ítem de gasto. En lugar de gastar en médico de cabecera se gasta más en hospitales, se desplaza el gasto y punto.

A la hora de evaluar el copago en otros países hay que evaluar un antes y un después. Por ejemplo, en Alemania no se han apreciado diferencias tras un cierto tiempo de implantar el copago. Lo que sí es cierto y se han hecho experimentos que lo corroboran es que los incentivos funcionan: hay que pagar y la gente deja de ir al médico, de manera que cuando por fin van, el gasto es mucho más elevado. ¿Quiénes dejan de ir? aquellos para quienes el copago es una barrera, la gente no va al médico por divertimento y eso es algo muy obvio.

Alejandra González: El copago no es más que una herramienta de evaluación de la demanda y de la demanda inducida también. No es bueno o malo en sí mismo, pero hay que tener algunos puntos de precaución. Lo primero es que, efectivamente, no se convierta en una barrera al acceso de atención para quienes más lo necesitan y eso hay que hacerlo basado en evidencia. Lo segundo es que dependiendo del país resulta admi-

nistrativamente muy costoso y eso hay que incluirlo en los cálculos a la hora de evaluar lo que se ahorra o lo que se gasta. Porque el peligro de que el copago se quede en una mera política simbólica es que al final lo que se ahorra una vez restado lo que se gasta en su administración sea mínimo. Tercero, los criterios de excepción. Ojo, porque estos criterios en alguna parte del sistema empiezan a depender de la discrecionalidad de alguien: un funcionario, la enfermera de la entrada, el médico o un conserje y ahí entramos en una dinámica que aquí ya se había superado.



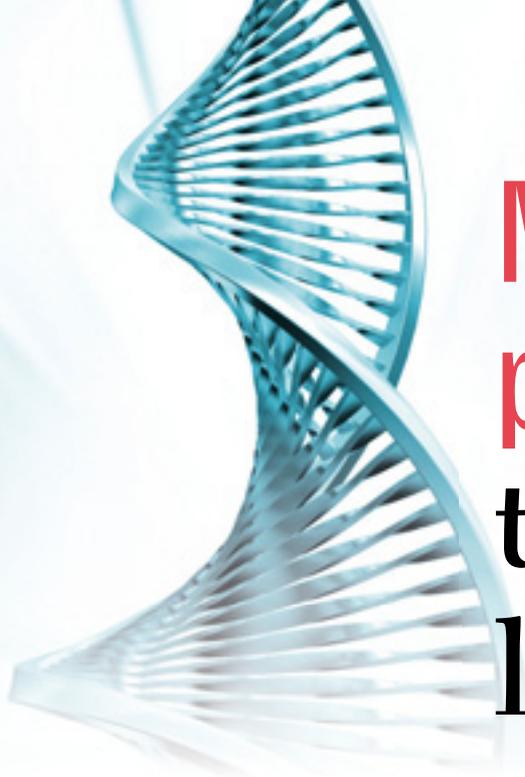
Alejandra González Rossetti
Analista *senior* de la Oficina Regional para Europa de la OMS

“No sirve de nada cortar para contentar a los mercados, hay que hacerlo con una perspectiva de cambios a largo plazo”

Francisca García: Lo que tiene que garantizar la administración es que los tratamientos caros están disponibles para el ciudadano.

Antonio Durán: El copago es una herramienta que sirve para lo que sirve. Como herramienta central sería un desastre porque sería injusto y no funcionaría, pero utilizado con moderación no tiene ningún problema. El copago se usa para dos cosas: recaudar y disuadir. Recaudar recauda poco porque normalmente te sale más caro el mantenimiento de su estructura administrativa de lo que recauda, y disuadir corremos el peligro de que disuada en exceso.

Lo que hay que tener claro es que es una herramienta que hay que utilizar con mucho cuidado, en áreas muy concretas y en condiciones muy determinadas.



Medicina personalizada: turno para la genética

LA FARMACOGENÓMICA Y LA FARMACOGENÉTICA SON LA PUNTA DE LANZA HACIA UN NUEVO MODELO SANITARIO DONDE GANA PESO EL ENFOQUE PREDICTIVO.

Del 2 al 6 de julio la Universidad Complutense de Madrid acoge el curso *Medicina personalizada: aplicaciones prácticas*, con que se pretende promocionar el uso de la medicina personalizada como una herramienta en la práctica clínica habitual, ofrecer a la opinión pública elementos de reflexión acerca de la importancia de la investigación en este sector, reflexionar acerca del papel que las instituciones deben adoptar acerca del uso de estas tecnologías y evaluar el impacto económico que puede suponer su adopción.

Los avances científicos que permiten comprender mejor los mecanismos que originan las enfermedades, así como una mejor identificación de las respuestas farmacológicas, crean oportunidades para una correspondencia cada vez más aproximada entre pacientes y terapias. Llevado al extremo, cuando esa aproximación es muy acentuada se puede hablar de medicina individualizada o personalizada.

La vacuna anti-cancerígena *Oncophage*, actualmente en desarrollo, es un ejemplo de medicina individualizada. Para la producción de esta vacuna las células cancerígenas del paciente son extraídas, y tras un proceso específico de elaboración, se administra al paciente tras su recuperación de la cirugía.

Por otra parte, para aquellas terapias que disponen de un marcador biológico o test genético capaz de predecir la

respuesta farmacológica de un paciente, se habla de medicina segmentada o estratificada. En este sentido, un paciente puede ser incluido en una cohorte, que ha exhibido históricamente una respuesta terapéutica diferencial, utilizando un biomarcador que se correlaciona con esa respuesta.

La introducción de la farmacogenómica puede implicar un cambio de modelo hacia fármacos dirigidos a subpoblaciones de pacientes (asociados a niveles relativamente altos de eficacia), y cuyo impacto en ahorros potenciales para los sistemas sanitarios estaría por determinar. Además, la incorporación de la farmacogenómica en el sector sanitario ofrece oportunidades potenciales en el corto plazo para la mejora de la salud de los pacientes y de seguridad a través de la reducción de los efectos adversos y a través de las

mejoras en efectividad de las terapias farmacológicas. Por ejemplo, un aspecto destacable sería la reducción del método “ensayo-error” que se da con suma frecuencia en la prescripción farmacéutica.

En lo que se refiere al largo plazo, los beneficios potenciales apuntan a reducciones en la carga de la enfermedad, mejoras en la eficiencia de los sistemas sanitarios, y reducción de las disparidades en acceso a cuidados de salud. Sin embargo, el aspecto de mayor potencialidad de la farmacogenómica se centra en la prevención y mejora en el diagnóstico.

EL CURSO 'MEDICINA PERSONALIZADA: APLICACIONES PRÁCTICAS' SE IMPARTIRÁ ENTRE EL 2 Y EL 6 DE JULIO EN MADRID

Miguel Pocoví, director del curso *Medicina Personalizada: Aplicaciones prácticas*



“Tenemos que anticiparnos a la enfermedad”

PREGUNTA. ¿Cuáles son las características del curso y sus objetivos?

RESPUESTA. El principal objetivo es familiarizar a los asistentes con la temática de la farmacogenómica de una manera clara y concisa y con ejemplos prácticos. Además pretendemos incidir en la aplicación que tiene en diferentes áreas de enfermedad como la oncología, la cardiovascular, etcétera; y romper con la percepción de complejidad y dificultad de la temática. Asimismo, queremos conseguir que los médicos sean conscientes de que es una temática de máximo interés pero de la que nunca recibieron formación en su carrera y que los gestores y autoridades sanitarias entiendan las potencialidades que tiene la farmacogenómica.

P. ¿Cuáles son los principales beneficios que puede aportar la farmacogenómica?

R. La farmacogenómica mejora los resultados de salud para el paciente gracias a la implantación de tratamientos basados en eficacia predecible, y reduce la morbimortalidad al evitar efectos adversos; es un eficaz instrumento de ayuda en las decisiones clínicas y una ayuda a la hora de que las autoridades financieras tomen decisiones de financiación y sean conscientes de los ahorros potenciales que puede tener para el sistema sanitario la no prescripción de tratamientos costosos e ineficaces.

P. ¿En qué sentido la farmacogenómica representa un cambio de enfoque en el sistema sanitario?

R. Hay un cambio muy importante que es que, en este momento, en medicina tenemos un enfoque totalmente curativo y deberíamos ser capaces de pasar a un enfoque más predictivo, tenemos que anticiparnos a lo que puede ocurrir antes de que los pacientes enfermen. Otro tema interesante es el hecho de que, en la actualidad, cuando tenemos un fármaco que se considera adecuado a un paciente se lo diagnosticamos y esperamos a ver qué pasa, si no funciona probamos con otro y así sucesivamente hasta que se encuentra el fármaco adecuado para ese paciente. Sin embargo con la farmacogenética gracias a una serie de análisis podemos dar de entrada el fármaco más adecuado con lo que se evita la fase de ensayo-error.

P. Entonces, ¿vamos hacia la medicina a la carta o personalizada?

R. Bueno, una cosa es la medicina personalizada y otra la medicina a la carta. Medicina personalizada no significa que para cada paciente vayamos a producir un fármaco específico, si no que tú dispones de una serie de fármacos que son adecuados para un determinado sector de la población y otra serie de fármacos que son más adecuados para otro sector. Por otra parte, puedes saber qué fármaco dar a cada paciente en función de sus características genéticas.

P. Vistas las ventajas que ofrece, ¿cuáles son las barreras para la introducción y extensión de la farmacogenómica?

R. Por un lado, hay bastante desconocimiento de la materia por parte de la mayoría del colectivo médico, que ha recibido muy poca o ninguna formación durante la carrera. También hay desconocimiento, sumado a una percepción de aumento de costes por parte de la autoridad sanitaria. Para la autoridad sanitaria cualquier cosa que introduzcas aumenta costes y esto es un error porque con este tipo de tratamientos más específicos se evitan hospitalizaciones y morbimortalidad que hace que los pacientes reingresen.

Asimismo, hay una resistencia de la industria farmacéutica a “ennichar sus productos”, ya que, para ellos, si se hace un producto muy específico lo ven como que no va a ser aplicable a un sector amplio de la sociedad y eso no gusta.

Otra barrera son los cambios regulatorios que se requieren para pasar de evaluar un fármaco a evaluar y aprobar un fármaco+biomarcador. Además sería necesario extender el uso de test genéticos para lograr una reducción del precio.

P. En general, ¿en qué estado se encuentra la farmacogenómica en España?

R. España está en una situación bastante buena. Existe una Sociedad Española de Farmacogenética y Farmacogenómica que reúne a muchos especialistas en la materia. En estos momentos los gestores ya están tomando conciencia de su valía y, por ejemplo, en psiquiatría ya se están utilizando test genéticos para evitar efectos adversos y selección de dosis, en el campo de la quimioterapia también están muy avanzados los estudios genéticos, así como en anticoagulación oral y sintrón, entre otros.

Terapias respiratorias domiciliarias

Un respiro para los pacientes... y la economía

Medio millón de personas reciben actualmente en España tratamientos asociados a las terapias respiratorias

A rededor de medio millón de personas recibe actualmente en España tratamientos domiciliarios asociados a las terapias respiratorias, que incluyen el tratamiento ventilatorio del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, la oxigenoterapia crónica, la ventilación mecánica y la aerosolterapia. Estos tratamientos están, principalmente, indicados para personas afectadas por Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, EPOC, EPOC hipercápnica o Síndrome de Hipoventilación-Obesidad.

Una reciente publicación, el *Estudio sobre la Eficiencia y Beneficios de las Terapias Respiratorias Domiciliarias*, elaborada por PwC en colaboración con Fenin, puso de relieve la auténtica dimensión de un sector cuya importancia crece a la par de las nuevas tendencias sociológicas de envejecimiento y cronicidad de las enfermedades.

Entre sus principales conclusiones, el estudio señala que el coste que representan los pacientes no tratados con patologías asociadas a las terapias res-

piratorias domiciliarias es superior al coste de los tratados con ellas. Además, se estima que un aumento del 25 por ciento de los tratamientos con terapias respiratorias domiciliarias podría suponer un ahorro de 105 millones de euros al Sistema Nacional de Salud, además de mejorar significativamente la situación clínica y calidad de vida de más de 100.000 pacientes.

En 2009, el coste estimado de tratar a este medio millón de personas con terapias respiratorias domiciliarias fue de 380 millones de euros, lo que representó menos del 0,5 por ciento del presupuesto sanitario. Al año siguiente se deberían haber administrado 1,2 millones de tratamientos asociados a estas enfermedades, sin embargo, únicamente se administraron el 31 por ciento. Según explica Pablo Domínguez del Río, presidente del Sector de Oxigenoterapia y Otras Terapias Respiratorias Domiciliarias de Fenin, "se estima que todavía existe una necesidad de 830 mil tratamientos que no están siendo administrados. Los da-



tos reflejados en este estudio ponen de manifiesto que tener sujetos sin diagnóstico por miedo al crecimiento del gasto es un error, ya que al final las terapias respiratorias domiciliarias resultan ser un ahorro sobre el paciente no tratado, además de la calidad de vida que se está dejando de proporcionar".

En España, se estima que el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la tendencia hacia una atención cada vez más individualizada supondrán una mayor utilización de este tipo de terapias.

En opinión de la doctora Emilia Barrot, presidenta del Comité de Relaciones Institucionales de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), las terapias respiratorias domiciliarias "han cambiado radicalmente la calidad de vida del paciente. En el caso concreto de la oxigenoterapia, por ejemplo, se demostró hace tiempo que, además de mejorar la calidad de vida, también supone un aumento de la supervivencia".

DATOS DEL SECTOR

490.000 pacientes atendidos

259.000 millones de euros invertidos en equipos en domicilio

1.600 empleados totales

3 millones de visitas asistenciales anuales en el domicilio del paciente

380.000 millones de euros anuales de facturación

Para esta especialista, dos de los retos de las terapias respiratorias son, por un lado, “la correcta identificación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes” y, por otro, en los pacientes ya tratados, “la correcta asistencia, así como el cumplimiento y adherencia al tratamiento”.

En este sentido, tanto la doctora Barrot como Pablo Domínguez señalan el papel del personal asistencial de las empresas de tecnología sanitaria que visitan al paciente como un elemento esencial para el seguimiento de las terapias respiratorias domiciliarias. “Hoy en día, el especialista puede seguir a través de los datos que recogen las empresas el uso que los pacientes están haciendo, desde el seguimiento asistencial del paciente,

CADA DÍA MÁS DE 1.600 PROFESIONALES SANITARIOS VISITAN A LAS PERSONAS QUE UTILIZAN TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN ESPAÑA

cómo se comporta o si ha habido alguna incidencia”, subraya Emilia Barrot a la vez que insiste en que “es necesario el trabajo conjunto de empresas, facultativos, enfermería...”.

Por su parte, Pablo Domínguez añade que “los equipos tienen capacidad de medición de muchas de las variables necesarias para el control médico y, además, como enviamos al profesional sanitario al domicilio del paciente, tenemos una importante cantidad de información

y con una calidad excelente”. Esto no solo permite una atención de alta calidad al paciente en su domicilio, sino que, como la información del paciente está disponible *on-line* de manera inmediata, redundando en “un menor consumo de consultas de Atención Primaria y especializada, y evita hospitalizaciones innecesarias”.

Cada día más de 1.600 personas, entre ellas cerca de 343 enfermeras y fisioterapeutas, más de 108 auxiliares clínicos y 28 licenciados en medicina, visitan a las personas que utilizan terapias respiratorias domiciliarias en España. Además, para llegar a los 490 mil domicilios de forma sistemática, se utilizan más de 800 vehículos. Solamente en tecnología en casa del paciente, las compañías han invertido aproximadamente 259 millones de euros.

Por otro lado es muy importante tener en cuenta que la terapia respiratoria domiciliaria no es un suministro o una entrega de un producto, sino que es la gestión de un servicio público al ciudadano durante 24 horas al día los 365 días del año, donde la calidad resulta un elemento imprescindible.

El futuro del sector pasa por un incremento de los programas al paciente domiciliario que mejoren aún más la eficiencia vía reducción de costes estructurales del sistema, es decir, menos consultas, menos fármacos, menos reingresos. Asimismo, y ante la diferencia de servicios que reciben los pacientes de acuerdo a los hospitales de los que dependen, el sector apuesta por unificar los criterios de atención de las terapias respiratorias domiciliarias siguiendo lo indicado por la comunidad científica.

PRINCIPALES TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

- **Tratamiento ventilatorio del Síndrome de Apnea del Sueño a domicilio (CPAP/BiPAP S).** Es el suministro de aire, a presión continua positiva prefijada, durante el sueño y en su domicilio a pacientes con este síndrome.
- **Oxigenoterapia crónica a domicilio (OCD).** La administración de oxígeno en el domicilio a pacientes estables en situación de insuficiencia respiratoria crónica.
- **Ventilación mecánica a domicilio.** Técnica destinada al tratamiento domiciliario de la insuficiencia respiratoria crónica en pacientes estables que requieren soporte ventilatorio parcial o total.
- **Aerosolterapia.** Es la administración de fármacos por vía inhalatoria mediante el uso de aerosoles, entendiéndose por aerosol una suspensión de partículas finísimas sólidas o líquidas en un gas. No se consideran incluidos en esta prestación los aerosoles y cámaras espaciadoras de inhalación regulados como prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.



Los becados en 2011 junto a los responsables de las entidades en las que se desarrollarán las investigaciones y los tutores de Fundación Mapfre.

Ayudas y becas de Fundación Mapfre

Investigar en salud, invertir en vida

FUNDACIÓN MAPFRE HA DESTINADO A SU CONVOCATORIA DE AYUDAS Y BECAS DE 2011 MÁS DE UN MILLÓN DE EUROS REPARTIDOS EN 84 PROYECTOS QUE SE DESARROLLARÁN A LO LARGO DEL PRESENTE AÑO

[Por **ALMUDENA CABALLERO**]

Hasta 1.182 candidaturas optaron el pasado año a una de las 84 becas y ayudas que Fundación Mapfre otorgó en su convocatoria de 2011 como parte de su labor de apoyo a la investigación en las áreas de salud, prevención, medio ambiente y seguros. En concreto, las destinadas al área de salud se repartían en cinco categorías: cirugía ortopédica y traumatología; daño cerebral y medular; valoración del daño corporal; gestión sanitaria; y promoción de la salud.

Gracias a estas ayudas, 50 proyectos de investigación en salud podrán llevarse a cabo con los consecuentes

beneficios para el avance de la medicina y, por consiguiente, para la sociedad. Pilar Capilla Ramírez, médico de familia, sabe bien lo que significa recibir una de estas ayudas ya que fue así como pudo realizar su proyecto: “un estudio multidimensional del patrón de exageración de síntomas en cervicalgia/esguince cervical”, explica, con el cual se pretende “obtener indicadores discriminantes de simulación de dolor y discapacidad, y elaborar un protocolo detallado de actuación para aquellos casos en los que el profesional de la salud implicado detecte la posibilidad de existencia de síntomas de simulación”.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA: 12 AYUDAS

Caviglia, Horacio. *Evaluación experimental del daño del cartilago articular por sinovitis temática en el conejo. Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. Buenos Aires.*

Del Real Romero, Juan Carlos. *Estudio del efecto de nanocargas en el comportamiento mecánico y término de un cemento óseo. Escuela Técnica Superior de Ingeniería. Universidad Pontificia de Comillas. ICAI. Madrid.*

Formigo Couceiro, Jacobo. *Estudio de Biomarcadores en artrosis de rodilla. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense.*

Guisasola Zulueta, María de La Concepción. *Biomarcadores pronósticos en suero y líquido sinovial en pacientes con rotura del ligamento anterior de la rodilla. Fundación para la investigación del Hospital Gregorio Marañón. Madrid.*

Lagares Gómez-Abascal, Alfonso. *Activación inflamatoria en los síndromes de compresión radicular: papel de los Toll Like receptors (TLR -4) en la hernia discal lumbar. Fundación para la investigación biomédica del Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid.*

López-Oliva Muñoz, Felipe. *Estudio biomecánico y clínico del sistema de osteosíntesis de rótula mediante tornillos canulados y obenque modificado. Instituto de Investigación Sanitaria. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

López-Valverde Centeno, Antonio. *Regeneración ósea por medio de células madre en combinación con el carrier Keraoss. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca.*

Marco Martínez, Fernando. *Regeneración de defectos osteocondrales a partir de células madre mesenquimales autólogas embebidas en geles de alginato. Hospital Universitario Clínico S. Carlos. Madrid.*

Ramos Pascual, Luis Rafael. *Marcaje y seguimiento mediante Resonancia Magnética de células madre de tejido adiposo en terapias avanzadas. Fundación Clínica San Francisco. León.*

Rodríguez-Altónaga Martínez, José Antonio. *Estudio de los efectos de la lesión del labrum acetabular en la cadera en un modelo experimental lagomorfo adulto. Departamento de Medicina, Cirugía y Anatomía Veterinaria. Facultad de Veterinaria. Universidad de León. León.*

Rodríguez de Gortazar Alonso-Villalobos, Arancha. *Estrés oxidativo y ospeopenia. Efecto sobre la mecano transducción en el osteocito. Facultad de Medicina de la Universidad S. Pablo CEU. Madrid.*

Sampera Trigueros, Ignacio. *Crecimiento tras hemipifisiodesis y efecto rebote. Comparación detrás sistemas diferentes. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.*

Pilar asegura que “sin la ayuda de Fundación Mapfre habría sido difícil mantener la línea de investigación que estamos llevando a cabo”. Y añade: “Investigar supone gasto económico. Los investigadores ponemos el tiempo y la ilusión en el proyecto, pero el gasto que supone no se puede asumir si no te ayudan”.

La primera convocatoria de Ayudas a la Investigación de Fundación Mapfre se realizó pocos años después de

su creación, en 1979. En aquel momento la dotación ascendía ya a 1.800 euros anuales (300.000 de las antiguas pesetas). A lo largo de los años la dotación se ha ido incrementado hasta alcanzar un máximo de 15.000 euros anuales en las últimas convocatorias. Además, siempre ha existido interés por promover la investigación fuera de nuestras fronteras, principalmente en los países de América Latina.

DAÑO CEREBRAL Y MEDULAR: 9 AYUDAS

Bonilla Horcajo, Celia. *Discapacidad grave tras daño cerebral traumático: posibilidades terapéuticas de la administración subaracnoidea de células estromales. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

Buján Varela, Julia. *Ingeniería de tejidos para la mejora de la ulcera pospresión en el paciente medular: células madre vs. Piel artificial. Universidad de Alcalá. Madrid.*

Bustamante Alarma, Salvador. *Modulación de la función vesical en la lesión medular. Rehabilitación vesical y terapia celular. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.*

Fernández-Mayorales Alvarez, Alfonso. *Síntesis de glicopolímeros miméticos deparan sulfato y condroitina sulfato para la terapia con células madre en lesión medular. Instituto de Química Orgánica General. CSIC. Madrid.*

González Loustaunau, Susana Laura. *Daño medular y dolor neuropático: bases celulares y moleculares para el desarrollo de estrategias terapéuticas. Instituto de Biología y Medicina experimental. Caba (Argentina).*

Hornero Sánchez, Roberto. *Ampliación y perfeccionamiento de un sistema Brain Computer Interface (BCI) de control doméstico para incrementar la calidad de vida de las personas con grave discapacidad y evaluar el daño cerebral y medular. Escuela Técnica Superior Ingeniería Telecomunicación. Universidad de Valladolid. Valladolid*

Pozas Pulido, Esther. *Papel de las citocinas inflamatorias en la producción de nuevas neuronas y en la recuperación funcional ante una lesión cerebral aguda. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer. (IDIBAPS). Barcelona.*

Terré Boliart, Rosa. *Disfagia orofaríngea secundaria a Daño Cerebral Adquirido: tratamiento con electroestimulación. Fundación Privada Instituto de Neurorehabilitación Guttmann. Barcelona.*

Vallès Casanova, Margarita. *Tratamiento del estreñimiento secundario a defecación obstructiva en pacientes con lesión medular. Fundación Privada Instituto de Neurorehabilitación Guttmann. Barcelona.*

GESTIÓN SANITARIA: 8 AYUDAS

Aranaz Andrés, Jesús María. *Consejos y recomendaciones para reducir el impacto de los eventos adversos en segundas víctimas. Hospital San Juan de Alicante. Alicante.*

Gil de Miguel, Ángel. *Análisis de la estructura organizativa de la seguridad del paciente en los centros hospitalarios españoles. Departamento de medicina preventiva y salud pública. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*

Gimeno Cardona, Concepción. *Impacto de la implantación de una línea actuación para la prevención control de infección nosocomial por SAMR en un hospital de tercer nivel. Fundación Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. (Fundación CHUGUV). Valencia.*

Grillo Padilha, Katia. *Factores humanos de enfermería y la seguridad del paciente: un estudio prospectivo de los efectos adversos en UCI quirúrgicas. Instituto Central do Hospital das Clínicas. Facultad de Medicina da Universidad de Sao Paulo. (Brasil).*

Lecuona Fernández, María. *¿Prevalencia de colonización y epidemiología molecular de los CNES de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) exportadores nasales en los residentes de centroide larga estancia del área norte sanitaria de Tenerife?. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.*

Ramos Martínez, Antonio. *Programa de ayuda a la prescripción antimicrobiana tras el alta de UCI. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid.*

Tabarini Barrios, Ingrid Verónica. *Implementación de un sistema de gestión de calidad siguiendo estándares internacionales. Hospital Herrera Lerandi. Guatemala, C.A. (Guatemala).*

Zapata Bermúdez, Yolanda. *Seguridad Clínica en urgencias de una institución prestadora de salud de alta complejidad en la ciudad de Cali (Colombia). Clínica Nuestra Señora de los Remedios. Cali (Colombia).*

Desde el año 2006 hasta la actualidad se han concedido 504 ayudas a la investigación en las áreas de prevención, salud, medio ambiente y seguros, por un importe total de 7,3 millones de euros. De ellas, el 20 por ciento se destinaron a financiar proyectos de investigación en América Latina.

Gracias al apoyo de Fundación Mapfre cada año se hacen realidad proyectos que redundan en beneficio social y económico para el sistema. Por ejemplo, en el caso de la investigación realizada por Pilar Capilla “pretendemos aportar herramientas contrastadas y un protocolo de actuación que facilite al clínico la detección del paciente simulador de

dolor y discapacidad. En concreto, en el caso del esguince cervical, patología frecuente, en la que los síntomas a menudo no son objetivables y el interés de la indemnización por la compañía de seguros hace mantener bajas prolongadas y realizar pruebas con frecuencia innecesarias”, explica. Y añade: “Todo esto supone un gasto importante que podríamos evitar. Por otra parte, es necesario discriminar claramente a fin de que ni un solo paciente no simulador pueda ser considerado como tal”.

A pesar de la obvia necesidad de invertir en investigación para poder seguir progresando, lo cierto es que con

PROMOCIÓN DE LA SALUD: ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO: 11 AYUDAS

Abalo Delgado, Raquel. *Glutamato monosódico: el sabor “Umami” como aliado de la terapia contra el cáncer. Facultad Ciencias de la Salud. Departamento de Farmacología y Nutrición. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*

Andrés Lacueva, Cristina. *Efecto del consumo de dietas ricas en compuestos fenólicos y el síndrome de fragilidad en la tercera edad. Facultad de Farmacia Universidad de Barcelona. Barcelona.*

Baños Rivera, Rosa María. *Convirtiendo a los videojuegos en nuestros aliados en la promoción de la actividad física: un estudio en población obesa. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.*

Bermejo Barrera, Pilar. *Control de la concentración de metilmercurio en productos pesqueros para el consumo humano mediante el empleo de nanopartículas derivatizadas. Facultad de Químicas. Universidad de Santiago de Compostela.*

Bermuy Alva, Augusto. *Creación de un software basado en gestión del conocimiento para diseñar perfiles de salud poblacional en base a sistemas georeferenciados. Universidad Tecnológica del Perú. Lima (Perú).*

Castellano Zapatero, Sonsoles. *Aula Salud. Fundación San Patricio. Madrid.*

Fernández Montero, Alejandro. *Implantación y evaluación de una política de alimentación saludable en el ámbito universitario. “Por una comida sana. Tú decides.” Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra. Pamplona.*

López Sabater, María Carmen. *Efecto del consumo del aceite de oliva sobre el contenido fenólico y la composición en ácidos grasos de las lipoproteínas de alta densidad. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona. Barcelona.*

Martínez Hernández, José Alfredo. *Búsqueda de biomarcadores de respuesta temprana: la mutilación de promotores de genes implicados en el mantenimiento del peso corporal. Facultad de Farmacia. Universidad de Navarra. Pamplona.*

Pallas Lliberia, Merce. *Efecto del reveratrol en la longevidad y producción de amiloide beta en ratones senescentes. Facultad de Farmacia. Universidad de Barcelona. Barcelona.*

Salaices Sánchez, Mercedes. *Efecto del entrenamiento físico aeróbico sobre el remodelado vascular y cardíaco de animales hipertensos. Mecanismos implicados. Instituto de Investigación de la Paz. Hospital La Paz. Madrid.*

demasiada frecuencia lo urgente pasa por delante de lo importante, de manera que lograr financiación para proyectos cuyos beneficios, si bien indudables, no serán inmediatos suele ser complicado. Más si cabe en la España que vivimos hoy, agobiada por una marcada crisis económica y social.

Así se percibe desde las trincheras de la investigación. “Es difícil investigar en España”, asegura Pilar Capilla. “Hay excelentes ideas y profesionales con muchas ganas, pero las condiciones no son favorables”. A pesar de lo complicado del punto de partida, esta investigadora asegura que “muchos investigadores utilizamos el tiempo libre y ponemos en los proyectos todas las capacidades y la ilusión posible”.

Durante el acto de entrega de las ayudas concedidas en 2011, Carlos Álvarez, presidente del Instituto de Prevención, Salud y Medio Ambiente de Fundación Mapfre, aseguró que “la investigación es para Fundación Mapfre el pilar sobre el que se apoyan el resto de actividades de las diversas áreas desarrolladas”. Junto a la investigación, la Fundación desarrolla actividades formativas, eventos y congresos científicos, a los que se suele invitar a grupos de investigación, para que presenten aquellos resultados que desde el punto de vista social y profesional, puedan tener interés y relevancia.

Y es que no solo es importante el desarrollo de los proyectos. Su difusión resulta también imprescindible para que sus resultados aporten todo el potencial social que encierran. Por eso, los resultados de las actividades de investigación son difundidas a través de las publicaciones de la Fundación, que cuenta con varias revistas, ya sea en formato papel o en formato electrónico a través de Internet. Además, los trabajos más completos y de mayor interés suelen

presentarse en la edición de libros y monografías que se distribuyen a través de la Editorial Mapfre.

Por último, y como complemento a esta tarea de apoyo a la investigación, la Fundación promueve la convocatoria de premios que reconocen la labor profesional vinculada al mundo de la salud y el medio ambiente, y potencian la elaboración de trabajos científicos y de investigación. Se trata de los premios “A Toda una Vida Profesional”, “Traumatología Aplicada” y “Mejor Actuación Medioambiental”, con una dotación de 30.000 euros cada uno; y el Premio Internacional de Seguros “Julio Castelo Matrán”.

**TODOS LOS PROYECTOS
IMPULSADOS POR FUNDACIÓN
MAPFRE SE TRADUCEN EN
UN BENEFICIO SOCIAL Y
ECONÓMICO PARA EL SISTEMA**

ACERCAMIENTO EMPRESA-UNIVERSIDAD

Carlos Álvarez también remarcó, durante el acto de entrega de las becas, la necesidad de que se produzca un mayor acercamiento entre el mundo académico y el empresarial, ya que en demasiadas ocasiones los avances que se realizan quedan en una especie de limbo teórico y no llegan a plasmarse en hechos que favorezcan a la sociedad.

A este respecto, María Artola González, directora general de la Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), impartió en ese acto la conferencia *Informe de Conclusiones sobre Foro de Excelencia UAM-Empresa: Investigación, Innovación y Progreso sostenible para la sociedad del siglo XXI*. Artola subrayaba precisadamente que “en la universidad tendemos a hacer la investigación en casa, pero los resultados no trascienden, mientras que la investigación que se realiza colaborando con la empresa es mucho más deseable”.

El Foro de Excelencia se celebró en el campus de Cantoblanco (Madrid) a finales del pasado año. Se desarrolló en cuatro sesiones plenarias celebradas en paralelo e integradas por investigadores de primer nivel tanto de la UAM como del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y por destacados representantes de instituciones públicas y privadas (Repsol YPF, Grupo Accenture, Mapfre, Fundación Ramón Areces, etcétera), cada una de estas sesiones se centró en profundizar en un área de conocimiento y en los vínculos que en torno a ella se establecen en la universidad y la empresa.

En esa línea, Fundación Mapfre, por su directa vinculación con el mundo empresarial, siempre ha tenido claro el valor añadido que aporta la colaboración entre el mundo de la empresa y el formativo.

Más información: www.fundacionMapfre.com

VALORACIÓN DE DAÑO CORPORAL: 5 AYUDAS

Gómez Alcalde, María Soledad. Aspectos médicos legales de la valoración del daño corporal en la tercera edad. *Clínica Médico Forense. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid*

González Ordí, Hector. Detección de simulación en cervicalgia/esguince. *Centro Integral Psico-somático (CIPSO) Madrid.*

Herrero Alonso, Azael. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones de hombro en usuarios de silla de ruedas. *Fundación ASPAYM Castilla-León. Valladolid.*

Palácios Ceña, Domingo. Valoración de la pérdida de olfato derivadas de lesiones y daños adquiridos. actores cuantitativos y cualitativos. *Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*

Valiente Malmagro, Manuel. Desarrollo de metodologías analíticas para la caracterización de daños corporales con aplicaciones en odontología. *Centre Grup de Tècniques de Separació en Química. (GTS). Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Odontología. Barcelona.*



Hagamos corrillo

LAS REUNIONES DE PERSONAL DIARIAS Y RÁPIDAS AYUDAN A MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y PUEDEN CONTRIBUIR A RESOLVER ALGUNOS DE LOS DESAFÍOS DE LA CONSULTA

[Por **JENNIFER FRANK**]

Nuestra clínica residencia de medicina de familia adscrita a la universidad está intentando implementar elementos típicos de un centro médico centrado en el paciente. Con algunos no hemos tenido problemas. Somos los mejores proporcionando continuidad de los cuidados porque ofrecemos cobertura constante y atendemos a nuestros pacientes en el geriátrico, en urgencias, en el hospital o en su propia casa.

Pero hay otras cosas que debemos mejorar. Algo intrínseco a las clínicas residencia y que supone un desafío: la comunicación entre el equipo médico. Todos los médicos trabajan a jornada partida, ya que pasan el resto del día haciendo turnos clínicos. Todos los médicos se enfrentan a curvas de aprendizaje empinadas y siguen intentando dominar los principios básicos de una clínica ambulatoria ajetreada. El personal clínico de apoyo no trabaja solo con un médico, por lo que puede resultar complicado establecer costumbres y rutinas basadas en el equipo.

Una potencial solución es el corrillo de equipo pre-clínico. Adoptamos esta estrategia cuando empezé

nuestra última clase de prácticas, y los resultados han sido increíbles. Tras una semana de corrillos, ya no podía imaginarme comenzar una sesión clínica sin ellos. Los residentes también han reconocido el valor de los corrillos y comentado el efecto tan positivo que han tenido en sus sesiones clínicas. La comunicación entre enfermeros y auxiliares médicos, enfermeros y médicos, médicos y auxiliares médicos y enfermeros y personal de recepción ha mejorado. Los corrillos dan voz a todos los miembros del equipo. Hace poco, uno de los empleados de recepción preguntó si esperábamos a algún paciente que debía dejar una muestra de orina. “Si sabemos que tendrá que dejar una muestra de orina, podemos recordarle que no utilice el baño”, propuso. Una solución sencilla para una cuestión que potencialmente puede consumir mucho tiempo.

CAMBIOS NECESARIOS

Para empezar con lo que parecía un cambio bastante insignificante (tan solo hacer que el equipo clínico se reuniera unos minutos antes de empezar el día clínico), tuvimos que

“TRAS UNA SEMANA DE CORRILLOS, YA NO PODÍA IMAGINARME COMENZAR UNA SESIÓN CLÍNICA SIN ELLOS”

llevar a cabo algunos cambios más importantes. El primero de ellos fue compaginar el horario de todos los médicos para que la hora de entrada fuera la misma. Este cambio implicó que algunos médicos empezaran más temprano o más tarde de lo habitual. También fue necesario realizar cambios en los horarios del personal de enfermería, para que los auxiliares médicos estuvieran disponibles para llevar a los pacientes hasta las salas cuando llegaban al mismo tiempo en lugar de en forma escalonada. Nuestro equipo de gestión clínica se comprometió a cambiar todo lo que fuera necesario del horario para que todos los miembros del equipo estuvieran disponibles para cada reunión.

El equipo de implementación (el director clínico, el jefe clínico, el jefe clínico asistente y el jefe de enfermería), junto con los médicos responsables, buscaron formación y orientación para saber cómo instaurar los corrillos. Visitamos otras consultas que realizaban reuniones sobre el cuidado de los pacientes. Sacamos buen provecho del seminario en línea presentado por la Academia de Wisconsin de Médicos de Familia acerca de las reuniones y corrillos de equipo sobre el cuidado de los pacientes. Leímos otras experiencias clínicas, aunque la literatura al respecto es limitada.

Comunicar el cambio es un desafío constante a pesar de la presencia del correo electrónico, tablón de anuncios y reuniones de todo el personal. Por tanto, utilizamos múltiples formatos para comunicar el cambio en la consulta. Dentro de lo posible, intentamos introducir la idea en reuniones en las que surgiera la oportunidad de preguntar y dialogar. Cuando no fue posible, confiamos en el correo electrónico para describir los corrillos, añadiendo un enlace a un vídeo de YouTube que representa un corrillo sobre el cuidado de los pacientes ([youtube.com/watch?v=Wttxm7jAnb4](https://www.youtube.com/watch?v=Wttxm7jAnb4)). También utilizamos un formulario en forma de plantilla para comunicar el qué, cómo, por qué, cuándo y dónde del cambio planificado. Por último, el jefe de enfermería y el director médico hicieron una demostración de un corrillo para que los médicos observaran qué podrían esperar. El vídeo de YouTube resultó especialmente útil porque atrajo el interés de los trabajadores, demostró el concepto en acción y fue fácil de compartir. Uno de los enfermeros vio el vídeo e inmediatamente declaró “ahora lo entiendo”.

UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE

Lo que nuestra clínica aprendió de los corrillos sobre el cuidado de los pacientes puede ayudar a que otras consultas construyan equipos y administren una mejor atención a sus pacientes. Para empezar, piense en quién estará al mando de los corrillos. En nuestra clínica, lo más lógico fue que los

enfermeros diplomados lideraran los corrillos. Ellos están presentes cuando empieza cada corrillo, sus horarios son regulares y tienen una mayor visibilidad de las necesidades del día a día, hora a hora y minuto a minuto de médicos y pacientes. Nuestro equipo de enfermeros diplomados estaba dispuesto a asumir este papel tan pronto como supieron con claridad qué se esperaba (el vídeo de YouTube fue formación suficiente para la mayor parte de ellos).

A continuación, formateamos cuidadosamente todo lo necesario para preparar cada cuadro con antelación a la cita. En lugar de organizar la lista rápidamente, el equipo debatió varias cosas sobre cada paciente como la fecha y contenido de la última visita (incluido el plan de cuidados), medidas de salud preventivas (cribado de cáncer, inmunizaciones) y gestión de enfermedades crónicas (última medición de HbA_{1c} o cualquier otra prueba de laboratorio). Aunque este proceso puede llevar su tiempo al principio, ahorra tiempo y mejora los cuidados durante la sesión clínica. Si un médico va con retraso, el auxiliar médico ya puede empezar a implementar el plan de cuidados administrando una inmunización recomendada, programando un reconocimiento físico atrasado o recordando a una paciente que debería someterse a una mamografía.

Comunicar el cambio es un elemento importante del éxito del corrillo. Nuestra clínica utilizó varias estrategias de comunicación, aunque, como era de esperar, el vídeo de YouTube fue la más popular. Sin duda, el personal clínico debe conocer el cómo y cuándo del cambio, pero primero es necesario que conozcan el por qué. Un grupo importante con el que no conseguimos comunicarnos fue nuestros pacientes. Aunque nuestra intención era mejorar sus cuidados, algunos pacientes quedaron decepcionados por el cambio en los horarios de sus médicos y porque las citas a primera hora de la mañana, por ejemplo, ya no estaban disponibles. Como parte fundamental de la consulta, la comunicación debería dirigirse a los pacientes también, incluso cuando se trata de cambios que pueden no incluirlos de forma directa.

Esperábamos que los corrillos obtuvieran cierta resistencia en un principio o que empezaran con fuerza pero acabaran abandonándose, como ocurre con muchas iniciativas de cambio. Por tanto, el equipo de liderazgo de la clínica se comprometió a estar presente en cada corrillo (en la medida de lo posible) para expresar su apoyo y

PUNTOS CLAVE

Los corrillos diarios de personal pueden resolver problemas de la consulta consiguiendo la contribución de todo el mundo.

Utilice diferentes formatos para comunicar el cambio de la consulta a los corrillos diarios.

Para empezar, piense en quién estará al mando de los corrillos.

Comunique este cambio de horarios a sus pacientes.



Uno de los cambios más importantes necesarios para empezar los corrillos diarios de personal es compaginar los horarios de todos los médicos para que las horas de entrada sean uniformes, lo que implica que algunos médicos tendrán que empezar más temprano.

compromiso con el seguimiento e identificación de los miembros del equipo que precisaran mayor estímulo para participar. Pronto pudimos identificar a los médicos que no respondían a ninguna forma de comunicación y no tenían ni idea de que habíamos empezado con los corrillos, así como abordar a los miembros del equipo que llegaban con retraso o estaban desconectados.

Tras unos meses, pudimos recortar un poco la preparación del cuadro, dándonos cuenta de que no necesitábamos un cuadro cada vez que alguien se presentaba con un catarro o dolor de garganta. También permitimos un poco más de flexibilidad en cuanto a las horas, proporcionando algo más de tiempo a los médicos para llegar a la zona de enfermería para los corrillos siempre que estuvieran presentes unos minutos antes del inicio de sus sesiones clínicas.

ENFOQUE DE EQUIPO MEJORADO

La introducción de los corrillos mejoró el enfoque de equipo hacia el cuidado de los pacientes:

- Recalcando el valor de la contribución de cada persona al cuidado de los pacientes, desde el recepcionista que programó la cita, pasando por el auxiliar médico que llevó al paciente hasta la sala y el médico que lo examinó, hasta el enfermo que le proporcionó formación y seguimiento tras la visita.
- Permitiendo que los enfermeros lideraran los corrillos, lo que identificó el papel que juegan en la organización del flujo de

la clínica y automáticamente los hizo participantes del éxito del proceso.

- Ofreciendo intervenciones de salud preventivas a los pacientes que suelen venir solo en busca de cuidados intensivos, incluso si han decidido no someterse a un reconocimiento físico o a una mamografía.
- Permitiendo que los médicos que atienden a pacientes con enfermedades crónicas entren en la sala de reconocimiento con la información que necesitan para desarrollar un plan de tratamiento.
- Identificando potencialmente las sesiones clínicas difíciles por todos los que participan al comienzo de la sesión, de forma que se puedan tomar medidas para traspasar algunos pacientes a médicos menos ocupados o para ofrecer apoyo extra clínico al proporcionar cuidados médicos.

Esta sencilla intervención transformó la función de nuestra clínica de una formada por médicos independientes que estaban a lo suyo, a menudo aislados del resto del equipo, a otra que incorpora cuidados basados en el equipo para mejorar los resultados de los pacientes y la satisfacción de los trabajadores.



La autora es médico de familia en una consulta privada de Neenah, Wisconsin. Envíe sus comentarios a medeconomics@spaeditores.com.



Prepararse para lo **INESPERADO**

ESTAR PREPARADO ANTE LA POSIBILIDAD DE UN DIVORCIO, UNA INCAPACIDAD O UN FALLECIMIENTO PUEDE SALVAR SU CONSULTA A LARGO PLAZO.

[Por **LARRY N. SMITH**]

La planificación adecuada frente al fallecimiento, jubilación o crisis personal de un médico protege a su consulta y, lo que es más importante, a la familia del socio fallecido o incapacitado. Abordo estos temas como médico incapacitado por la enfermedad de Parkinson que, gracias a una buena planificación, consiguió garantizar el éxito de su organización y el futuro de su familia contando con una estrategia de salida y de

productos del seguro en orden desde el momento en que se fundó la consulta.

Por eso, ya que muchos médicos que trabajan solos o en consultas de grupo se plantean la fusión o venta a una consulta de grupo integrada, es fundamental pensar más allá del sueldo, las reuniones pagadas y las vacaciones. Tanto el médico como la organización deben considerar todas las eventualidades potenciales consecuencias de la

debilidad y el comportamiento humanos, así como de las realidades de la vida de la consulta.

Según mi propia experiencia, habiendo desarrollado un grupo multiespecializado formado por diez médicos que abarca cirugía ambulatoria, laboratorio, audiología, niveles intermedios y la propiedad de un edificio de 12.800 metros cuadrados, es vital que las realidades de incorporar médicos nuevos o expulsar médicos antiguos de la organización se aborden en detalle.

Al diseñar los mecanismos de entrada a la propiedad de un médico nuevo, resultó evidente que esta tarea es el aspecto más sencillo de la ampliación de la propiedad organizativa. Se calcularon los múltiplos de efectivo libre, se determinaron los valores netos, se debatió sobre los mecanismos de compra y se traspasaron los derechos de voto al nuevo miembro después de que adquiriera las acciones corporativas correspondientes. En cambio, fue durante esta valoración exhaustiva de la estructura organizativa de la consulta cuando la difícil y a veces dura realidad de la expulsión de un médico accionista existente se volvió realmente problemática.

Partiendo de ahí, la pregunta era, “¿por qué un médico accionista quiere dejar la consulta?” Algunas de las respuestas eran empíricamente obvias, siendo la jubilación la primera de todas. En este caso, la partida del médico era más fácil de estructurar, ya que la fecha de una jubilación suelen saberse con años de antelación, de modo que la organización empezaría a buscar un sustituto para el médico que se jubila unos tres o cuatro años antes de la fecha planificada de jubilación. Al empezar la búsqueda antes, sería posible encontrar un nuevo médico adecuado que encajara con la consulta, y entonces comprar la parte de las acciones del médico que se jubila. Bastante sencillo de momento, pero solo es la punta del iceberg.

Al mirar debajo de la superficie, resulta evidente que un médico puede decidir dejar una organización por diferentes motivos; algunos sencillos, algunos desagradables. Está claro que la estructuración de una partida exitosa implica más que dinero. Una partida inesperada puede deberse a un divorcio, a cláusulas de no competencia, a una jubilación planificada, a un fallecimiento o a una incapacidad. Algunas de estas cuestiones están interrelacionadas y exigen soluciones completas.

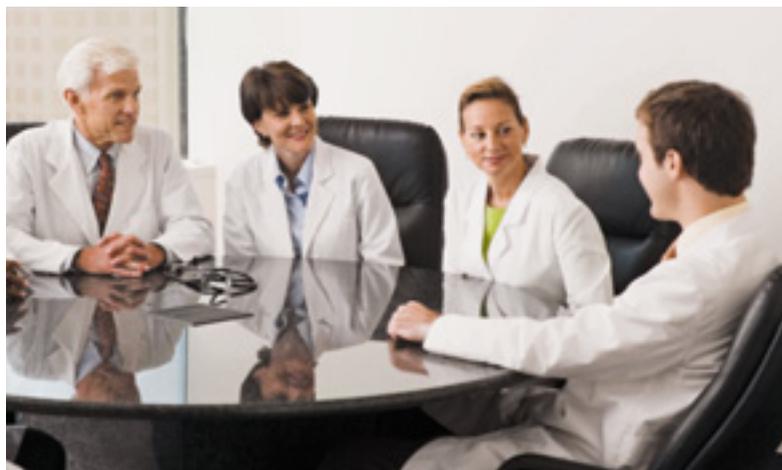
EL DIVORCIO LO COMPLICA AÚN MÁS

El divorcio supone un problema especialmente difícil para la consulta, ya que por su naturaleza crea una relación conflictiva entre la pareja que se divorcia y la consulta. El cónyuge del médico propietario, a través de un abogado, está decidido a asegurarse de que su parte de la consulta, de los bienes inmuebles, del fondo de jubilación y de otras posesiones se valore adecuadamente, mientras la consulta y el médico propietario intentan asegurarse de que los modelos de sobrevaloración no

entren en juego. Es por este motivo que los cónyuges deben firmar y comprender los modelos de valoración predeterminados de aquellos aspectos de la organización a los que tendrán derecho en caso de divorcio.

Sin este acuerdo precompra, la organización se enfrenta al riesgo de los propietarios no médicos y las sobrevaloraciones interesadas de los bienes comunes.

Este modelo de valoración predeterminado es importante en caso de que el médico propietario divorciado decida dejar la consulta y la comunidad por la mala experiencia. Esta eventualidad puede ser peor si el médico desea dejar la consulta pero quedarse en la ciudad y hacer la competencia. Por suerte, las cláusulas de no



LA ORGANIZACIÓN DEBE CONSIDERAR LA DEBILIDAD Y EL COMPORTAMIENTO HUMANOS, ASÍ COMO LAS REALIDADES DE LA VIDA DE LA CONSULTA

competencia permiten la compensación de daños y perjuicios económicos, aunque con restricciones geográficas limitadas.

En consecuencia, exigir al contrariado médico que se va que traspase sus acciones a la consulta a cambio del derecho de quedarse y trabajar en la comunidad le concede a dicho médico un descanso para valorar lo realmente infeliz que es. No obstante, en algunos casos la consulta quizá necesite expulsar de la organización a un médico disfuncional. En este caso, es importante que se establezca mediante un acuerdo que la consulta comprará la parte del médico en valoración total, con el acuerdo de que dicho médico abandonará la zona geográfica de la consulta. Estas cuestiones deben hablarse abiertamente antes de firmar cualquier acuerdo. De lo

CON TRES PROPIETARIOS DE 45 O MÁS AÑOS DE EDAD, EXISTE UNA PROBABILIDAD DEL 75 POR CIENTO DE QUE UNO DE ELLOS SUFRA UNA INCAPACIDAD ANTES DE LOS 65

contrario, todos los médicos nuevos, al igual que todos los que dejen la consulta, negociarán en su propio interés y no en el de la organización. Es imperativo contar con un único documento funcional.

LA REALIDAD DE UN FALLECIMIENTO O UNA INCAPACIDAD

Un fallecimiento o una incapacidad son dos de los riesgos organizativos más importantes a los que toda organización médica deberá hacer frente, aunque en general son los menos establecidos y peor gestionados cuando ocurren.

En el transcurso de su vida laboral, un empleado tiene de una de cinco a una de siete probabilidades de sufrir una incapacidad de cinco o más años de duración antes de los 65, con un riesgo del 30 por ciento de precisar acceso a un seguro de dependencia a largo plazo.

Una persona de 37 años de edad es tres veces más propensa a quedar incapacitada que a morir. A los 50, la probabilidad de incapacidad es de dos contra uno frente a la muerte, siendo las enfermedades crónicas una causa más probable que una lesión traumática, según el *Disability Insurance Resource Center*, de Northwestern Life Insurance Co.

Estas probabilidades solo empeoran cuando el número de médicos propietarios de una consulta aumenta. Con tres propietarios de 45 o más años de edad, existe una probabilidad del 75 por ciento de que uno de ellos sufra una incapacidad antes de los 65. En la misma consulta de tres propietarios, existe una probabilidad del 59 por ciento de que uno de sus miembros fallezca antes de los 65, según la *New York Life's Probability Calculator*.

Comprender estas estadísticas hace que la planificación para estos eventos sea obligatoria. Requiere el asesoramiento de un agente de seguros que pueda ofrecer productos de protección exhaustiva y adecuadamente integrados. Todo propietario puede hacerse algunas preguntas sencillas en privado, para luego hablar sobre las respuestas abiertamente en una reunión de la junta directiva. Es importante que los propietarios corporativos entiendan la interrelación y dependencia que existe entre ellos mismos y la consulta.

La muerte de uno de los socios es una experiencia dolorosa y desagradable que debe planificarse con antelación, cuando las mentes estén más tranquilas y las emociones no estén a flor de piel. Habiendo estable-

cido ya el modelo de valoración de las acciones del socio, la consulta debe adquirir y poseer un seguro de vida que cubra ese valor más una prestación por defunción adicional del 25 al 100 por cien. El motivo de dicha prestación adicional es que resulta más acertado añadir a la sucesión del socio fallecido de un 10 por ciento a un 20 por ciento más que el valor calculado a fin de prevenir cualquier litigio sobre la valoración. Este esfuerzo puede ahorrar a la organización los costes del litigio. La indemnización también cubrirá cualquier cuenta por cobrar que corresponda a la sucesión y proporcionará a la organización los ingresos operativos que se pierden por la productividad perdida.

La prima del seguro también debe estar integrada en la póliza de incapacidad con exención del pago de las primas del seguro de vida y una opción de conversión a término en cualquier momento con independencia del estado de salud en caso de incapacidad.

Con la incapacidad también llega una pléthora de cuestiones que se gestionan mejor con un paquete de seguro a todo riesgo. La organización debe contar con seguros por incapacidad tanto a corto como a largo plazo, disponibles para sus empleados y propietarios. Cada uno de ellos puede optar por tener un seguro de vida e incapacidad adicional fuera de la organización. Es una decisión personal, pero el seguro por incapacidad de corto plazo de la organización debería estar integrado en una póliza a todo riesgo de incapacidad de largo plazo con exención del pago de las primas y desgravación de los costes de vida.

La consulta también debe añadir una póliza de incapacidad que cubra la ausencia del socio y la menor productividad resultante durante al menos dos años con unos beneficios totales de al menos 250.000 dólares. Así, en caso de incapacidad total, es necesario contar con una póliza de compra de la parte del socio que cubra la valoración de sus acciones, de forma que la organización pueda disolver sus obligaciones económicas hacia el socio incapacitado de modo equitativo y eficaz.

También hay que considerar la importancia del seguro de dependencia a largo plazo. Dado el riesgo del uso de un centro de dependencia a largo plazo durante una incapacidad y de la planificación de una jubilación y sucesión, es crucial tener acceso a un seguro de este tipo. Es posible incluir la póliza en el paquete de jubilación de cada socio con un plan de pago a diez años o bien al cumplir

PUNTOS CLAVE

Tanto una estrategia de salida como el seguro deberían estar al día desde el principio.

Proteja su consulta del divorcio de un socio mediante un acuerdo con el cónyuge.

La muerte y la incapacidad son riesgos organizativos que toda organización médica puede llegar a afrontar.

El seguro de dependencia a largo plazo puede evitar que su consulta tenga que echar mano a sus propios fondos.

los 65, de forma que la póliza se financie por completo, ofreciendo seguridad económica y patrimonial para la familia del socio incapacitado al mismo tiempo que indirectamente se protege la organización.

ASPECTOS BÁSICOS DEL SEGURO

Los puntos clave al diseñar, construir y planificar el éxito a largo plazo de una organización médica depende de que se aborden con antelación todas las eventualidades desagradables que pueden llegar a ocurrir a lo largo de la vida de una persona.

Lo mínimo que debería incluir la estructura organizativa es un modelo de valoración uniforme y predeterminado junto con un seguro de vida, de incapacidad de grupo a corto y largo plazo, de los gastos generales resultantes de la incapacidad, de compra por incapacidad y de dependencia a largo plazo con desgravación por los costes de vida, con exención del pago de la prima de las pólizas de vida e incapacidad, así como conversión a término. Mantener todos estos componentes al día protege tanto a la organización como al patrimonio y familia de los socios en caso de que se produzca la peor de las situaciones. Con ajustes de los gastos personales, el socio incapacitado podrá mantener el estilo de vida de su familia. Con la exención del pago de la prima, el socio podrá asumir la propiedad del seguro de vida de la consulta en el momento de su partida, y es posible ampliar ese beneficio a las pólizas del seguro por los gastos generales generados a la consulta y el de dependencia a largo plazo, dependiendo de cada organización.

La conversión a término en cualquier momento, con independencia del estado de salud, es un componente fundamental que permite al socio incapacitado convertir su póliza de seguro de vida a término en un producto que pueda proporcionar ingresos adicionales y seguridad para su familia. El riesgo de ser propietario de una póliza permanente vitalicia con exención del pago de la prima puede ayudar al socio incapacitado si en algún momento decidiera quedarse con el dividendo pagado a la póliza en lugar de reinvertirlo. Ese pago de dividendos puede llegar a ser de hasta 50.000 euros al año.

Hay que considerar algunas realidades básicas e importantes antes de formar o unirse a una organización médica. Si no se anticipan las estrategias de salida, las personas de la organización tendrán que recurrir a sus propios bolsillos y cuentas bancarias para pagar esos problemas fácilmente gestionables que se habrán convertido en onerosas obligaciones económicas que pueden llegar a provocar la disolución de la organización.

Poco después de mi partida de la consulta, un socio fue diagnosticado de cáncer metastásico (causa común de incapacidad y muerte) y sometido a tratamiento; su familia también se benefició de esta estructura. A los tres años, la organización empleó todos los productos del seguro

PREGUNTAS DIFÍCILES

A continuación, algunas preguntas a considerar a fin de ayudar a preparar su consulta para un evento vital importante, como el divorcio, la incapacidad o la muerte, que afecte a usted o a uno de sus socios.

- Si enfermara o saliera herido de un accidente, ¿cómo quedaría afectado el nivel de vida de su familia?
- ¿Cuánto tiempo durarían sus ahorros si sus ingresos cesaran por su incapacidad para trabajar por enfermedad o accidente?
- ¿Qué efecto tendría una enfermedad o lesión (incapacidad) a largo plazo sobre su capacidad de continuar ahorrando para su jubilación?
- ¿Seguiría su jefe (es decir, su consulta) pagando su salario si no pudiera trabajar por una lesión o enfermedad? ¿Y si la incapacidad durara varios años?
- ¿Podría permitirse unas vacaciones de seis meses? Si la respuesta es no, ¿cree que podría mantenerse durante una lesión o enfermedad (incapacidad) que durara seis meses?
- Durante su incapacidad, ¿podrían usted o su familia pagar los mayores gastos resultantes de su incapacidad?
- ¿Seguiría pudiendo ahorrar para su jubilación durante ese periodo de incapacidad?
- ¿Se vería obligado a gastar sus ahorros para la jubilación para mantener a su familia durante su incapacidad?
- ¿Han protegido lo suficiente usted y la consulta la inversión que usted como propietario está en la actualidad dedicado a mantener?
- ¿Podría la consulta superar la pérdida económica de un socio con incapacidad durante un año o más?
- ¿Tiene la corporación los recursos económicos y el efectivo libre para adquirir la parte correspondiente de un socio de baja por incapacidad a largo plazo?

expuestos en este artículo. Como resultado, a la organización no le costó demasiado dinero, con la excepción de las primas anuales, cuyo coste total es insignificante en comparación con las obligaciones económicas a las que habría tenido que enfrentarse personalmente cada miembro de la consulta.

La planificación adecuada prestando atención a la peor de las situaciones posibles y el proceso final merece la pena cuando es necesaria.



El autor es un otorrinolaringólogo jubilado de Gainesville, Florida. Envíe sus comentarios a medeconomics@drugfarma.com.



CANTABRIA

EL SERVICIO DE TRANSPORTE SANITARIO INCREMENTA EN UN 10% SU PLANTILLA

El Servicio Cántabro de Salud ha presentado recientemente los nuevos vehículos del servicio de transporte sanitario en Cantabria. Se trata de una flota de ambulancias renovada, integrada por 110 vehículos de nueva adquisición y que incorporan los últimos avances técnicos y tecnológicos.

Entre las mejoras de esta nueva flota destaca la incorporación de siete vehículos asistenciales de soporte vital básico 4x4, para prestar asistencia en lugares de difícil acceso en zonas rurales. Se han adquirido además dos vehículos todo terreno de intervención rápida (VIR) y uno de apoyo logístico para la atención en situaciones de riesgo previsible y catástrofes.



Todas las UVIs incorporan nevera y calentador de sueros, con preinstalación en las ambulancias de soporte vital básico.

Los vehículos cuentan también con tomas adaptadas para la incubadora de transporte neonatal. Además, para evitar interferencias con los aparatos de electromedicina, los vehículos tienen un sistema eléctrico separado de cabina, con acceso independiente desde el interior.

Asimismo, se han incorporado también mejoras en el carrozado de la UVI para traslado de enfermos mentales, con cabina asistencial y mobiliario acolchado y la Unidad de Apoyo Logístico cuenta con equipo de calefacción y aire acondicionado para el hospital de campaña.



PAÍS VASCO

KRONET: LA RED SOCIAL DE LOS PACIENTES CRÓNICOS

Osakidetza ha puesto en marcha la red social Kronet para que pacientes crónicos, familias y voluntarios compartan experiencias y consejos.

La aplicación ha estado en funcionamiento de forma experimental durante un año con la participación de 270 personas y ahora se abre a todo los interesados en el portal www.kronet.net. Se trata de una plataforma que actúa como una comunidad en la que pacientes, familiares, cuidadores no profesionales y amigos ofrecen sus experiencias sobre la enfermedad y plantean dudas a otros usuarios de la red.

Una de sus principales peculiaridades es que los usuarios no se conectan a la red atendiendo al tipo de enfermedad sino por su estado de ánimo, estableciéndose cuatro ejes de afinidad. La primera, de color verde, está pensada para los momentos en que los pa-



cientes se encuentran desbordados o se sienten mal tras ser diagnosticados de una enfermedad. La sigue otra de color azul, que corresponde al momento en que se acepta la enfermedad y se busca más información sobre la misma. En el estado identificado en color morado el paciente busca el equilibrio adecuado para adoptar la enfermedad a su día. Por último, la red incluye el estado naranja, dirigido a familiares o acompañantes de enfermos crónicos que quieren brindar sus consejos o explicar determinadas experiencias.



COMUNIDAD DE MADRID

DOS NUEVOS CENTROS SE ACREDITAN COMO INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN

El Instituto de Salud Carlos III ha acreditado los Institutos de Investigación Sanitaria del Gregorio Marañón y del Clínico San Carlos. Con estos dos centros ya son siete los institutos de investigación acreditados con los que cuenta la Comunidad y que sitúan a la región a la vanguardia de la investigación.

El Instituto de Investigación sanitaria del Gregorio Marañón cuenta con 500 investigadores y centra su actividad investigadora en siete áreas de investigación. Por su parte, el Instituto de Investigación Sanitaria del Clínico San Carlos cuenta con 540 profesionales y, en el último año, han publicado más de 300 trabajos en revistas científicas nacionales e internacionales.

Sección patrocinada por:





Por **LUIS G. PARERAS**

‘Business angels’: alternativa al capital riesgo (I)

Los buenos resultados obtenidos por las compañías de capital riesgo al invertir en ideas innovadoras han despertado siempre interés entre individuos con buenos recursos económicos, que quieren también participar en este tipo de inversiones. Esta es sin duda una excelente noticia para los emprendedores, porque los *business angels*, el término con el que son conocidos, son mucho más numerosos que las compañías de capital riesgo, y su perfil les hace ser más rápidos y más flexibles a la hora de tomar decisiones e invertir en las compañías. Algunos estudios sugieren (los datos no son tan públicos como en otras transacciones y dificultan su estimación) que los *business angels* invierten diez veces más en compañías que el capital riesgo.

Aún sin estar tan profesionalizados, el circuito de aproximación, negociación y financiación al *business angel* suele ser similar, y son una alternativa interesante al capital riesgo. La inversión típica de un *business angel* puede estar entre 50.000 y 500.000 euros, lo que los hace muy interesantes como alternativa en aquellos proyectos que estén todavía en una fase muy inicial. De hecho, los *business angels* llenan el vacío existente entre la financiación de la triple F y la financiación por el capital riesgo. Para cualquier cantidad entre 25.000 euros, cantidad máxima habitual con la que los profesionales sanitarios suelen autofinanciar sus ideas, y los 300.000 euros a partir de los que el capital riesgo puede empezar a estar interesado, los *business angels* son una fuente muy interesante de financiación.

La motivación de los *business angels* no es exclusivamente el retorno a su inversión. También les atrae la creación de una *start-up* y el poder contribuir de manera decisiva con sus conocimientos y habilidades. Muchos de ellos ya lo han hecho antes. Por todo ello, la “buena química” entre inversor y emprendedor es aquí especialmente importante. La motivación fundamental de estos inversores suele ser el deseo de sentir la emoción de hacer despegar una buena idea, y esto los hace ser especialmente activos en el día a día de la compañía.

Los *business angels* se involucran muy directamente para ayudar a los emprendedores y a su equipo directivo. Esto puede ser fantástico para algunos emprendedores sanitarios, pero también una fuente de conflictos para otros, especialmente los que prefieren dirigir su compañía sin intromisiones. No hay dos *business angels* iguales, pero la industria suele clasificarlos en cuatro grandes tipos:

- Ángel guardián (*guardian angel*). Tiene experiencia relevante en la industria sanitaria y quiere participar de manera muy activa en el proceso. Tiene numerosos contactos y puede ser una ayuda muy valiosa para el equipo fundador.
- Ángel operacional (*operational angel*). Suele provenir de grandes compañías del entorno sanitario, conoce perfectamente cómo diseñar la compañía para crecer en estructura y abrir nuevos mercados.
- Ángel emprendedor (*entrepreneur angel*). Es un inversor que ya ha pasado por el proceso de emprender antes, y es excepcionalmente útil para el emprendedor

que empieza. Sabe cómo estructurar los acuerdos con el capital riesgo y puede conseguir que ambos, fundadores y él mismo, obtengan lo mejor de las posteriores financiaciones. Participa de forma activa en la negociación con futuros inversores.

- Ángel sin implicación (*hands-off angel*). Un individuo con recursos económicos importantes, pero que sigue en activo en su día a día y, por tanto, no está interesado en seguir de cerca el proceso. No participa en la actividad diaria, pero sí quiere influir en la dirección estratégica de la compañía. Es posible que no tenga gran experiencia en montar *start-ups*.

Los *business angels* suelen organizarse en redes, asociaciones de inversores privados que quieren acceder a oportunidades de inversión en la zona en la que viven. Muchos *business angels* están detrás de encuentros como los ya clásicos *First Thursday* o *Café del emprendedor*, donde se reúnen docenas de emprendedores con ideas y docenas de inversores con posibilidades de financiación, ambos grupos en busca de buenas oportunidades de colaboración. Al organizarse en redes, desarrollan:

Además, para el entorno de los *business angels*, las referencias son especialmente importantes. La mayoría intentan mantener un perfil discreto y no gritan a los cuatro vientos que están buscando recibir ideas como las compañías de capital riesgo. Son, por tanto, más difíciles de localizar.

PUNTOS CLAVE

La inversión típica de un *business angel* puede estar entre 50.000 y 500.000 euros

Los *business angels* se involucran muy directamente para ayudar a los emprendedores y a su equipo directivo



Salme's Cup 2012

Ponce y García, en una presentación única

El torneo se celebrará en La Caminera Golf (Ciudad Real), del 1 al 3 de junio.

Ha tenido lugar recientemente la presentación oficial de la Salme's Cup 2012, el torneo de golf más divertido del mundo. El torero Enrique Ponce sorprendió a todos los presentes haciendo aparecer dentro de una caja al golfista Sergio García. El Centro Nacional de Golf fue el escenario escogido por la Salme's Cup para presentar su cuarta edición.

El golfista Sergio García quiso estar presente en el evento, pero escogió una peculiar manera de hacerlo: cuando ya nadie le esperaba, Enrique Ponce y Sinacio Salmerón sacaron a escena una ligera caja de cartón donde, tras unos golpecitos, apareció un sonriente Sergio, que agradeció a los hermanos Salmerón, alma mater del torneo, su apoyo a la Fundación Sergio García, que por primera vez ha sido escogida para la labor benéfica del torneo.

Tanto el torero como el golfista de Castellón aprovecharon la ocasión para plasmar sus huellas en el Paseo de los Amigos del Golf, iniciativa apoyada por la Real Federación Española de Golf y que puede ser visitada en las instalaciones del Centro Nacional de Golf. El acto de presentación contó con multitud de estrellas que apoyaron de manera activa una rueda de prensa muy peculiar, en formato pasarela de moda.

El periodista Ángel Rodríguez, de *Al Primer Toque* de Onda Cero, fue el encargado de hacer las presentaciones, y junto a Vicente Ortega, de Radio Marca, pusieron voz a una pasarela por la que desfilaron el medallista olímpico Juan Antonio Corbalán, el actor Francis Lorenzo, los hermanos Salmerón, Guillermo y Sinacio, y un largo etcétera. Todos ellos presenta-



Sergio García y Enrique Ponce ponen sus huellas para el Paseo del Golf.

ron la nueva colección de ropa que GANT ha escogido en esta edición para la uniformidad de los jugadores.

Otra de las grandes sorpresas desvelada durante el acto fue la sede escogida: La Caminera Golf, un auténtico paraíso situado en Ciudad Real, acogerá esta cuarta edición de la Salme's Cup del 1 al 3 de junio. Este torneo, cuya presidencia de honor ostenta desde sus inicios Seve Ballesteros, cuenta con el patrocinio principal de ABM Rexel y Groupama Seguros, así como la co-espponsorización de BMW, La Cosa de las Películas y la Real Federación Española de Golf. Mención especial también para los colaboradores Gant, Embassy, Bahlsen y BiG.

Patricia Sanz triunfa en Estados Unidos

La jugadora madrileña Patricia Sanz ha obtenido su victoria más relevante hasta la fecha al imponerse, por primera vez, en el prestigioso SEC Womens Championship, torneo perteneciente a la Liga Universitaria de Estados Unidos, que se ha celebrado en el campo de Blessings Golf Club (Fayetteville, Arizona). La madrileña consiguió su primera victoria en tierras norteamericanas precisamente en su último año de estancia, viendo premiados su

buena trayectoria y su trabajo en la Universidad de Auburn. Con 219 golpes distribuidos en vueltas de 69, 77 y 73 impactos, la golfista de Jarama-RACE resistió en cabeza en un torneo en el que el viento y las dificultades propias del campo jugaron su papel; tanto es así, que ninguna de las participantes jugó bajo par. Marina Alex (220) y Emily Tubert (221) acecharon a Patricia Sanz en la clasificación hasta el final. "Soy la persona más feliz en el mundo. La victoria ha llegado

en el mejor momento, siendo ya una jugadora *senior* y ganando el equipo. No podría pedir nada mejor. Este año ha sido complicado, pero los entrenadores han creído en mí y he trabajado duro", dijo Patricia. Además de la victoria de la madrileña, cabe destacar el buen resultado global de las representantes españolas: Marta Silva fue quinta; Camilla Hedberg, sexta; Rocío Sánchez, octava; y Marta Sanz, hermana de la ganadora, fue trigésima novena.