

# Medical Economics®

EDICIÓN ESPAÑOLA

CENTROS CLÍNICOS  
de  
**EXCELENCIA**

Traumatología

PÁG. 48

Chequeo



PÁG. 25

29 DE JUNIO DE 2012

Nº 174

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

## Geografía de **RECORTES**

*Más*

**La crisis también  
broncea**

PÁGINA 19

**A mí, ¡que me  
registren!**

PÁGINA 54

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.



El tijeretazo sanitario

## Geografía de recortes



42

### EN PORTADA

#### 42 Geografía de recortes

La mecha de los recortes prendió primero en Cataluña, se intensificó tras las elecciones autonómicas de mayo de 2011 y tomó cuerpo de "¡sálvese quien pueda!" con la llegada de Mariano Rajoy a La Moncloa.

### CHEQUEO A PSN

#### 25 Chequeo a PSN

Con su nuevo consejo de administración presidido desde hace casi tres lustros por Miguel Carrero, Previsión Sanitaria Nacional (PSN), tras 82 años al servicio de los profesionales sanitarios, pone su mirada en el futuro.

### CENTROS CLÍNICOS DE EXCELENCIA

#### 48 Traumatología y Medicina del Deporte

*Medical Economics* continúa su serie Centros Clínicos de Excelencia destacando algunos centros de referencia en estas especialidades en España.

### REPORTAJES

#### 19 Las vacaciones de los médicos

La crisis también broncea.

#### 54 A mí, ¡que me registren!

Realizar el registro de salida en la sala de reconocimiento contribuye a la comodidad y privacidad del paciente.

#### 58 Mis pacientes favoritos son los drogadictos

Para Jana Burson, los adictos han sido los pacientes más agradecidos que se ha encontrado en la Atención Primaria.

CENTROS CLÍNICOS  
de  
EXCELENCIA

Traumatología  
y Medicina  
del Deporte

48

25



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 Mayte Segura  
medeconomics@spaeditores.com

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

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

## PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

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



19

## SECCIONES

- 5 **La Lanceta**  
Ciencia y conciencia
- 6 **Al Día**  
España, en la media europea en cuanto a confianza en los médicos
- 14 **Sanidad Autonómica**
- 15 **Gestión de Calidad**
- 16 **Gestión en Atención Primaria**
- 60 **Gestión en Enfermería**  
Liderazgo enfermero en la cronicidad. La propuesta de Osakidetza

- 62 **Internet y Medicina**  
Aplicaciones para iPad y Android

- 64 **Golf**



## ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Son las medidas del gobierno la solución para nuestra Sanidad?



## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

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

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

© Copyright 2012 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## EDITORIAL

**Juan Abarca Campal**  
CONSEJERO DELEGADO.  
GRUPO HM HOSPITALES

**Marta Aguilera Guzmán**  
PRESIDENTA. SEDAP

**Margarita Alfonsel Jaén**  
SECRETARIA GENERAL. FENIN

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

**Humberto Arnés Corellano**  
DIRECTOR GENERAL.  
FARMAINDUSTRIA

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

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

**Victoria Ayala Vargas**  
DIRECTORA CIENTÍFICA OXIMESA.  
GRUPO PRAXAIR

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

**Josep Basora Gallisá**  
PRESIDENTE. SEMFYC

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

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

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

**Miguel Carrero López**  
PRESIDENTE. PSN

**Guillermo Castillo Acero**  
DIRECTOR. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

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

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

**Felipe Chavida García**  
PRESIDENTE. IDEPRO

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

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

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

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

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

**Joaquín Estévez Lucas**  
PRESIDENTE. SEDISA

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

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

**Francisco Vicente Fornés Úbeda**  
EXPRESIDENTE. SEMST

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

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

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

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

**Abraham Herrera Lima**  
DIRECTOR EJECUTIVO. ORGANIZA-  
CIÓN ESPAÑOLA DE HOSPITALES Y  
SERVICIOS SANITARIOS (OEHS)

**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

**Lluís Monset i Castells**  
DIRECTOR GENERAL. ASSOCIACIÓ  
CATALANA D'ENTITATS DE SALUT (ACES)

**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 EXTER-  
NAS. MERCK SHARP & DOHME ESPAÑA

**José Manuel Ribera Casado**  
CATEDRÁTICO EMÉRITO  
DE GERIATRÍA. UCM

**Ignacio Riesgo González**  
DIRECTOR DE SANIDAD.  
PRICEWATERHOUSECOOPERS

**Helena Ris**  
DIRECTORA GENERAL.  
UNIÓ 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

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

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

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

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

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

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

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

## EXPERTOS

### GESTIÓN PROFESIONAL



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



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



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



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

### DERECHO/MALPRAXIS



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



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



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

### IMPUESTOS/FINANZAS



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



**José Ignacio Alemany**  
SOCIO DIRECTOR.  
BUFETE ALEMANY ESCALONA  
& ESCALANTE

### CAPITAL RIESGO



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

### NUEVAS TECNOLOGÍAS



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



**Óscar Gil García**  
GERENTE DE SANIDAD.  
PRICEWATERHOUSECOOPERS

# Ciencia y conciencia

Por GONZALO SAN SEGUNDO

La I+D+i es como la espina dorsal del desarrollo económico y social de cualquier país. Pero en éste, llamado España, los recortes ya no respetan ni el *sanctasantorum* del progreso.

La secretaria de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación, Carmen Vela Olmo, ha provocado un gran revuelo y sembrado inquietud y preocupación entre la comunidad científica al publicar hace unas semanas en la prestigiosa revista *Nature* un artículo en el que sostiene que el sistema de ciencia y tecnología español “tiene que adelgazar” para que sea más fuerte y conseguir la excelencia. ¿Pero no estaba ya algo escuálido? Ahora pretenden devenirlo en anorético.

Para ese viaje no hacía falta cabrear tanto al personal. Bastan tres velas blancas, un vaso con agua y una foto de la persona que se quiere adelgazar, en este caso, la comunidad científica. Al menos, esto es lo que recomiendan los manuales de hechizos para enflaquecer, al tiempo que explican el ritual que hay que seguir para conseguirlo.

La ceremonia descrita por Vela Olmo en *Nature* contiene este conjuro: “El sistema de I+D español no es tan grande como para justificar que se pague a tantos investigadores como lo hace actualmente”. Contra el abracadabra, nada mejor que la pócima de los datos: España está por debajo de la media de investigadores de la OCDE; su número es inferior al de Alemania o Reino Unido y similar al de Francia o Italia.

Y Vela ilumina más: “Actualmente hay un centro de investigación tecnológica o un parque científico prácticamente en cada autonomía”. Aquí hay que darle la razón.

Resumiendo: sobran investigadores porque hay exceso de centros de investigación. Pues reagrupemos al personal en menos edificios. Pero, claro, aquí topamos con los políticos, no con los científicos; con los reinos de taifas, no con la conveniencia común; con el “yo también” o el “yo más”, no

con la conciencia de hacer país. ¿Acaso en España sobran médicos porque existan demasiados hospitales? No, ¿verdad? Pues eso.

La llama de los recortes ha prendido en esta mujer, de formación bioquímica, directora general de la empresa biotecnológica Ingenasa (sanidad alimentaria y animal) y presidenta de la Sociedad Española de Biotecnología antes de ser nombrada para el puesto que ocupa. La conciencia de esta mujer de ciencia le llevó, al poco de tomar posesión como secretaria de Estado, a apostar por los recursos humanos “para intentar que los investigadores se queden en España a trabajar”. ¿Pero, dónde irían a currar los que, según ella, sobran?

El caso es que llueve sobre mojado. Los recortes en la I+D ya los propició el anterior Gobierno socialista a partir de 2009. Y Rajoy los agudizó restando 600 millones de euros al sistema nacional

de investigación. He aquí el verdadero problema, el *eccehomo* de la I+D pública: la falta de financiación, no el número de investigadores, como demuestra Carlos Andradás, presidente de la Confederación de Sociedades Científicas

de España (Cosce): “Si hay algo que está demostrado es que la excelencia necesita dinero y de una masa crítica suficiente para que emerja”.

Este año, el presupuesto de todos los ministerios para I+D apenas llega a los 6.400 millones de euros, después de un recorte anual del 25 por ciento, al que hay que sumar otro reajuste del 11,5 por ciento en los dos años anteriores. Estamos en los niveles de 2005, según Cosce. De ahí que 22 premios Nobel que forman parte del jurado del premio Jaime I firmaran a primeros de mes una declaración expresando su “preocupación” por los tijeretazos que sufre la ciencia.

¿Tendrán nuestros gobernantes conciencia de lo que este país se juega iluminando el futuro con velas?



**EL VERDADERO PROBLEMA DE LA I+D PÚBLICA ES LA FALTA DE FINANCIACIÓN, NO EL NÚMERO DE INVESTIGADORES**

Director asociado de *Medical Economics*.

Para contactar: [gonzalosan@sansegundo.e.telefonica.net](mailto:gonzalosan@sansegundo.e.telefonica.net)

## EUROPA

### ESPAÑA, EN LA MEDIA EUROPEA EN CUANTO A CONFIANZA EN LOS MÉDICOS

Un reciente estudio europeo concluye que el 69% de los ciudadanos españoles afirma seguir la prescripción médica sin saltarse ninguna dosis, y seis de cada diez cree que su médico les informa de manera adecuada sobre todo lo que tiene que ver con su salud. Los datos han sido analizados por la consultora Porter Novelli, especialista en comunicación de salud y consumo, a partir de la investigación de EuroPNStyles sobre el comportamiento de los europeos en relación a su salud.

El análisis revela, además, que los hombres son más disciplinados que las mujeres en las tomas, y que para los españoles la salud es un tema muy im-

portante. Estos datos sitúan a España en la media europea en lo que se refiere a confianza en la figura del médico y en su capacidad de prescripción. Solo el 3% cree que la información sobre salud carece de especial interés.

La encuesta paneuropea EuroPNStyles se lleva a cabo anualmente entre más de 10.000 personas, y analiza, entre otros apartados, el comportamiento de los ciudadanos europeos entorno a la salud, en concreto, a la actitud del paciente ante la medicación, la confianza en la figura del médico como prescriptor, las fuentes de consulta y el interés por la información sanitaria.

## SANIDAD PRIVADA

### LA OMC ACUERDA HOMOLOGAR LA RECETA MÉDICA PRIVADA

La Asamblea General de la Organización Médica Colegial (OMC) acaba de aprobar el procedimiento homogéneo para garantizar la autenticidad y la máxima seguridad de la receta médica privada, que entrará en vigor en enero de 2013. Es a partir de entonces cuando las recetas médicas privadas, tanto en soporte papel como electrónico, deberán tener un formato homogéneo en todo el territorio nacional y contemplar unos procedimientos que garanticen la autenticidad y máxima seguridad, contribuyendo a mejorar el uso adecuado de los medicamentos y ayudando a simplificar la tarea de los profesionales médicos y farmacéuticos.

Para ello, la Asamblea de la OMC ha acordado establecer un mecanismo homogéneo que garantice la autentici-

dad y máxima seguridad de recetas médicas privadas, a través de la implantación de un código de verificación electrónica (CVE), una especie de código de barras asociado al número de receta, que permitirá comprobar a qué médico en concreto ha sido asignado un determinado talonario, a qué colegio pertenece el facultativo prescriptor, cuál es su especialidad, que medicamento y en qué farmacia se ha dispensado.

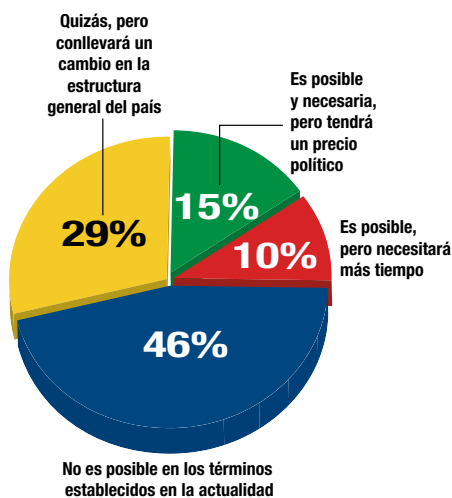
Para poner en marcha este mecanismo, la OMC creará una plataforma tecnológica que, partiendo del CVE, interrelacione los datos del médico prescriptor, los del colegio al que está adscrito y los datos identificativos de la oficina de farmacia que ha efectuado la venta, en una especie de almacén o central de datos.

## ENCUESTA

### ¿CREE POSIBLE UNA REFORMA REAL DE LA SANIDAD EN EE. UU.?

Según los resultados de la encuesta de *Medical Economics*, los profesionales de la sanidad española consideran que la reforma sanitaria en EE. UU. no es posible en los términos establecidos en la actualidad. Además, hay un amplio sector de los lectores que opina que, de ser posible, conllevaría un cambio en la estructura general del país. El resto de los lectores han considerado que es posible y necesaria, pero que necesitará más tiempo y tendrá un precio político para Obama.

A esto hay que añadir la reciente luz verde del Tribunal Supremo de EE. UU. a la misma, eso sí, con condiciones.



## PROFESIÓN

## SE DUPLICAN LAS RECLAMACIONES DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Según un estudio realizado por la correduría de seguros Uniteco Profesional y el despacho de abogados DS Legal Group, las reclamaciones de Responsabilidad Civil Profesional al colectivo de médicos y dentistas se han duplicado en los últimos cuatro años en España.

El estudio, que se ha llevado cabo entre 26.000 profesionales médicos, confirma que, mientras que en 2007 se abrieron un total de 352 siniestros, en 2011 se alcanzó la cifra de 660 siniestros. Igual-

mente, asegura que la tendencia para 2012 es creciente y que podría superar los 730 siniestros. Además, en el documento del estudio se afirma que el 45% de los siniestros se judicializa y, de éstos, el 75% tiene una resolución totalmente favorable para los médicos y odontólogos; un 20%, una estimación parcial; y solo un 5%, una resolución desfavorable. Desde 2007, las reclamaciones superiores al millón de euros se han incrementado en un 150% en el año 2011.

## MEDICINA RURAL

## 'VENTANAS EN EL CUERPO', UN HOMENAJE A LOS MÉDICOS RURALES

La Organización Médica Colegial ha presentado recientemente la película 'Ventanas en el cuerpo', con la que se rinde un homenaje a los médicos rurales.

La cinta cuenta la historia de un médico rural que ejerce en un pequeño pueblo, donde vive las más diversas situaciones a las que se enfrentaban los facultativos en los años 50, sin apenas más recursos que su termómetro, su fonendoscopio, su tensiómetro y material para cirugía menor.

El largometraje está protagonizado por 5 actores profesionales y 35 *amateurs*, la mayor parte, habitantes de Noblejas (Toledo), población en la que han rodado junto con Concello de Allariz y Tembleque. La película ha sido producida por la Vocería Nacional del Médicos de Administraciones Públicas, escrita por José Manuel Solla, médico de Atención Primaria en el Concello de Allariz (Orense), y dirigida por Gonzalo G. Palmeiro.

## EMPLEO

## ALERTA SOBRE EL INCREMENTO DEL PARO EN LAS PROFESIONES SANITARIAS

El sindicato independiente de funcionarios CSI-F ha alertado sobre el aumento del paro en el sector sanitario, especialmente en las categorías más técnicas y superiores en cuanto a formación, siendo más acusado en la franja de edad de profesionales más jóvenes, entre 29 y 35 años.

En un comunicado remitido por Francisco Toquero de la Torre, secretario nacional de Prensa y Comunicación del CSI-F, el sindicato asegura que "tener una bolsa de médicos y enfermeros especialistas en paro, es un lujo y a la vez un derroche que cualquier país no se puede permitir, y menos que ninguno, España".

Según el sindicato, en solo dos años, se ha pasado de tener pleno empleo en el sector, a un aumento sobre el pasado año de un 20% de paro. Por esto, CSI-F emplaza a un pacto sanitario donde prevalezca la igualdad y coordinación legislativa y asistencial en todo el territorio nacional, donde se frenen las diferencias, "cada día mayores, como se puede ver en el recién instaurado copago, y donde prime el enfermo, protagonista casi siempre involuntario del Sistema Nacional de Salud".

## FORMACIÓN

## EL COLEGIO DE MÉDICOS DE BARCELONA CONVOCA BECAS PARA LA FORMACIÓN DE MÉDICOS EN COOPERACIÓN

El Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) ha hecho públicas las bases de la convocatoria de las Becas "Dr. Jose Luis Bada 2012" para la formación de Médicos en materia de Cooperación. Este año la cuantía de las becas asciende a 24.500€, que se destinarán a formación de postgrado o estancias formativas.

El objeto de este programa de becas es apoyar económicamente a aquellos médicos que quieran cursar formación de postgrado (máster, postgrado, curso de especialización, etc.) en materias relacionadas o aplicables al campo de la cooperación internacional, ya sea en centros de formación estatales o de ámbito internacional, públicos o privados; así como ayudar económicamente a aquellos médicos que quieran realizar estancias formativas dirigidas al ámbito de la cooperación.

## OJO AL DATO / EL EMPLEO, POR SECTORES

El **3,39%** de la oferta de empleo en España la aglutina el sector de la Sanidad

El **80%** de las ofertas del sector procede del departamento de servicios generales de las empresas/organizaciones sanitarias

Ocupa la **9ª** posición en el ranking de los sectores generadores de empleo

Cataluña lidera las ofertas de empleo en el sector de la sanidad, con el **26,14%** de las ofertas

Fuente: Adecco.

# Spanish Publishers Associates entrega sus premios de Odontología 2012

La entrega de premios convocó a más de 300 personas del sector dental en el Hotel Ritz de Madrid, en la quinta edición de estos premios



Foto de familia de los galardonados.

La ceremonia de entrega de los “Premios SPA de Odontología 2012” congregó en el hotel Ritz de Madrid a más de 300 personas, entre las que destacaron reconocidos miembros de la profesión. Auspiciados por las revistas *El Dentista del Siglo XXI*, *Dental Practice* y *JADA*, editadas

todas ellas por Spanish Publishers Associates (S.P.A.), los premios se han convertido ya en un referente para el área de salud bucodental.

El acto estuvo presidido por Sonia López Arribas, presidenta del Colegio de Médicos de Madrid (Icomem), en lo que fue su primer acto público tras su toma

de posesión. López Arribas, que ganó las elecciones al Icomem el pasado 24 de mayo, aprovechó la ocasión para transmitir a los asistentes su voluntad de ayudar al colectivo odontológico.

También estuvieron en la mesa presidencial Alfonso Villa, presidente del Consejo General de Dentistas de España; Melchor Álvarez de Mon, presidente de la Comisión Científica del Icomem; Manuel García Abad, presidente del Grupo Drug Farma y editor de SPA, y Felipe Aguado, director del Área de Publicaciones Dentales de S.P.A.

Durante su intervención, García Abad se refirió a la actual crisis económico-financiera por la que atraviesa el entorno europeo e hizo hincapié en la necesidad de aportar todos –empresarios y trabajadores– nuestro grano de arena para “contribuir al cambio de ciclo, para lo que se precisa una actitud positiva, en un contexto de recuperación ética”.

El presidente de Drug Farma expresó a los asistentes su satisfacción por la publicación de *JADA*, que el próximo año conmemora su centenario, “cien años que no han hecho mella en su modernidad”. Así mismo, confirmó la buena marcha de la revista *El Dentista*, que acaba de cumplir su tercer año de vida, y destacó la nueva etapa de *Dental Practice* que, con su nuevo Comité de Expertos, pretende consolidarse como referente en el campo del marketing, la gestión, la psicología y las nuevas tecnologías.

## PALMARÉS

**Premio a la Aseguradora del Sector Dental:** ASISA

**Premio a la Innovación Tecnológica:** MIS Ibérica.

**Premio a la Promoción de la Salud Bucodental:** Besos, Revista de Información Dental.

**Premio en Tecnología Protésica:** Ortoplus.

**Premio Emprendedores:** Clidentia.

**Entidad Pública en Apoyo a la Salud Bucodental:** Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

**Sociedad Científica:** Sociedad Española de Implantes.

**Premio Artículo Español publicado en Dental Practice-edición española:** “Actitud ante odontomas compuestos”, de A. Reyes, J.M. Aguado, A. Loughney y M. Fernández.

**Premio Artículo Español publicado en JADA-edición española:** “Medios diagnósticos en las lesiones del nervio dentario inferior”, de J. Sanz, C. Barona, E. Cáceres, F. Fernández y J.M. Martínez.

**Premio Especial Dental Practice:** Henry Schein.

**Premio Especial El Dentista:** Diego Murillo, presidente de AMA.

**Premio Especial SPA Editores:** José Font Buxó.

**Premio de Honor SPA Editores:** Julio González Iglesias.  
Por su iniciativa como promotor de la Academia de Estudios Históricos de Estomatología y Odontología.

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

## “Necesitamos realizar transformaciones sustanciales en nuestros sistemas sanitarios”

*La innovación tecnológica y organizativa en las instituciones sanitarias ha centrado el éxito de la primera edición de MIHealth Forum, que se consolida para próximos años.*

**PREGUNTA.** ¿Cuál es el balance de la primera edición de MI-Health Forum? ¿Qué nivel de participación ha habido?

**RESPUESTA.** Estamos muy satisfechos tanto por la participación (1.200 asistentes contando los eventos satélites), como por el elevado nivel de las ponencias, nacionales e internacionales, y por el alto grado de discusión y debate que las sesiones suscitaron.

**P.** ¿Cuáles han sido los puntos fuertes del evento? ¿Cuándo está prevista la siguiente edición?

**R.** Los puntos fuertes han sido la posibilidad de compartir experiencias nacionales e internacionales tanto en la innovación organizativa como tecnológica, y la gran aceptación y participación que tuvieron las presentaciones de cápsulas de innovación de la industria, así como de las instituciones sanitarias. Tuvo también un gran impacto la conferencia inaugural del Prof. Barabasi sobre la metodología de aproximación a los problemas biomédicos y organizativos mediante el análisis matemático de los nodos de información. Dado el éxito de esta primera edición, la Fira de Barcelona ya ha decidido que el forum tendrá continuidad con ediciones anuales.

**P.** ¿Cuáles han sido las principales conclusiones a las que se ha llegado durante la reunión?



**LAS IDEAS, LA CAPACIDAD DE INNOVAR Y LA PLANIFICACIÓN Y ESTRATEGIA DEL CAMBIO SON CLAVES PARA EL ÉXITO DE LA TRANSFORMACIÓN**

**R.** Que necesitamos realizar transformaciones sustanciales de nuestros sistemas sanitarios, y de la relación entre proveedores de salud y entre la industria del sector y las instituciones sanitarias para absorber los cambios que se avecinan en el mantenimiento de la salud de la población y para minimizar sus costes.

**P.** ¿Qué aplicación tendrán las conclusiones extraídas de MI-Health Forum en el día a día de nuestra sanidad?

**R.** Esperamos que los participantes se hayan podido llevar a sus entornos de trabajo ideas novedosas para la transformación de sus organizaciones.

**P.** ¿Qué ha aportado MIHealth en relación con otros eventos de similares características?

**R.** La posibilidad de compartir experiencias a nivel internacional y debatir las soluciones a los problemas y retos planteados por nuestros sistemas sanitarios de forma conjunta por todos los actores del sistema, es decir, profesionales de la salud, gestores, responsables de políticas sanitarias e industria del sector biomédico.

**P.** ¿Qué papel juegan las ideas y la innovación en la resolución de los problemas a los que se enfrenta la sanidad española?

**R.** Cuando los sistemas precisan transformaciones, las ideas, la capacidad de innovar y la planificación y estrategia del cambio a corto y largo plazo

son claves para el éxito de la evolución transformadora.

**P.** ¿Deberían los políticos asistir a reuniones como MIHealth?

**R.** Algunos políticos ya asistieron al MIhealth y esperamos que acudan muchos más en las próximas ediciones.



**Suscríbese a la revista  
más actualizada  
sobre cirugía  
y medicina cosmética**

# S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

**Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones**

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

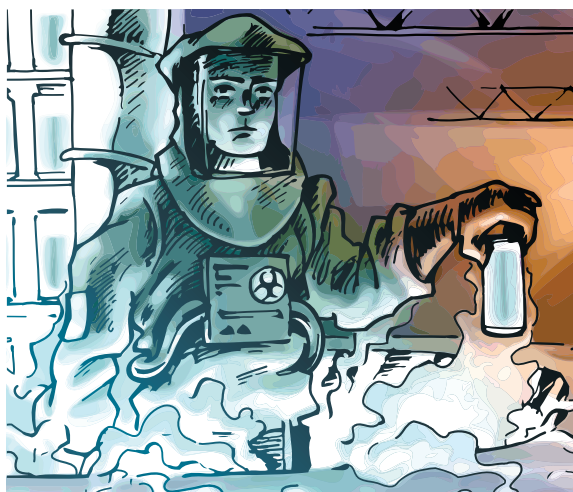
Tel.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75

suscripciones@drugfarma.com

## El XIV congreso de la SEMST abordará la exposición a productos tóxicos en el trabajo

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) reunirá del 17 al 19 de octubre en el nuevo Palacio de Congresos de Toledo a más de 500 médicos y expertos en medicina del trabajo. Una reunión que supone su XIV Congreso anual y que es ya referencia en su especialidad. Además, coincide con el III Congreso Internacional de Riesgos Laborales.

Entre los diferentes temas que se tratarán en el congreso, se abordará la exposición a productos tóxicos en el puesto de trabajo. Enfermedades como el Alzheimer y el Parkinson



pueden relacionarse con el contacto con sustancias neurotóxicas de modo reiterado en el puesto laboral, localizándose los trabajadores más afectados en la agricultura, la industria y el sector sanitario.

Según los estudios, el 17% de los trabajadores españoles está expuesto a sustancias neurotóxicas en su puesto de trabajo, y el número de estas sustancias se cifra en 100.000 en Europa, de las cuales sólo se han analizado alrededor de 1.000. Al parecer, tras una primera fase de contacto con la sustancia tóxica, durante la cual el trabajador puede sufrir mareos o cefaleas, la prolongación del contacto con dichas sustancias puede llegar a producir alteraciones neurológicas y morfológicas, que son irreversibles y que avocan a diferentes tipos de enfermedad neurológica.

Toda la información sobre el Congreso puede encontrarse en su página web: <http://congreso2012.semst.org> que, además ofrece ofertas para los asistentes que se inscriban antes de las fechas indicadas en la misma.

En concreto, los asistentes que se inscriban antes del 31 de julio tendrán descuentos especiales, además de los obtenidos por ser socios de SEMST, SESLAP, AEEMT, ANMTAS o SCMST, o por ser profesionales en periodo de formación.

## Nace AMOSP como patronal de los profesionales del sector privado

**H**asta ahora, las asociaciones y colegios profesionales de odontólogos, dermatólogos y especialistas estéticos y plásticos del sector privado no contaban con una patronal que representara sus intereses ante las instituciones y tuviera por meta la formación de sus asociados a través de jornadas específicas.

La creación de la Asociación Nacional de Actividades Médicas y Odontológicas de la Sanidad Privada (AMOSP), tiene por objetivo salvar esa ausencia, fomentar el espíritu empresarial y el asociacionismo patronal en este sector en España y en otros países del mundo.



Rosa M.ª Fernández Alcalde, presidenta de AMOSP y José M.ª Martínez García, director gerente.

AMOSP agrupa a las más importantes asociaciones profesionales del sector y cuenta entre sus actividades con la organización de foros de discusión y formación sobre dirección y gestión sanitaria y de cátedras en áreas técnicas y humanas, de seguridad del paciente y calidad asistencial, entre otros.

José María Martínez, director asociado de Medical Economics, y recientemente nombrado director gerente de la Asociación, subraya que, “para el cumplimiento de estos fines, AMOSP cuenta con un plan de desarrollo que incluye actividades de formación y cualificación de sus asociados, a través de organismos públicos y privados”.

## Sanitas rinde homenaje a la profesión médica con la edición del libro ‘Si ser médico es...’

**S**anitas ha rendido homenaje a los profesionales con los que cuenta la compañía y ha hecho visible el alto nivel que caracteriza a la profesión médica en España con la edición del libro “Si ser médico es...”. Se trata de un libro de fotografías y entrevistas en el que dos generaciones plantean, en conversaciones cara a cara, cómo ha evolucionado la medicina en los últimos años y cómo la esencia de esta profesión se mantiene a lo largo del tiempo.

En el libro se recogen conversaciones entre reconocidos profesionales de la medicina española y ganadores y accésit de los Premios al mejor MIR, que la Fundación Sanitas entrega desde hace quince años.

Eminencias como el Dr. José Palacios Carvajal, considerado uno de los fundadores de la Traumatología moderna en España, el Dr. Franco Sánchez Franco, uno de los expertos más reconocidos del campo de la Neuroendocrinología del Envejecimiento, o Carlos Infantes, introductor de los primeros implantes de trasplantes valvulares con válvulas biológicas en los años 80, son algunos de los profesionales que han participado en la elaboración de este libro.

La fotógrafa María Primo de Rivera ha sido la encargada de plasmar los encuentros en una impresionante colección de imágenes, que se completa con la redacción por parte de la escritora Ana Bermejillo.

## Esteve convoca la V Edición de los Premios “Unidos por la Atención al Paciente”

**L**os laboratorios Esteve han abierto recientemente la convocatoria para la V Edición de los Premios “Unidos por la Atención al Paciente”, una iniciativa que Esteve organiza junto al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), la Organización Médica Colegial (OMC) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería (CGE). Los galardones, que se convocan cada dos años, reconocen la labor de profesionales sanitarios para mejorar la atención y la comunicación con los pacientes.

En esta edición, los premios incorporan importantes novedades, con la inclusión de dos nuevas áreas: una dirigida a los profesionales de enfermería,

y otra especial para los proyectos dirigidos a mejorar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas. Igualmente, se otorgarán premios en las áreas de medicina y farmacia, y a los mejores proyectos institucionales y personales.

Las candidaturas presentadas deben ser iniciativas encaminadas a mejorar la atención al paciente, fomentar la prevención de enfermedades o impulsar la comunicación con los pacientes. Los proyectos pueden hacerse llegar a través de la página web de los premios: [www.premiosesteve.com](http://www.premiosesteve.com), o a través de las páginas de CGCOF, OMC y del CGE. Los ganadores recibirán 12.000 euros y una escultura de bronce del artista Marcel Martí.

Josep Maria Borrás, director del Plan Director de Oncología del Departamento de Salud de la Generalitat

## “El cambio de paradigma en la terapia del cáncer se focaliza en la medicina personalizada”

*Los cursos de verano de El Escorial tratarán la medicina personalizada del 2 al 6 de julio.*

**PREGUNTA.** ¿Qué papel ocupa en la actualidad la medicina personalizada en el campo de la oncología?

**RESPUESTA.** Ocupa un papel muy relevante. Ciertamente, el cambio de paradigma introducido en la terapia del cáncer a principios de este siglo se focaliza en este concepto de la medicina personalizada. Los nuevos fármacos que han supuesto una mayor contribución a la mejora de la supervivencia del cáncer se asocian a marcadores que optimizan su indicación y permiten adaptar el tratamiento a cada paciente.

**P.** ¿Hacia dónde cree que tenderá la evolución de esta especialidad?

**R.** La oncología inevitablemente progresa hacia un mayor uso de todos los avances de la biología y la patología molecular, así como los avances en el diagnóstico para promover una mayor precisión en la definición de los grupos de pacientes que se pueden beneficiar de un tratamiento mediante quimioterapia, radioterapia y cirugía. Por otro lado, ya hoy día vemos el progreso de nuevos tratamientos combinados de radio-quimioterapia con cirugía

que implican una mayor interacción multidisciplinaria. Por lo tanto, una aplicación idónea del tratamiento personalizado requiere profundizar en el concepto de atención multidisciplinaria.

**P.** ¿Qué representan las nuevas tecnologías diagnósticas en el ámbito de los planes oncológicos?

**R.** Representan un instrumento esencial en la definición de las futuras prioridades terapéuticas así como un reto tanto desde el punto de vista de la organización asistencial como de los recursos disponibles. Una visión a largo plazo es necesaria para una implantación apropiada de estas tecnologías que suponen un cambio sanitario significativo.

**P.** ¿Cree que los médicos tienen una percepción adecuada de los beneficios que pueden ofrecer estas nuevas tecnologías?

**R.** Como toda innovación, existe una combinación de unas expectativas no basadas en la evidencia científica disponible combinada con la necesidad de introducir nuevos procedimientos en un sistema sanitario en constante cambio.

**P.** ¿Cómo se realiza la adaptación de las nuevas tecnologías diagnósticas en el SNS y en concreto en los planes de oncología?

**R.** Se realiza necesariamente de forma progresiva y con una estrecha colaboración con la industria para garantizar que los pacientes indicados se benefician de los avances que pueden suponer estas tecnologías.

“LOS NUEVOS FÁRMACOS QUE HAN MEJORADO LA SUPERVIVENCIA DEL CÁNCER SE ASOCIAN A MARCADORES QUE OPTIMIZAN SU INDICACIÓN”



**CURSOS DE VERANO 2012 XXV EDICIÓN  
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE**

**2-6 Julio, 2012 EL ESCORIAL (MADRID)**

**MEDICINA PERSONALIZADA: Aplicaciones Prácticas**

**Director:** Dr. Miguel Pocoví Mieras, Catedrático del Departamento de Bioquímica, Biología Molecular y Celular (Universidad de Zaragoza)

**Secretario:** Dr. Fernando Civeira Murillo, Catedrático del Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología (Universidad de Zaragoza)

**ferrer inCode**



COMUNIDAD DE MADRID

## LA "INCUBADORA DE IDEAS" DEL CLÍNICO INICIA SU APERTURA A OTROS CENTROS MADRILEÑOS

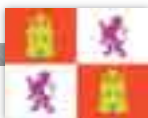
La 'Incubadora de Ideas' de la Unidad de Innovación del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC) ha iniciado su apertura a otros centros sanitarios madrileños, donde está organizando sesiones con el objetivo de promover la innovación y ofrecer la oportunidad a nuevos proyectos e ideas. La primera de estas sesiones se celebra en la sede de la Agencia Laín Entralgo y posteriormente se hará en el Instituto de Salud Carlos III.

La Incubadora de Ideas es una plataforma de promoción y difusión que lleva dos años apoyando y fomentando el desarrollo de ideas y proyectos innovadores en el entorno sanitario. Se trata de sesiones mensuales, donde ponentes de distintos ámbitos (sanitario, tecnológico, académico, empresarial) tienen la oportunidad de presentar propuestas innovadoras vinculadas a la sanidad.

Estas Jornadas se han venido celebrando hasta ahora en el Hospital Clínico San Carlos, donde surgieron inicialmente, sin embargo, dado el interés que han ido despertando a lo largo de estos meses, se ha decidido celebrarlas en otros hospitales y centros.

Como resultado de estas sesiones, se han fraguado colaboraciones importantes para la Unidad de Innovación, que han desembocado en proyectos innovadores cuyo objetivo es mejorar la asistencia sanitaria y además generar valor añadido y progreso social.

La Unidad de Innovación del IdISSC se puso en marcha en el año 2010 y desde entonces está desarrollando varias iniciativas, como el proyecto denominado Gestión del Conocimiento Biomédico en la Nube, puesto en marcha junto a la empresa CITEC-B con el objetivo de suministrar formación a los profesionales de Ciencias de la Salud, a través de plataformas de servicio *on-line*.



CASTILLA Y LEÓN

## PLAN ESTRATÉGICO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y CIENCIAS DE LA SALUD DE CASTILLA Y LEÓN 2011-2013

Con la aprobación del Plan Estratégico de Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud, la Junta de Castilla y León ha cumplido con uno de sus compromisos de legislatura y ha establecido seis ejes de actuación, treinta planes de acción, dieciocho líneas específicas y más de cien medidas con las que alcanzar los tres objetivos primordiales:

- Mejorar la coordinación y articulación de los agentes públicos y privados del sistema de investigación e innovación de la Comunidad.
- Fomentar la actividad de los institutos de investigación sanitaria con

el fin de impulsar las actividades traslacionales.

- Potenciar el espíritu emprendedor, la creación de empresas y la capacidad de innovación en el sector biomédico.

Todas estas acciones se llevan a cabo en coordinación con las prioridades establecidas tanto por el III Plan de Salud de Castilla y León como por la Estrategia regional de I+D+i y por los planes estatales y europeos, contando para su financiación con un montante económico global de 50.961.275 euros.



NAVARRA

## EL GOBIERNO DE NAVARRA DESTINA 3,5 MILLONES DE EUROS PARA GESTIONAR 600 PLAZAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El Gobierno de Navarra ha concedido 3,5 millones de euros a TASUBINSA (Talleres Auxiliares de Subcontratación de la Industrial Navarra, S. A.) para gestionar 600 plazas para personas con discapacidad en centros ocupacionales.

Así se recoge en un convenio firmado recientemente a tal efecto entre la directora gerente de la Agencia para la Dependencia del Gobierno de Navarra, Concha Puyo Gracia, y el gerente de TASUBINSA, José Javier Pérez Plano.

El objetivo de este acuerdo es desarrollar el programa de TASUBINSA de centros ocupacionales dirigidos a personas con discapacidad intelectual

en el año 2012. Para acceder a estos centros, las personas con discapacidad intelectual deberán aportar a la entidad un informe de idoneidad en el que figure el tipo de atención que recibirán y que será emitido por el Servicio de Valoración de la Agencia Navarra para la Dependencia.

Por su parte, TASUBINSA es la responsable de la titularidad, la organización y la gestión de los centros ocupacionales en todos los aspectos, entre ellos, la contratación de personal, la difusión del proyecto, o la evaluación y seguimiento individual de los usuarios a los que atiende.

Sección patrocinada por:





Por **LUISA BAUTISTA**

## Gestión de riesgos del proceso asistencial

Un centro asistencial es una organización en la que el control de riesgos asociados a los procesos se vuelve crítico, ya que el resultado de los mismos incide directamente en la salud de las personas. En este sentido, no podemos olvidar que el objetivo último, nuestro resultado, es el restablecimiento o mejora de la salud del paciente.

Dentro del sistema de gestión del centro, deben existir métodos normalizados para definir, prevenir, evaluar y evitar errores, debiendo ser estos controles de riesgos revisados de manera activa y programada.

Hay riesgos que por su propia naturaleza pueden tener la consideración de impredecibles o inevitables, pero ello no es óbice para que en la medida de lo posible, la organización trate de prevenirlos, mediante la normalización de procesos y la supervisión continua de las decisiones y acciones susceptibles de derivar en consecuencias no deseadas.

La norma ISO 9001:2008 establece en su apartado 8.5.3 el mecanismo de control y gestión de riesgos al definir la acción preventiva: "la organización debe determinar las acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales".

En el mismo apartado indica la obligatoriedad de documentar este requisito, determinando las no conformidades potenciales y sus causas, evaluando la necesidad de actuación en aras de la prevención, implementando acciones

y registrando resultados así como su eficacia.

En el caso de los servicios asistenciales, los exámenes y tratamientos entrañan riesgos, que por ley, deben ser informados adecuadamente al paciente, y documentada su comprensión y aceptación mediante la firma del consentimiento informado. Estos riesgos requieren de la evaluación por parte de los profesionales sanitarios y deben ser tomados en cuenta a la hora de la planificación de la asistencia a cada paciente con carácter individualizado.

Al margen de los riesgos potenciales sobre la salud de los pacientes que se encuentran en un proceso asistencial, los centros se enfrentan a otros distintos, tales como incendios, medioambientales, microbiológicos e incluso de violencia física sobre su personal o sobre otros usuarios.

Para evitar estos efectos no deseados y garantizar la seguridad, la empresa debe tener instrucciones y procedimientos aprobados. Ejemplos de los mismos serían los procedimientos de retirada de residuos citotóxicos o el plan de evacuación.

Es en este sentido, en el que el papel de la acción preventiva se vuelve fundamental, ya que en su propia base está la gestión del riesgo. Algunos de los procesos en los que este mecanismo puede ser útil en un centro asistencial incluyen los siguientes:

- **Recursos humanos:** el personal debe tener tanto la educación exigida por ley, como el entrenamiento adecuado a las tareas que realiza. Es decir, el centro tiene que asegurarse de que se dispone de

titulación adecuada y homologada y, en los traslados entre unidades asistenciales o nuevas incorporaciones, asegurarse de que el personal destinado conoce las peculiaridades de las mismas.

- **Protocolos adecuadamente validados,** siendo deseable que cuenten con el respaldo de organizaciones científicas, en todos los procesos en los que sea posible.

- **Procedimientos para calibración,** control y verificación de la idoneidad de uso de los equipamientos médicos que intervienen en todo proceso asistencial.

- **Planes de evacuación** para situaciones catastróficas (incendios, inundaciones, vertidos, ...)

- **Normativa estricta** para el control y la prevención de infecciones, lo que incluye la evaluación de riesgo biológico en unidades especialmente críticas, como podrían ser el Bloque Quirúrgico o la Unidad de Cuidados Intensivos.

- **Control de la trazabilidad** de muestras de pacientes, con el objetivo de evitar pérdidas o errores en los resultados.

- **Plan de contingencias** ante falta de suministro eléctrico y determinación de los equipos que deben estar conectados al grupo electrógeno.

Para todo ello, es necesario establecer un mecanismo de seguimiento de errores y verificación de los resultados de las acciones definidas para evitar su repetición y alcanzar la conformidad del servicio.

### PUNTOS CLAVE

Los exámenes y tratamientos entrañan riesgos que, por ley, deben ser informados al paciente

Para garantizar la seguridad, la empresa ha de tener instrucciones y procedimientos aprobados



Por ELENA TORRENTE

## Bienvenido al *open data*

Imagine que los datos de los que dispone la administración pública son accesibles para todo el mundo. Imagine que los datos de salud de la población y los de actividad de su centro de salud se publican en un formato reutilizable por parte de cualquier persona, organización o empresa.

Bienvenido al *open data*, o apertura de datos públicos, una filosofía que persigue que ciertos datos sean de libre acceso para todo el mundo, sin limitaciones técnicas o legales.

En el contexto actual, los gobiernos deben afrontar los grandes desafíos que plantea una ciudadanía cada vez más exigente y alejada de la clase política que demanda mayor transparencia y rendición de cuentas por parte de sus gobiernos.

Inmersos en la era digital, Internet y los medios de comunicación social están transformando nuestros modelos de organización social (uso intensivo de la red; nueva concepción de la privacidad, capacidad de auto-organizarse, nuevos modelos de negocio...), y las administraciones públicas tienen la responsabilidad de adaptarse a esta nueva realidad.

Para hacer frente a estos retos, numerosos gobiernos adoptan políticas de *open data* dentro de sus estrategias de *open government* o gobierno abierto. La transparencia es, de hecho, la base de cualquier política de gobierno abierto, si bien existen distintos grados de transparencia:

- publicar información sobre la actividad de la Administración;
- ofrecer respuesta a las preguntas de los ciudadanos;
- publicar los datos que posee la administración (los no sujetos a restricciones de privacidad, seguridad o propiedad) en formato reutilizable para la ciudadanía.

En este último nivel se sitúa el *open data*, es la máxima expresión del ejercicio de transparencia por parte de un gobierno y persigue, además de rendir cuentas, que terceros puedan crear servicios a partir de los datos publicados.

### LA TRANSPARENCIA ES LA BASE DE CUALQUIER POLÍTICA DE GOBIERNO ABIERTO

En España el ejercicio de transparencia por parte de los gobiernos se ha dado a distintos niveles.

La reciente aprobación del anteproyecto de Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno, ha puesto fin a un desajuste histórico por el que la ciudadanía española era la única de la UE que no tenía garantizado el derecho fundamental de acceso a la información pública, es decir, la obligación de la administración de publicar proactivamente información básica y de responder a las solicitudes de información de los ciudadanos (los dos primeros niveles de transparencia). Ahora bien, la ley no presenta grandes avances en relación con el *open data*. Las iniciativas más avanzadas en este campo las encontramos en algunas comunidades autónomas y ayuntamientos que, en estos últimos años, han desarrollado portales de *open data* en el marco de sus políticas de gobierno abierto.

Destacan el Principado de Asturias con datos de interés turístico o el Ayuntamiento de Zaragoza que libera su presupuesto municipal, así como

puntos de interés turístico, ofertas de empleo o localizaciones.

Los portales con conjuntos de datos más amplios son los

del Gobierno Vasco y la Generalitat de Catalunya en los que se pueden descargar datos estadísticos, de equi-



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

pamientos, meteorológicos, jurídicos, terminológicos, de transporte público, administrativos y de salud, entre otros.

## ¿Y EN EL SECTOR SANITARIO?

En el ámbito de la salud, son numerosos los recursos *open data* disponibles tanto a nivel de salud pública como de atención sanitaria.

Organismos internacionales como el Global Health Observatory de la OMS o el Banco Mundial publican estadísticas con indicadores de salud.

En Estados Unidos, el portal Health.Data.Gov ofrece bases de datos, herramientas

y aplicaciones con datos de salud y de atención sanitaria recogidos de todas las agencias del gobierno federal. Destacan algunas categorías como: co-

bertura y acceso, ratios de utilización, costes y calidad de los servicios sanitarios, profesionales sanitarios o datos de salud de la población y determinantes de salud.

El Reino Unido también ha impulsado medidas de apertura de los datos públicos en el ámbito sanitario. A finales de 2012 tienen previsto vincular bases de datos de Atención Primaria y hospitales para favorecer la inves-

tigación en ciencias de la salud, así como publicar datos de prescripción médica y referencias de los médicos de familia (localización, población asignada...).

Ejemplos más cercanos los encontramos en los portales de *open data* mencionados anteriormente donde hay publicados, en múltiples formatos reutilizables, numerosos datos de salud: equipamientos (datos geolocalizados de centros de salud, hospitales, farmacias...), catálogos de prestaciones, datos de salud de la población, calendarios de vacunas, CIM-9-MC, CIM-10, etc.

una tabla resumen de los diagnósticos de 9 enfermedades infecciosas de interés en un formato que el usuario se puede descargar.

Otros ejemplos de apertura de datos en la Atención Primaria pasarían por la publicación de indicadores de calidad y actividad de los centros. Por ejemplo, hacer públicas las agendas de los equipos, liberar los datos de accesibilidad a los centros (listas de espera, flujos de afluencia...) o publicar los resultados del equipo.

Liberar los datos generados en el sector sanitario representa, además de una responsabilidad en términos de

transparencia, una oportunidad para apoyar el desarrollo de innovaciones en el sector.

El *open data* puede ayudar a promover la emergencia de una nueva industria alre-

dedor de la reutilización de los datos del sector sanitario, así como facilitar la investigación sanitaria. A partir de la combinación de información de distintas fuentes, los ciudadanos o las empresas pueden crear nuevas herramientas o aplicaciones y generar nuevos productos con fines comerciales o no comerciales, oportunidades nada desdeñables en el contexto socioeconómico actual.

## EJEMPLOS DE APERTURA DE DATOS EN ATENCIÓN PRIMARIA SON LA PUBLICACIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS CENTROS

Un ejemplo interesante en atención primaria es *Diagnosticat*. Es un proyecto del Institut Català de la Salut (ICS) cuyo objetivo es proporcionar información sobre los diagnósticos de las enfermedades transmisibles más relevantes de Catalunya, tanto a las autoridades sanitarias como a la población general. En *Diagnosticat* se presentan las curvas epidémicas, las pirámides de edad y

Sección patrocinada por:





Las vacaciones de los médicos

---

# La crisis también broncea

LOS MÉDICOS ESPAÑOLES, DIEZMADOS POR LOS RECORTES, PASARÁN ESTE VERANO UNAS VACACIONES, EN GENERAL, SENCILLAS, DE POCO GASTO, EN AMBIENTE FAMILIAR, CON LA NATURALEZA COMO TESTIGO Y EL DEPORTE COMO ACTIVIDAD. UN PUÑADO DE ELLOS CUENTA A *MEDICAL ECONOMICS* CÓMO SERÁ SU VERANEO.

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

Una especialista de la Unidad de Urgencias del Hospital General de Segovia, **Mónica Lalanda**, afirma que los médicos “somos propiedad pública, de día, de noche, en casa, de vacaciones”. También de vacaciones, porque en cualquier parte (playa, ciudad, tren, avión, barco, cine, teatro, discoteca, etcétera) se puede oír eso de “¿Hay un médico?”.

El médico, como cualquier otro ciudadano, se va (si puede) de veraneo. Y sus destinos y ocupación suelen

ser los de cualquier español, tanto en el interior de España como en el extranjero. Eso sí, ni hoteles de lujo, ni playas caribeñas, ni cruceros por la Polinesia, ni restaurantes tres estrellas Michelin. En general, cosas sencillas, de poco gasto, ambiente casero, naturaleza y deporte, que todo esto también broncea la piel y tonifica el espíritu.

Por ejemplo, las vacaciones de **Félix Armadá**, casado, 47 años, oftalmólogo experto en retina que trabaja en el Hospital Universitario La Paz (Madrid), no

## El almacén veraniego

Aurora Guerra Tapia, jefa de Sección de Dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid) y profesora de la Universidad Complutense, pasará sus vacaciones entre Boston, la sierra madrileña, la capital y las playas gaditanas de Sancti Petri. Ganadora del I Certamen de Artículos *Medical Economics* en su edición de 2009, este es su relato vacacional.

“Llegan las vacaciones. El verano se abre como las puertas fotoeléctricas de un gran almacén. Dentro hay de todo y yo debo elegir qué voy a comprar. Allí veo el producto estrella de cada año. Una visita de una semana al otro lado del gran charco. Esta vez será Boston. Civilizado, con múltiples opciones de ocio, con otra lengua que me obliga a estar siempre atenta, despierta, receptiva. El hotel Sheraton me dará confianza y un cierto lujo. Mis pies recorrerán asfalto, aeropuertos, tiendas y espectáculos. Me acompañará mi gran amigo, Juan, mi compañero de viaje –curioso e intenso grado de amistad– donde la libertad, el respeto, las risas y los gustos se comparten hasta el infinito. Lo compro.

Aún me cabe más en la cesta. Quedan muchos días. Cambio de sección y encuentro esa prenda de fondo de armario imprescindible. Un rincón sereno y cercano que siempre me recibe amablemente. Elegiré la sierra de mi Madrid que, como dice la zarzuela, es mi pueblo. Mis amigas Ángeles y Rocío están de acuerdo. Muy temprano, kilómetros arriba hasta la Barranca de Navacerrada. Mochila, agua, visera, fotoprotector... Y a andar. El cansancio llega gratamente, abriendo camino al hambre voraz. Sentadas en cualquier saliente del paisaje, bocadillo de tortilla, de atún con tomate, de embutido de pavo con queso fresco y lechuga. Cada una el suyo, menos un trozo para el perro que ha sido compañero de viaje. ¡Qué gran compra!

Vuelta a la ciudad, queda la lectura pendiente, acabar los poemas inconclusos, un cine, una terraza al fresco de la noche y, alguna vez, un baile.

He de finalizar. Quedan cinco días que son una magnífica oportunidad para acercarme a Sancti Petri, donde mis hijos y nietos juegan con el mar. Allí todo lo importante serán ellos, los más pequeños. Solo necesito dar salida a mi alma de niña, aún presente, sentarme entre ellos –Sofía, Alfonso, Claudia– y obedecerles en todo. No me confundiré acatando sus órdenes. En traje de baño, naturalmente.

Salgo de la tienda de vacaciones de verano con la cesta repleta: una ciudad cosmopolita, un campo cercano, una playa extensa. Cultura, deporte, amistad. Perfecto.

¿Y el amor de verano? Quién sabe...”



Aurora Guerra, con su perro, disfruta del senderismo.

puede ser más sencillo, tranquilo y ahorrativo: “Me voy a Huelva todo el mes de agosto a casa de mi madre a no hacer nada”. Una forma de atemperar la crisis y olvidarse de ese currículum de 72 páginas que presenta en Internet.

Armada confía que en agosto a ninguna personalidad se le ocurra operarse de la vista, como sucedió en la Semana Santa de 2007, que tuvo que suspender un viaje a Damasco, donde iba a impartir unas conferencias de su especialidad, para operar al expresidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, al que corrigió tres dioptrías en cada ojo mediante refracción con rayo láser, según cuentan las crónicas de la época.

Hogareñas y en familia serán, a su vez, las vacaciones de **Felipe Chavida**, especialista en Medicina de Familia y presidente del Instituto para la Formación y el Desarrollo Profesional (Idepro). Al menos parte de ellas, pues dice que “todo el verano, incluidos 15 días de vacaciones”, los pasará en su casa de la localidad alcarreña de Brihuega, donde durante muchos años ejerció la medicina y fue coordinador del Centro de Salud local.

Brihuega, llamada el “Jardín de la Alcarria”, tiene muchos atractivos para el relax psíquico y corporal, desde su monumentalidad medieval y arquitectura popular, hasta la gastronomía (excelente el cabrito asado), pasando por la Real Fábrica de Paños, fundada por Fernando VI en 1750. Reserva otras dos semanas para relajarse junto al mar, concretamente en Alicante. Felipe califica su veraneo “de lo más común”. Ya quisieran muchos planificar un agosto de semejante manera.

Similar descanso agosteoño, pero con otro paisaje, se reserva **Juan Rodés**. El director del Instituto de Investigación Sanitaria Idibaps, del Hospital Clínic (Barcelona), ha elegido, como en él ya es costumbre, la pequeña localidad navarra de Intza (no llega al centenar de habitantes), al norte de la Sierra de Aralar, donde su mujer tiene el caserío familiar. “Es un sitio ideal para descansar y ver la intensidad de los diferentes colores verdes que hay en San Miguel de Aralar”, comenta.

Con la familia (al completo) se dispone a pasar sus vacaciones **María Teresa López Guijarro**, del servicio médico de la Mutua Fremap en Ciudad Real, donde es la médica responsable provincial de la mutua en la ITCC. Comenta que en agosto hará “aquello que no podemos hacer de manera cotidiana: descansar y, sobre todo, disfrutar de la familia, de los hijos y también de hermanos y primos con los que, además, por lejanía geográfica, no nos podemos ver todo lo que quisiéramos. Y si ello es en la playa, perfecto”.



En vacaciones, Alberto Sacristán practica el duatlón: bicicleta y atletismo por tierras segovianas.

También con la familia se dispone a pasar sus vacaciones el médico madrileño de Familia **Alberto Sacristán**, especialista en Medicina del Deporte, Fisiología del Deporte, Dietética y Homeopatía y miembro del equipo de trabajo de Nutrición y Alimentación de Semfyc. Aunque confiesa estar separado, lo suyo en vacaciones es cosa de dos: bicicleta y carreras pedestres, o sea, duatlones. Y también el disfrute de sus dos hijas, de 7 y 18 años: “Las tengo para mí solo durante mes y medio”, se sincera.

La bici (ya se sabe, las bicicletas son para el verano, Fernando Fernández Gómez *dixit*) parece ser el mejor instrumento de disfrute común para la familia Sacristán. “Mis hijas montan muchos días en bici conmigo. La pequeña, desde los 5 años, y se hace una media de 20 kilómetros el *finde* que me toca con ellas, llueva o nieve”.

Alberto y sus hijas suelen pasar las vacaciones en Fuenteserebollo, en la provincia de Segovia, junto a las Hoces del Duratón, el pueblo donde nació su padre y donde “tenemos una casita rústica de verano, muy chula, un lugar fantástico para montar en bici”. Y para recrearse en la historia de Castilla, pues la existencia de esta pequeña localidad, de unos 450 habitantes, data de finales del siglo XI, cuando Alfonso VI confirmó los Fueros de Sepúlveda.

Además de pedalear, los Sacristán corren y juegan a lo que toque: fútbol, frontón... “En agosto –cuenta el padre– participaré en un duatlón en Cantimpalos, que ya hice por primera vez el año pasado y me encantó. Además al finalizar, te regalan un chorizo, ¡¡ajajajajaja...!”. Y entre risas, tal vez más discretas, muchos días van a coger moras por el campo de Fuenteserebollo, “y luego hacemos mermelada para todo el año”. Otro que en vacaciones saca provecho, dulce en este caso, a la crisis.

Como Alberto, tiene *mono* de bicicleta vacacional **Alfonso Apellániz**, residente en Bilbao, especialista en Medicina del Trabajo y director de la revista de la Sociedad Española de Medicina y Salud en el Trabajo. “Hago solo una hora diaria, no más, 20 kilómetros, y, una vez al año, subo La Pradilla [en La Rioja], de tercera categoría en la Vuelta a España, de 20 kilómetros; y en coche, la Cruz de la Demanda [en Ezcaray, La Rioja], alto de primera, pero para coger setas. Con el *vintage* de Kas doy el pego de ser un *txirrindulari* [ciclista en euskera] fajado”.

Sacristán coge moras y Apellániz, setas. Ambos productos no maridan bien, pero sí lo que les mueve a ello: disfrutar de la naturaleza.

El de Bilbao prosigue su relato: “Empecé a ir a Ezcaray para pasar algún fin de semana de invierno, por su estación de esquí, familiar y próxima a Bilbao, pero cada vez esos fines de semana se han hecho más frecuentes, y ya desde hace algunos años paso no solo esos fines de semana, sino las vacaciones de Navidad, Semana Santa y verano”.

Un sesgo diferente, para encontrarse con la poesía, dará a sus vacaciones **María Sainz Martín**, jefa de la Unidad de Promoción y Educación para la Salud del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital

Clínico San Carlos (Madrid) y presidenta de la Asociación de Educación para la Salud (ADEPS). “Mis vacaciones –describe– tienen solo riesgo intelectual, ya que durante todo el año suelo ejercitar un poco, pero



María Sainz ejercita “el músculo cerebral de escritora” en las playas de Huelva.

de forma continuada como buena cirujana, el músculo cerebral de escritora, especialmente de poeta”. De esa forma, “las neuronas están muy activas para el descenso a las profundidades anímicas que puedo desarrollar en el mes vacacional. Es cuando mi espíritu y tiempo están más libres generalmente de compromisos pedagógicos, científicos y asistenciales. La inmersión es en el océano de mis poemas, reflexiones y escritos, elaborados tal que en el metro de Madrid, en un parque, en cualquier banco o en una noche o madrugada de insomnio”.

Así suelen ser las vacaciones de María Sainz, residiendo en una playa bañada por el mar Atlántico cerca de La Rábida, en Huelva, desde donde partieron

las tres carabelas de Cristóbal Colón. El lugar vacacional concreto se ubica en el Parque Natural de Doñana, con las dunas y la torre de La Higuera.

“Es la luz meridional de Andalucía y su entorno lleno de colores y de olores los que hacen posible que concentre toda la aventura intensamente y broten las palabras, ya escritas, ya borradas, ya elaboradas como una partitura musical que trascienda mi persona para que produzca la vida propia de la poesía”, describe la médico poeta.

Muy diferente ve el descanso estival el endocrino valenciano **Francisco Javier Ampudia**, ya que considera que en vacaciones es tiempo para viajar. Comenta que todos los años planea con su familia “un viaje

## En la huerta, con vistas a los buitres

La llaneza domina las vacaciones serranas de Venancio Díaz Castán, médico de Atención Primaria en Galapagar (Madrid) y escritor. Él mismo traza un resumen de buena factura literaria acerca de su veraneo.

“Para mis vacaciones suelo dedicar la mayor parte del tiempo a estar en mi casa, a disfrutar de una casa que me ha costado un buen mordisco de mi salario a lo largo de muchos años. En casa es donde tengo la mayor parte de las cosas que me gustan y que me hacen sentirme bien. Cuido de un pequeño huerto que riego con un pozo, no muy generoso en agua, y del que obtengo unos tomates exquisitos, aunque no tan grandes como los que suelen regalarme algunos pacientes; también hay ajos, cebollas y pimientos. El riego lo hago desde una alberca situada en lo más alto del terreno, en la que se hacen enormes unas carpas de colores que compré hace unos años. Siempre tienen hambre.

En las horas de calor intenso suelo buscar refugio en la frescura de la bodega, lugar apacible para leer o para recomponer alguna lámpara estropeada. La provisión de buenos vinos ha caído también con la crisis, pero todavía queda mucho y no faltan buenas ofertas en el supermercado en el que hacemos la compra.

He tardado, pero al fin he comprendido los placeres de cultivar plantas en el jardín. Mi mujer y yo hemos

superado muchas de nuestras antiguas pependencias domésticas al comprobar lo bien que trabajamos juntos haciendo hoyos, plantado semillas, podando ramas, etcétera. Hace años no me hubiera reconocido a mí mismo dedicado a estos menesteres; será cosa de la edad.

Cuando cae la tarde, después del trabajo en el jardín, es cuando llega lo mejor del día de vacaciones. Entre dos encinas, cuelgo a lo largo de un amplio chinchorro y me dejo mecer por la suave brisa de la

Sierra, que en el alto de nuestro cerro siempre corre. Con unos prismáticos me adueño del vuelo de los buitres que anidan en Abantos y del monótono pastar de una ganadería brava en la finca del llano que nos separa de lo más representativo del Guadarrama madrileño.

La suerte me ha depaorado una mujer, una compañera que conoce mis gustos. Es invencible haciendo tortillas de patata y caldo gallego. La merienda-cena culmina el

día. Creo que para pasar la merienda no se ha inventado nada mejor que el vino tinto con gaseosa muy frío, que yo trasiego casi siempre en porrón, al uso de mi tierra aragonesa natal. No falta año en que nos hagamos propósito de ir aquí o allá, aprovechando esta u otra oferta, pero cuando llega el momento nos miramos y nos decimos: ¿pero dónde vamos a estar mejor que en nuestra casa?”.



El refugio veraniego de Venancio Díaz en Galapagar.

## Pasión por el montañismo y el cine

El especialista en Psiquiatría y director Gerente del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Madrid), Carlos Mur de Víu, cargará este verano sus baterías practicando alpinismo en el Pirineo francés y devorando las películas del Festival de San Sebastián. Así lo cuenta.

“Siempre se ha comentado que unas auténticas vacaciones suponen un cambio de actividad, no exactamente un cese de toda actividad. Dentro de la profesión médica, en sus múltiples facetas y especialidades, convivimos aficionados a todo tipo de campos. En mi caso, suelo emplear el tiempo libre de la época estival a desarrollar dos pasiones que casi alcanzan el rango de `segundos trabajos`: el montañismo y el cine.

Aunque suelo practicar más cualquier modalidad de deportes de montaña en los meses invernales (esquí de travesía, alpinismo, escalada en hielo) también aprovecho los meses de verano para la escalada en roca, ascensiones en Alpes y Pirineos y expediciones como las realizadas al Kilimanjaro o al Aconcagua.



**Carlos Mur aprovecha sus vacaciones para hacer alpinismo en el Pirineo francés.**

Siendo un deporte, no lo vivo como una forma de conquista.

Siempre he considerado el alpinismo como un medio para adentrarme en un mundo mágico y explorar una Naturaleza siempre rodeada de un halo de misterio. Las grandes cumbres sacian la curiosidad científico-lúdica y mitigan ese leve desasosiego que acompaña mi vida en la urbe.

En concreto, este año pretendo enlazar la escalada de varias caras norte en el Pirineo francés, tras completar la alta ruta con esquís entre Chamonix y Zermatt el pasado mes de abril. Siempre que mi falta de tiempo y de preparación física me lo permitan.

La otra gran ocupación de mi período vacacional será, forzosamente, el Séptimo Arte. Todos los años disfruto de festivales como el de San Sebastián y me entrego a maratones de hasta cinco películas en una jornada. Esa fábrica de sueños inigualable también carga las baterías para los problemas venideros”.

Siempre que mi falta de tiempo y de preparación física me lo permitan.



**Francisco Javier Ampudia, con su familia, ante un monumento maya.**

enriquecedor desde el punto de vista vital, cultural y de descanso”. Este verano su destino será Tailandia. Y al realizar los viajes en familia, “nuestras hijas tienen oportunidad de ir descubriendo de forma tutelada otras culturas y aprender la tolerancia a lo distinto”. En los últimos años, la familia Ampudia ha visitado Costa Rica, el este de Estados Unidos, Ecuador y Galápagos, y Méjico.

También tendrá tiempo para leer novelas este especialista en Endocrinología y Nutrición, profesor de la Universidad de Valencia y con consulta privada en Manises. “Y, sobre todo, para no estar conectado a Internet”. Antes, dividía las vacaciones en dos períodos de quince días, pero ahora prefiere tomarlas de una sola vez, “pues me ayuda mejor a desconectar y relajarme” junto a su familia.

De eso se tratan las vacaciones fundamentalmente: de desconectar para descansar. Luego, cada uno echa en su mochila lo que más le apetezca y busca la sombra en la montaña, el sol en la playa o el refugio en la casa de campo familiar. El caso es disfrutar.

# Medical Economics

Chequeo a



## EDITORIAL

EDITOR Manuel García Abad

DIRECTORES ASOCIADOS José María Martínez García, Gonzalo San Segundo Prieto

COORDINADOR EDITORIAL Enrique González Morales

REDACCIÓN Gonzalo San Segundo, Mayte Segura  
*medeconomics@spaditores.com*

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz

## PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez  
*b.rodriguez@spaditores.com*

BARCELONA Salvador Tugues  
*stugues@drugfarma.com*

## ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo  
91 500 20 88

## SUSCRIPCIONES

Manuel Jurado

91 500 20 77, *suscripciones@drugfarma.com*

Tarifa ordinaria anual 113 €

Tarifa instituciones anual 140 €

Ejemplar suelto 6 €

Ejemplar atrasado 9 €

*Precios válidos para España, IVA incluido*

## FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Litofinter Industria Gráfica

# SPA.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

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

Numancia, 91-93. 08029 Barcelona

Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-6163

D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



## Chequeo a



- |  |  |
|--|--|
| <b>III</b> Presentación                      | <b>XI</b> A la medida de cada colegio          |
| <b>IV</b> Entrevista a Miguel Carrero        | <b>XII</b> Una solución para cada necesidad    |
| <b>VI</b> Historia de la previsión sanitaria | <b>XIV</b> A la conquista de los hospitales    |
| <b>VIII</b> Crecimiento a pesar de la crisis | <b>XV</b> Entrevista a José María Martín Gavín |
| <b>X</b> Un valor añadido                    |  |

[ *Suplemento coordinado por* **GONZALO SAN SEGUNDO** *director asociado de Medical Economics* ]

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

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

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

© Copyright 2012 Edición Española, Spanish Publishers Associates.



# Mucho más que una mutua

Con su nuevo consejo de administración presidido desde hace casi tres lustros por Miguel Carrero, Previsión Sanitaria Nacional (PSN), tras 82 años al servicio de los profesionales sanitarios, pone su mirada en el futuro. Un futuro que pasa por ampliar la base mutual, instalarse en Latinoamérica y reorganizar la entidad y sus empresas con nuevos sistemas de control y nuevas herramientas informáticas.

Mientras tanto, PSN refuerza los servicios y garantías a sus mutualistas (el 65 por ciento son médicos), mejora

sus planes individuales de ahorro sistemático y de pensiones, lanza nuevos productos de inversión, prepara un seguro de dependencia y su Fundación Ad Qualitatem se lanza a la certificación de centros sanitarios.

Con un trato personalizado, una red de asesores de plantilla y la colaboración con los colegios profesionales, el Grupo PSN aporta beneficios sociales a sus clientes, como escuelas infantiles y residencias de mayores. Un valor añadido que se une a los excelentes resultados obtenidos en 2011, plantando cara con éxito a la crisis.

Miguel Carrero López, presidente de PSN

# “La confianza en el sistema público se ha derrumbado”

HABLA CLARO, SIN PELOS EN LA LENGUA. DICE QUE EXISTE POCASOCIEDAD Y MUCHO ESTADO Y QUE “LA CONFIANZA QUE HABÍA EN EL SISTEMA SE HA DERRUMBADO”.

[ Por **GONZALO SAN SEGUNDO** ]

**PREGUNTA:** Usted lleva 14 años de presidente y acaba de ser reelegido para otros seis. ¿Pretende eternizarse en el cargo?

**RESPUESTA:** Uno tiene caducidad, pero seguiré en el cargo mientras el cuerpo aguante, la mente esté lúcida y la labor sea positiva.

**P. De esa larga trayectoria al frente de PSN, especialmente en el último lustro, ¿qué es lo que más destacaría?**

**R.** La creación de una auténtica empresa. Previsión Sanitaria tiene hoy cultura empresarial. En el pasado fue una asociación sin ánimo de lucro que daba cobertura a todos los mutualistas, donde la solidaridad fuera el amalgamador de toda su actividad, pero estaba muy lejos de tener un criterio de empresa, que es lo que hemos conseguido, aunque tenemos que limar y mejorar muchos aspectos en este sentido. Pero hay un compromiso total de nuestro personal de dar a nuestros mutualistas un servicio cada día más completo.

**P. ¿Qué hizo que no lo repetiría?**

**R.** Es difícil decirlo, porque, incluso aquellos errores que haya cometido, he tenido la suerte o la agilidad de enmendarlos a tiempo, darles la vuelta y hacerlos positivos. A veces es muy difícil tomar decisiones y te equivocas. El rectificar y tener permeabilidad a otras opiniones es muy importante para tomar las decisiones correctas. En general, daría los mismos pasos y tomaría las mismas decisiones que he tomado.

**P. El Consejo de Administración de PSN está dominado por presidentes de colegios, con ausencia de profesionales individualmente considerados. ¿Qué porcentaje de los ingresos del grupo corresponde a los profesionales?**

**R.** Pongamos que el 98 por ciento corresponde a los individuales. Efectivamente, casi todos son o han sido pre-

sidentes de colegios u ocupan en ellos puestos de responsabilidad, lo que implica siempre un mayor compromiso y un mayor conocimiento. Y dentro de ese mundo de la responsabilidad profesional, hemos elegido a aquellos que creemos tienen más aptitudes para seguir sirviendo al colectivo. Es decir, las condiciones personales han priorizado sobre los cargos.

**P. PSN es mucho más que previsión y seguros. También ofrece a sus mutualistas servicios añadidos, como escuelas infantiles y residencias de mayores.**

**R.** Con ello pretendemos no solo invertir nuestros beneficios y contentar al personal, sino sobre todo una tercera acción: protección social. Como mutua, PSN está fundamentada en la solidaridad y el socorro mutuo. Y, como por definición no tiene ánimo de lucro, los beneficios económicos los traducimos en beneficios sociales, protegiendo aquellos aspectos de la vida de nuestros mutualistas más sensibles, como es la infancia, la vejez, la conciliación de la vida laboral y familiar y aspectos donde los profesionales puedan mejorar, como la protección de datos, la gestión de las nuevas tecnologías y la calidad de su ejercicio profesional.

**P. Pero eso también lo ofrecen otras compañías y entidades.**

**R.** Sí, pero nosotros nos diferenciamos y nos especializamos dentro del mercado con unos productos que no están al uso normalmente en las compañías de seguros. Pero es que somos más que una compañía de seguros. Y toda esa protección social, junto con la especialización y una atención muy personalizada, nos sirve para establecer un elemento diferenciador que nos hace ser muy competitivos. Y esto nos permite, incluso, crecer más que los grandes.



**P.** Antes mencionó la calidad. ¿Cómo abordan esta cuestión?

**R.** Nosotros elaboramos e implantamos, mediante nuestra empresa Sercom, normas de calidad. La calidad es el instinto natural, por formación, de los profesionales, que tienen, digamos, un impulso de superación permanente; cada día quieren hacer mejor las cosas. Y a veces hay que medir cómo están haciendo esas cosas, dónde pueden mejorar, qué puntos tienen débiles. Y nos hemos metido en el mundo de la calidad porque ésta se ha divorciado del mundo de la realidad. El siguiente paso es la acreditación.

**P.** Y de eso se encarga la Fundación Ad Qualitatem.

**R.** Efectivamente, además de la implantación de la responsabilidad social corporativa y otros cometidos, como la formación en colaboración con los colegios. Donde más normas de calidad AQ implantamos es en los hospitales. Entre los profesionales, muy pocos tienen sello de calidad, sea el nuestro o el de otros, como ISO. Pero hoy va siendo más necesario ante la propia responsabilidad que el ejercicio profesional conlleva y la garantía ante terceros. Es en los centros sanitarios donde más penetración tenemos en este sentido, con normas de calidad sencillas que ayuden al profesional en vez de complicarle su trabajo.

**P.** En 2011 le ha ido muy bien a la mutua, porque, según usted, a los bancos les fue mal y el sistema público está inmerso en una gran crisis. Si esto cambiara, ¿le iría peor?

**R.** Yo creo que no. Hemos aprovechado una oportunidad de mercado. La crisis, lo mismo que da palos, también da oportunidades. A los españoles siempre nos han dicho que tenemos el futuro resuelto: la seguridad social, las pensiones... Y no es así. Hace falta que la gente sea consciente de su propia previsión y contrate productos para su futuro y el de su familia, porque la cosa pública va muy mal, se han gastado lo nuestro, lo de nuestros hijos y lo de nuestros nietos. La confianza que había en el sistema público y bancario se ha derrumbado. Hay que asumir la propia responsabilidad, la propia protección, al menos en gran parte. Hay poca sociedad y demasiado Estado. Y cuando el Estado y sus organismos de control fallan, como han fallado, el batacazo es estrepitoso.

**P.** De ahí deduzco que los productos más contratados en PSN son los planes individuales de ahorro sistemático (PIAS) y los de pensiones.

**R.** Así es. Son los más demandados y los que han incrementado de manera muy importante la cartera de Previsión Sanitaria. Junto con algunos productos de inversión, como el Inver PSN, cuya oferta, de ocho millones de euros, la cubrimos en su totalidad mediante reservas de los mutualistas y así se ha suscrito en poco más de una semana de comercialización.

**P.** Sus proyectos más inmediatos.

**R.** Estamos haciendo una reorganización de toda la entidad y sus empresas, con nuevos sistemas de control, aplicando nuevas tecnologías y herramientas informáticas para estudiar la evolución del mercado y mejorar la gestión. Tenemos que cumplir, para dentro de año y medio, con la normativa de la Unión Europea Solvencia II, lo que requiere hacer cambios para adaptarnos a la nueva situación que se nos va a exigir. Asimismo, queremos conseguir ser alternativa al RETA (Régimen Especial de Trabajadores Autónomos). Aquí, el escollo que hay que salvar es la decisión política.

**P.** Usted sostiene que la burocracia en este país es una locura y que el Estado en su conjunto está en quiebra técnica. ¿Esto es aplicable al sector sanitario?

**R.** A esa situación demagógica que nos han vendido, sí. La Sanidad ni es gratis, ni es universal ni es solidaria. Además, tenemos una Ley General de Sanidad que sirve para muy poco, con contenidos más ideológicos que pragmáticos. Y desde el punto de vista profesional, es una porquería. Tiene muchos defectos y lagunas, engaña mucho. Es poco, nada transparente. Promete muchísimo y no hace nada. Le voy a decir una cosa: con los medios que teníamos, la mejor medicina, el mejor ejercicio profesional, la mejor calidad se dio en los años 70 y 80. Desde entonces, hay un desfase entre los medios aportados y las posibilidades técnicas y científicas y la calidad de la medicina. Se ha perdido muchísimo en eficiencia, sobra personal. Y esto se debe a la aplicación de la Ley General de Sanidad y al sistema de autonomías.

Historia de la previsión sanitaria

# 82 años al servicio de los profesionales

PSN, GRUPO CONSOLIDADO Y CON DILATADA HISTORIA, NACIÓ EN 1930, POR EL EMPEÑO DEL OTORRINO MURCIANO JOSÉ PÉREZ MATEOS, CON UNA VOCACIÓN CLARA DE PRESTAR UN SERVICIO DE CALIDAD, SERIO Y SOLVENTE A LOS PROFESIONALES.

Los orígenes de Previsión Sanitaria Nacional (PSN) se remontan a mediados de la década de 1920, cuando el médico murciano José Pérez Mateos decidió dar protección y amparo mutual a sus colegas y familias que padecían las consecuencias del infortunio. Para llevar a cabo su proyecto de previsión social, Pérez Mateos partió de la obligatoriedad de la colegiación, instaurada en 1917, y le añadió la dimensión nacional. Con ambas piedras angulares, el carácter obligatorio y la envergadura nacional, el galeno de Murcia

emprendió una amplia e intensa campaña de cohesión de voluntades y de agrupación de esfuerzos. Ejemplo y núcleo fundacional de su propuesta lo constituyó la experiencia realizada por los médicos de las provincias del Levante.

En 1928 dio por concluida su labor de proselitismo, y en la VIII Asamblea Nacional de Juntas Directivas de Colegios Médicos, celebrada en Barcelona, presentó un proyecto para crear Previsión Médica Nacional (PMN). Dicho proyecto abarcaba tanto el plano económico y actuarial como el profesional y reglamentario. Y ante los presentes en la Asamblea demostró que sus estudios comparados con las experiencias de otras mutualidades presentaban la posibilidad de alcanzar una aceptable cobertura de contingencias, sin que fuera necesario exigir sacrificios incompatibles con la limitada capacidad económica de la mayoría de profesionales.

Tal empresa topó con numerosos obstáculos: convertir una afiliación voluntaria en obligatoria, extender el ámbito local o regional al nacional, vencer los intereses creados y superar la inevitable inercia de los hábitos sociales, económicos y profesionales de los médicos. Pero Pérez Mateos, apoyado en su cargo de presidente del Consejo de Colegios Médicos y, sobre todo, en la convicción de la bondad y necesidad de su proyecto, logró imponer sus razones esenciales en dicha Asamblea.

Dos años más tarde, el 27 de enero de 1930, el Gobierno aprobó un real decreto que modificaba los estatutos de la Organización Médica Colegial y establecía las bases para la creación de una institución de previsión médica nacional que, “acogiendo por igual a cuantos ejerzan la medicina en España, atienda a los riesgos de invalidez y ancianidad y a procurar para las viudas y huérfanos socorros o pensiones que les permitan algún medio decoroso de subsistencia; todo ello en forma que

## Hitos más relevantes

**1928:** VIII Asamblea Nacional de Colegios de Médicos de España celebrada en Barcelona. José Pérez Mateos propone la creación de Previsión Médica Nacional.

**1930:** Nace Previsión Médica Nacional (PMN).

**1943:** PMN incorpora a los profesionales farmacéuticos y odontólogos, pasando a denominarse Previsión Sanitaria Nacional (PSN).

**1960:** Incorporación de los profesionales veterinarios.

**1965:** Se aprueba la creación de Agrupación Mutua del Automóvil, embrión de la actual AMA.

**1994:** PSN se convierte en una mutua de seguros a prima fija.

**1999:** Apertura a otros colectivos profesionales, como los titulados universitarios. La entidad se declara “la mutua de los profesionales”.

**2007:** PSN se internacionaliza instalándose en Portugal.

**2008 y 2009:** A contracorriente de la crisis, PSN aumenta sus primas más de un 30%.

**2010:** 80 aniversario de la entidad.

**2011:** La entidad consigue un beneficio neto de 7 millones de euros, duplicando con creces el del año anterior.

no exija sacrificios incompatibles con la modesta capacidad económica del mayor número de profesionales”.

Bajo la cobertura oficial, el 9 de mayo de ese mismo año nació oficialmente PMN, que tuvo su primera sede social en el número 9 de la calle Licenciado Cascales, de Murcia. Presidía la entidad Enrique Suñer. Tras la Guerra Civil, PMN afrontó todos sus compromisos sin defraudar las esperanzas de viudas y huérfanos, lo que contribuyó a revalorizar su prestigio. En esa época, las prestaciones alcanzaron los 1,7 millones de pesetas en la sección de invalidez y los 38,3 millones en vida.

La Ley de Mutualidades, aprobada en diciembre de 1941, obligó a PMN a cambiar, a reformarse, adaptando su reglamento a las nuevas exigencias y necesidades. La transformación de la entidad, que pasó a llamarse Previsión Sanitaria Nacional (PSN) la pilotó Manuel Bermejillo, quien accedió oficialmente a la presidencia el 13 de mayo de 1943. La Dirección General de Previsión permitió a PSN establecer toda clase de seguros personales –obligatorios para los mutualistas– y patrimoniales –voluntarios–. El posterior reglamento también mantuvo la íntima vinculación de PSN a los consejos generales y colegios provinciales de las profesiones sanitarias.

En mayo de 1945, PSN aprobó la creación de la Sección de Enfermedad, cuyo subsidio comenzó a percibirse a los 30 días de haberse iniciado el estado patológico objeto de indemnización. Su duración máxima fue de un año, plazo que, una vez transcurrido sin que el mutualista recibiera el alta médica, daba paso a la cobertura por invalidez. La cuota media era de 3,30 pesetas. Respecto a la Sección de Vejez se estableció la edad de 70 años para la percepción del subsidio.

PSN siguió creciendo y aumentando sus productos. En 1949 creó las secciones de Automóvil y de Accidente Personal, y la entidad se expandió al sector inmobiliario con la compra en Madrid de un edificio por 1,7 millones de pesetas, que venderá una década después con una plusvalía cercana al 50 por ciento. Fueron los inicios de una política inmobiliaria que en los años 50 se concretó, entre otras iniciativas, en la adquisición y rehabilitación de la finca de la calle Villanueva, 11, en el barrio de Salamanca, y la financiación de compras de inmuebles para colegios profesionales de provincias.

Poco a poco, PSN amplió su cartera de mutualistas. Así, su asamblea general de junio aprobó la incorporación de los asociados del Montepío Veterinario Nacional, que previamente había acordado su disolución. El crecimiento y las nuevas demandas y necesidades de los mutualistas llevaron a la entidad a abordar una profunda reestructuración jurídica y administrativa, que culminó en junio de 1975 con la aprobación de nuevos estatutos. PSN, con unos 63.000 mutualistas, abrió una nueva puerta en su dilatada historia.

A partir de 1977, con la llegada de la democracia, la entidad se tuvo que reestructurar y adaptar a los nue-

## Los presidentes

*Entre paréntesis, los años en los que ejercieron la presidencia.*

**José Pérez Mateos (1930-1938).** Otorrino y musicólogo, presidió en 1928 la Asamblea de Barcelona en la que se aprobó el proyecto de creación de Previsión Médica Nacional, antecedente de PSN. Fue subsecretario de Sanidad, alcalde de Murcia, su ciudad natal, presidente de su Colegio de Médicos y de la Organización Médica Colegial.

**Enrique Suñer Ordóñez (1938-1941).** Pediatra, fue catedrático de Patología General de la Universidad de Sevilla y de la de Enfermedades de la Infancia en la Universidad de Valladolid. Presidió el Consejo General de Colegios de Médicos.

**Mariano Gómez Ulla (1941-1943).** Cirujano militar, fue jefe de los servicios de Sanidad del Ejército y presidente de la Organización Médica Colegial.

**Manuel Bermejillo Martínez (1943-1964).** Catedrático de Patología, presidente de la Real Academia de Medicina y del Consejo General de Colegios Médicos y diputado de la CEDA.

**Jaime Lazcano (1964-1966).**

**Manuel Morales Romero-Girón (1966-1969).** Fue director del antiguo dispensario antituberculoso de Universidad (Madrid) y presidente de la Sociedad Española de Higiene. Compaginó la presidencia con la de AMA.

**Manuel Sáinz y Celso Manuel Rodríguez Conde (1969-1970).** Presidencia provisional.

**Alfonso de la Fuente Chaos (1970-1977).** Cirujano, fue presidente del Consejo General de Colegios Médicos, de la Federación Española de Fútbol y procurador en las Cortes franquistas.

**José María Artamendi Muguerza (1977-1984).** Otorrino.

**José Luis Gutiérrez Herrero (1984-1989).** Psiquiatra y exsenador, presidió el Colegio de Médicos de Palencia.

**Juan Blázquez Sánchez (1989-1997).** Fue cofundador y secretario general de la CESM.

**Miguel Carrero López (1998-).** Traumatólogo, expresidente del Colegio de Médicos de La Coruña.

vos tiempos y exigencias legislativas y de mercado. En consecuencia, reformó en 1984 nuevamente los estatutos, sus actividades trascendieron el ámbito sanitario y asegurador, diseñó y comercializó nuevos productos, se transformó en una mutua de seguros a prima fija para crecer como empresa. Y en 1998, el traumatólogo Miguel Carrero asumió la presidencia, con lo que PSN cobró nuevos aires y bríos, convirtiéndose en un pujante grupo empresarial.

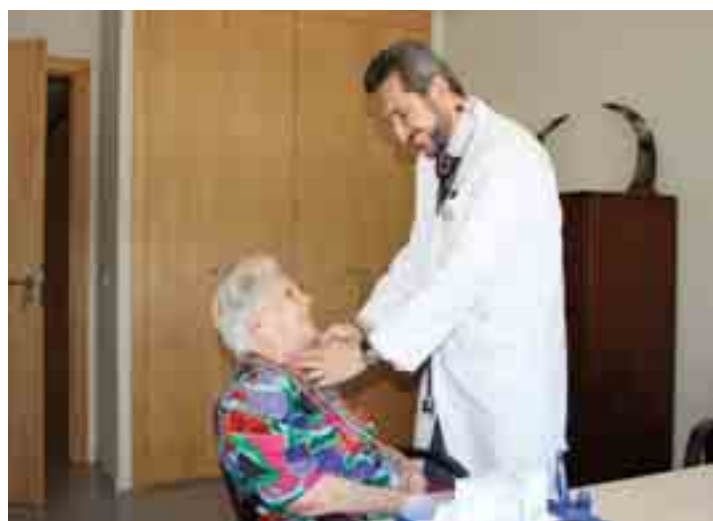
Grupo PSN

# Crecimiento a pesar de la crisis

EL GRUPO PSN HA PLANTADO CARA A LA CRISIS EN 2011. CON UNOS INGRESOS DE 168 MILLONES DE EUROS, OBTUVO UN BENEFICIO NETO CONSOLIDADO DE 6,4 MILLONES (UN 43 POR CIENTO MÁS) Y AUMENTÓ SU PLANTILLA EN UN 7 POR CIENTO.

**P**revisión Sanitaria Nacional (PSN), a pesar de la crisis, registró el año pasado buenos resultados y un importante crecimiento en todos los segmentos. Sus ingresos aumentaron un 15 por ciento, superando los 168 millones de euros. El beneficio neto se situó por encima de los siete millones, más del doble que en 2010, lo que permitió a la entidad repartir entre sus mutualistas casi cinco millones de euros, un 17 por ciento más que el año anterior. PSN volvió a crecer, un año más, por encima del sector en ingresos por primas y provisiones, concretamente el doble, y aumentó su plantilla en un 7 por ciento.

Las previsiones que hace la entidad para 2012 son muy optimistas: crecer en pólizas para lograr 62 millones de euros en primas totales y conseguir 9.000 nuevos mutua-



Residencia Los Robles.

## Presencia en Portugal

PSN inició su internacionalización abriendo oficina en Portugal en 2007. Actualmente tiene cuatro oficinas operativas: Lisboa, Oporto, Coimbra y Faro. En septiembre de 2008 firmó en Lisboa un convenio con la Orden de los Farmacéuticos, y en noviembre del mismo año con la de los Enfermeros, que son cerca de 50.000. En diciembre de 2010 el acuerdo se signó con los fisioterapeutas y logopedas, con más de 4.000 profesionales en ambas asociaciones. Los productos que comercializa en el país vecino son seguros de protección personal y familiar, laborales y productos de ahorro.

En este nuevo mercado, las provisiones matemáticas alcanzaron el año pasado los 3,3 millones de euros, lo que supone un 34 por ciento más que en 2010. Cabe recordar que, según los datos publicados, el seguro de vida sufrió un retroceso del 28,7 por ciento en 2011 en el país vecino. En la actualidad, PSN Portugal cuenta con unos mil mutualistas.

listas. Para ello lanzará nuevas modalidades de seguros y coberturas, abrirá oficinas en Ibiza, Mahón y Motril (Granada) y continuará mejorando el servicio y el asesoramiento al profesional universitario. En palabras del director general, José María Martín Gavín: "Nuestro sector está estancado y debemos seguir siendo capaces de aprovechar la oportunidad que nos está deparando la crisis".

Las cuentas consolidadas en 2011 del Grupo PSN, compuesto por la propia mutua y las sociedades Doctor Pérez Mateos, S.A., PSN Educación y Futuro y Previsión Sanitaria Servicios y Consultoría (Sercon), registraron el año pasado un beneficio neto de 6,4 millones de euros, un 43 por ciento más que en 2010.

**Doctor Pérez Mateos, S.A.:** Creada en el año 2000, es la sociedad del grupo PSN responsable del desarrollo de la red de residencias para profesionales universitarios.

Dispone del complejo residencial Doctor Pérez Mateos, en San Juan (Alicante), recientemente reformado, de uso exclusivo para mutualistas de la entidad y profesionales colegiados y sus familiares, con 65.000 metros cuadrados de jardines privados.

Se compone de tres residencias con 320 habitaciones (22 adaptadas para la atención de asistidos y 60 suites) y capacidad para 800 personas. Entre otros servicios, figuran los de biblioteca, capilla, internet, cine, podólogo, masajista y parque infantil. Es un referente turístico en la zona y un destino preferente para generaciones de profesionales sanitarios durante muchos años. El director es Jorge Correas Pérez.

La empresa también posee la **residencia para la tercera edad Los Robles Gerhoteles**, en Madrid. Inaugurada en 2008, dispone de un centenar de habitaciones, individuales y dobles, y sus servicios se asemejan a los de un hotel. Además, dispone de club social, terapia ocupacional, fisioterapia, podología, servicio médico y enfermería. Bajo la misma marca de Los Robles Gerhoteles, la sociedad prevé inaugurar a finales de este año otro centro de las mismas características en Oviedo, con 36 habitaciones y 49 plazas.

En 2011, la compañía cambió sus estatutos para poder aprovechar otras posibilidades de colaboración, como la firma de acuerdos con otras empresas. La presidenta es Carmen Rodríguez Menéndez, también presidenta del Colegio de Médicos de Asturias y vicepresidenta de la mutua.

**PSN Educación y Futuro:** Uno de los últimos proyectos desarrollados por PSN es la construcción de una red de escuelas infantiles bajo la marca Bicos. En la actualidad, están abiertas tres: en La Coruña, Salamanca y Pontevedra, aunque la entidad proyecta inaugurar más.

**Previsión Sanitaria Servicios y Consultoría (Sercon):** Empresa creada en diciembre de 2011, fusiona varias de las filiales del grupo PSN, aglutinando sus ramas de servicios: consultoría en materia de protección de datos, implantación de sistemas de gestión, sistemas de responsabilidad social corporativa, desarrollos informáticos específicos y creación de páginas *web*, entre otros.

- PSN Servicios y Desarrollos Informáticos. Ofrece soluciones de alto valor añadido relacionadas con la tecnología informática y la sociedad de la información. Como productos destacados de esta empresa hay que citar un programa de gestión integral de clínicas y consultas (PSN Consultas), un *software* para

## Las cifras de la Mutua

Las cifras más significativas de Previsión Sanitaria Nacional (PSN), con datos de 2011, son las siguientes:

**Ingresos:** 168,3 millones de euros, un 15% más que el año anterior.

**Beneficio neto:** 7,1 millones de euros, frente a los 3,3 millones de 2010.

**Beneficio neto consolidado del Grupo PSN:** 6,4 millones de euros, un 43% más(1).

**Pago por prestaciones:** 53,5 millones de euros.

**Provisiones matemáticas (ahorro gestionado):** 660 millones de euros, un 10% más.

**Reparto de beneficios:** casi 5 millones de euros, un 17% más.

**Fondo mutual:** 9 millones de euros.

**Reservas:** más de 550 millones de euros.

**Empleados:** más de 450 (crecieron casi un 7% ).

**Oficinas:** 116 entre España y Portugal (13 nuevas).

**Mutualistas:** 97.179.

**Pólizas:** 162.249.

**Asegurados:** 157.236.

**Colectivo protegido:** más de 500.000 personas.

(1) Grupo consolidado: la mutua, Doctor Pérez Mateos, S.A., PSN Educación y Futuro y Previsión Sanitaria Servicios y Consultoría (Sercon).

la gestión integral de colegios profesionales (PSN Gestión colegial), realización de *webs* personalizadas y consultoría y auditoría para centros.

- PSN Prevención y Calidad. Se incorporó al Grupo PSN en 2003 para dar respuesta a las necesidades de consultoría técnica, excelencia y calidad de gestión a los clientes, tanto tradicionalmente asociados a la mutua, profesionales sanitarios, como a todo profesional susceptible de beneficiarse de sus servicios. Además está especializada en responsabilidad social corporativa y en gestión del medio ambiente. Dispone de un equipo de consultores de gestión con amplia experiencia en el mundo de los servicios de valor añadido a las empresas y comprometidos con el éxito de sus clientes.
- Servicios Inmobiliarios. Pone al alcance de todos los mutualistas y asegurados de PSN una serie de promociones exclusivas de alta calidad a precios muy atractivos.
- Edición de la revista *PSN Información* y gestión del Club PSN. Se encarga de las labores de promoción y difusión de las actividades del grupo y de gestionar el Club PSN, una herramienta (catálogo de productos y servicios que se ofrecen por teléfono, fax o correo electrónico) para fomentar la fidelización de sus mutualistas, ofreciéndoles un catálogo de productos y servicios en condiciones ventajosas. La revista es bimestral.

## Escuelas infantiles

# Un valor añadido

## LAS ESCUELAS INFANTILES FAVORECEN LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA PROFESIONAL Y FAMILIAR.

Las escuelas infantiles PSN Bicos (promovidas por la división PSN Educación y Futuro) nacen como un beneficio social dirigido a los mutualistas jóvenes para favorecer la conciliación de la vida profesional y familiar, uno de los principales problemas a los que se enfrentan los padres hoy en día. Ofrecen un valor añadido que diferencia a PSN de las demás compañías de seguros. Además, supone un importante impulso para potenciar el relevo generacional de cara al fortalecimiento y crecimiento de la mutua, entendiendo como tal la incorporación de nuevos mutualistas jóvenes.

PSN Bicos es un servicio dirigido a todos los titulares universitarios y muy particularmente a los mutualistas que tengan hijos o nietos de entre 0 y 3 años. Actualmente, disponen de tres escuelas infantiles ubicadas en las provincias de La Coruña, Salamanca y Pontevedra. El objetivo es llegar al máximo de mutualistas posible, por lo que existe un proyecto de expansión, que prevé nuevas aperturas con el fin de atender la demanda existente.

### SERVICIOS

- Educación bilingüe o trilingüe (en función de la comunidad autónoma).
- Atención personalizada.
- Espacios e instalaciones de máxima calidad: aulas, sala polivalente, patio exterior de juegos.
- Cocina propia y menús adaptados.
- Horarios flexibles: 7,30 a 19,00 horas.

- Apoyo pediátrico.
- Ambiente familiar y seguro.
- Personal altamente especializado.

### SEÑAS DE IDENTIDAD

- Total comunicación y transparencia con los padres.
- Transmitir a los niños una auténtica “educación en valores”.
- Hacer compatible la diversión, la creación y el aprendizaje a través de una metodología alegre y dinámica.
- Dar gran valor a la expresión artística.
- Se considera la importancia de conocer, contemplar y amar la naturaleza.
- Los niños son los protagonistas de su propio aprendizaje.
- Se propicia y facilita el establecimiento de relaciones sociales y afectivas en todo el centro.
- Se favorece la inquietud y curiosidad de los niños por su propio entorno físico, social y cultural.
- Participación y ayuda en el desarrollo lingüístico por medio de cuentos, canciones, materiales plásticos, etcétera.
- La participación como forma de organización y funcionamiento.

### OBJETIVOS

- Aprender a querer y a hacerse querer.
- Identificar y expresar sus necesidades básicas de salud y bienestar, de juego y de relación.
- Descubrir, conocer y controlar progresivamente su propio cuerpo, sus elementos básicos.
- Relacionarse con los adultos y con otros niños, percibiendo y aceptando las diferentes emociones y sentimientos que se le dirigen.
- Observar y explorar activamente su entorno inmediato y los elementos que lo configuran.
- Regular paulatinamente su comportamiento en las propuestas de juego, de rutina y otras actividades que presenta el adulto.
- Coordinar su acción con las acciones de otros, descubriendo poco a poco que los demás tienen identidad propia.
- Comprender los mensajes orales que en los contextos habituales se les dirigen, aprendiendo a regular su comportamiento en función de ellos.
- Comunicarse con los demás por medio del lenguaje oral y corporal para expresar sus sentimientos, deseos y experiencias.
- Descubrir diferentes formas de comunicación y representación, utilizando sus técnicas y recursos más básicos.



Escuela PSN Bicos.

Convenios de colaboración

# A la medida de cada colegio

HASTA LA FECHA, PSN HA FIRMADO 216 ACUERDOS DE COLABORACIÓN CON COLEGIOS PROFESIONALES.

Uno de los ejes, quizá el principal, sobre los que gira la actividad del Previsión Sanitaria Nacional (PSN) es la colaboración con los colegios profesionales, especialmente con los de nuevas profesiones. Y en esa colaboración la mutua se va a apoyar para seguir creciendo en los próximos años, según su presidente, Miguel Carrero.

Los objetivos de los acuerdos de colaboración que PSN firma con los colegios profesionales son, entre otros:

- Buscar el beneficio de todos los colegiados.
  - Que complementen los servicios del colegio a sus colegiados.
  - Que apoyen el acercamiento de PSN a los profesionales.
- El contenido de estos convenios se materializa en propuestas a medida, según las necesidades de cada colegio. Por ejemplo:
- Creación de planes de pensiones del sistema asociado para el colegio.
  - Pólizas colectivas.
  - Plan de bienvenida a nuevos colegiados.
  - Actos para jubilados-honoríficos en el Complejo Residencial Doctor Pérez Mateos, en San Juan (Alicante).
  - Acceso a todos los valores añadidos de las empresas del Grupo: informática, prevención y calidad, servicios inmobiliarios, etcétera.



El presidente del Colegio de Farmacéuticos de Cáceres, con el presidente de PSN.

En la actualidad, Previsión Sanitaria Nacional tiene firmados más de 200 convenios con colegios profesionales universitarios. Hasta 1943, y desde la creación de Previsión Médica Nacional (PMN), esos acuerdos estaban reservados exclusivamente para los médicos. Hoy son 36 los colegios médicos que tienen suscritos convenios de colaboración con la mutua, con más de 90.700 profesionales asegurados.

En 1943, PMN incorpora a los profesionales farmacéuticos (ya son más de 22.000 los asegurados) y odontólogos (cerca de 4.000 asegurados), pasando a denominarse Previsión Sanitaria Nacional (PSN). Los veterinarios se incorporaron a partir de 1960.

Y no es hasta 1999, tras la modificación de los estatutos de la mutua, cuando a los convenios de PSN se suman los colectivos sanitarios que no tienen titulación superior, como los enfermeros. Según la entidad, los profesionales de la Enfermería son el principal de los denominados nuevos colectivos de PSN, con más de 12.500 profesionales asegurados.

Son los enfermeros, precisamente, los que encabezan este nutrido grupo profesional de nuevas incorporaciones (del que también son parte importante los fisioterapeutas, los psicólogos, los biólogos o los podólogos, entre otros), que ya suponen más del 16 por ciento de la cartera total de asegurados de PSN.

## Acuerdos firmados

Colegio	Número
Médicos	36
Farmacéuticos	38
Veterinarios	44
Odontólogos	19
<b>Colegios tradicionales</b>	<b>137</b>
Enfermería	17
Fisioterapeutas	12
Psicólogos	4
Biólogos	1
Podólogos	5
<b>Nuevas profes. Sanitarias</b>	<b>39</b>
<b>Otras profesiones</b>	<b>30</b>
<b>Total convenios firmados</b>	<b>206</b>

Fuente: PSN

Los productos

# Una solución para cada necesidad

UN SEGURO DE DEPENDENCIA, UNA NUEVA EMISIÓN DE SU PRODUCTO ESTRELLA EN ALTA RENTABILIDAD –EL INVER PSN–, Y MEJORA DE SUS PLANES DE AHORRO SISTEMÁTICO SERÁN ALGUNAS DE LAS NOVEDADES QUE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL SACARÁ ESTE AÑO AL MERCADO.

**P**revisión Sanitaria Nacional (PSN) se ha propuesto para este ejercicio “desplegar todas las velas”, en expresión de su director general, José María Marín Gavín, para ofrecer mejores productos y servicios a sus mutualistas. Para ello, ha

mejorado las características de sus *unit linked* y de sus planes individuales de ahorro sistemático (PIAS), así como sus fondos de pensiones. Y lanzará, en el último trimestre de este año, un seguro de dependencia, además de ampliar su seguro de incapacidad laboral.

Y para rematar ese desafío a los vientos del mercado, acaba de sacar al mercado una nueva emisión de su producto estrella en alta rentabilidad, el Inver PSN V. Se trata de un producto financiero-fiscal de alta rentabilidad que garantiza hasta un 4,87 por ciento de rentabilidad anual en un plazo de seis años, y ofrece una rentabilidad acumulada en ese periodo del 28,82 por ciento.

Según Martín Gavín, la mutua ha decidido lanzar la quinta edición del Inver PSN “en vista de la buena acogida que este producto ha tenido en anteriores emisiones, principalmente debido a su alta rentabilidad”. Y añade: “Los mutualistas también valoran su magnífica fiscalidad, ya que las rentas que genera están libres de impuestos en un 84 por ciento, garantizando, además, tanto el capital invertido como los intereses generados”.

Todos los productos de Previsión Sanitaria Nacional están concebidos para ofrecer una solución a cada necesidad de sus clientes.

**Seguros personales:** PSN Renta Estudios, PSN Master, PSN Reembolso, PSN Triple Joven, PSN Maxivida, PSN Temporal, PSN Amortización de Préstamos, PSN Previplús y PSN Elite.

**PSN Colectivos**

**Seguros de accidentes:** PSN Accidentes.

**Incapacidad Laboral Transitoria:** PSN SILT Profesional.

## Los fondos de inversión

Ofrecen la oportunidad de invertir con la garantía de más de 23 años en el mercado financiero. Hay tres modalidades, según el perfil del inversor: PSN Plan de Ahorro FI, que invierte en renta fija internacional; PSN Renta Fija FI, inversión a corto plazo; y Plan de Inversión FI, que invierte en renta variable internacional.

**PSN Plan de Ahorro FI.** Es un plan para ahorrar cómodamente a medio o largo plazo. Invierte entre un 20% y un 30% en activos de renta variable y entre un 65% y un 85% en activos de renta fija nacional e internacional, de emisores públicos o privados de cualquier país y moneda admitidos a negociación en mercados oficiales y que ofrezcan protección al inversor.

**PSN Renta Fija FI.** Fondo pensado para los que quieren invertir sus ahorros a corto o medio plazo, de forma segura y con total liquidez. Invierte en renta fija nacional a corto plazo en valores públicos y privados de cualquier país con calidad crediticia.

**Plan de Inversión FI.** Ideado para aquellos que buscan que su inversión obtenga la máxima rentabilidad, pero asumiendo unos riesgos moderados. Con este plan se invierte entre un 50% y un 100% en activos de renta variable y entre un 0% y un 50% en activos de renta fija nacional e internacional, de emisores públicos o privados de cualquier país y moneda, admitidos a negociación en mercados oficiales y que ofrezcan protección al inversor.

**Ahorro, inversión y jubilación:** PSN PPA, PSN PIAS, PSN Rentas, PSN Garantía 65/70, PSN Residencial, PSN Saniplán 65, PSN Ahorro Garantizado (M.A.S), PSN Unit Linked, Planes de Pensiones y PSN A-EPSV.

Los productos de inversión cobran cada vez más importancia en la cartera de Previsión Sanitaria Nacional. Tan es así que a principios de este mes de junio ha creado PSN Gestión de Inversiones, una división especializada que nace con el objetivo de asesorar a los mutualistas en la optimización de sus inversiones. Su director es Luis Manuel Martín Olivares.

Gracias a esta nueva unidad comercial, PSN pretende multiplicar su capacidad en seguros de fondos de inversión, potenciar los planes y fondos de pensiones y reforzar el asesoramiento de su colectivo. Como primer paso en esta nueva etapa, ha lanzado nuevas versiones de sus planes individuales de ahorro sistemático (PIAS) y de sus seguros de fondos de inversión.

## PIAS, la renta vitalicia

El Plan Individual de Ahorro Sistemático (PSN PIAS), creado en 2007, es un producto que garantiza una renta vitalicia para disponer en el futuro de un capital extra. A diferencia de otros seguros de PSN, este producto no está vinculado necesariamente a la jubilación, pues la renta se puede percibir a cualquier edad una vez pasados los diez años. Se puede contratar a cualquier edad. La renta contratada posee, además, participación en beneficios de la entidad con el aliciente de que está libre de impuestos entre un 60% y un 92%.

Además, este producto incluye también un seguro de vida que, en caso de fallecimiento del asegurado, PSN abona a los beneficiarios el 105 por ciento del valor acumulado en la póliza. PSN PIAS ofrece dos modalidades de este producto: PSN PIAS Inversión, para aquellos dispuestos a asumir cierto grado de riesgo, y PSN PIAS Garantía, pensado para los inversores más conservadores.

Esta modalidad de seguro contempla las siguientes coberturas: en el caso de supervivencia para la constitución de la renta vitalicia al vencimiento, PSN PIAS Garantía asegura un 2,50 por ciento de interés técnico más un 90 por ciento de los beneficios que excedan del tipo garantizado, y PSN PIAS Inversión le garantiza el valor alcanzado en la inversión de fondos elegida.

En ambos casos, el mutualista tiene la posibilidad de acceder a cuatro tipos de cartera (conservadora, moderada, dinámica y arriesgada) en función de su valoración del riesgo, con fondos de inversión de las gestoras de los bancos Madrid, Santander y BBVA. Se trata de una fórmula que combina fondos de inversión "de primera línea" por rentabilidad y calificación comparada.

Además de la creación de la división PSN Gestión de Inversiones, Previsión Sanitaria Nacional ha lanzado nuevas soluciones en sus planes individuales de ahorro sistemático (PIAS) y seguros de fondos de inversión. De esta forma, la mutua "avanza en el grado de especialización óptimo en la gestión y diseño de productos de inversión complementarios de las soluciones de seguros personales que PSN ya ofrece", comentan sus responsables.

Por lo que se refiere a los seguros de fondos de inversión, también conocidos como *united linked*, permiten al tomador elegir en qué activos quiere invertir su dinero de entre la gama ofrecida por la aseguradora. En el caso de los seguros de PSN dicha gama se ve ahora incrementada en beneficio de sus mutualistas. Otra de las ventajas es que permite acceder a fondos institucionales, a los cuales no es posible acceder de forma individual.

**Formamos parte de tu Vida**

M. Familia  
El trabajo de mamá  
Los amigos disfrutando  
Mamá, la mejor de mamá

**Y gracias a ti, en 2010...**

Creando 25 nuevos puntos de trabajo.  
Pagando 22.791.588 € en prestaciones al colectivo protegido.  
Cobrando un 22,37% los primos.  
Un año muy especial, fortalecidos por la confianza de los mutualistas.  
Más de 150.000 familias protegidas, cerca de 500.000 personas.

**PSN**  
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES, TU MUTUA 902 100 062 / www.psn.es

Fundación Ad Qualitatem

# A la conquista de los hospitales

EL NUEVO RETO QUE SE PLANTEA LA FUNDACIÓN ES PENETRAR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

**C**reada en el año 2004 para la promoción y el desarrollo de la excelencia en la gestión de los profesionales socio-sanitarios, la razón de ser de la Fundación Ad Qualitatem radica en conseguir normalizar los sectores sanitarios mediante la elaboración de normas que aporten valor añadido y garantía a la actividad profesional y asistencial del sector.

Se rige por los siguientes principios en sus actividades de certificación: imparcialidad, profesionalidad, responsabilidad, transparencia y confidencialidad; y logra su misión mediante la gestión de actividades públicas que persiguen lo siguiente:

- Elaboración de las normas y protocolos de calidad de las profesiones socio-sanitarias.
- La formación continua de los profesionales sanitarios en calidad y excelencia, al igual que publicaciones técnicas y divulgación del mismo.
- Organización y participación en congresos y reuniones científicas sobre calidad, excelencia y gestión para profesionales.
- Promoción de la publicación de referencias técnicas.
- Edición de premios relacionados con la excelencia y la calidad.
- La colaboración con otras instituciones con las que se compartan todos o algunos de los fines de la fundación.
- Formación de auditores y evaluadores de la excelencia y la calidad.

En el ámbito sanitario, la normalización ofrece importantes beneficios, como economías de escala, fuerza de los criterios, la independencia y el aprendizaje de todos y facilitar la cooperación entre los distintos agentes implicados. Y la certificación es la prueba de que la organización sanitaria ha implantado su sistema de gestión de calidad siguiendo las directrices y requisitos de las normas Ad Qualitatem. Como alguien dijo, "la certificación es el reconocimiento del trabajo bien hecho".

La Fundación Ad Qualitatem, presidida por el internista Alfredo Milazzo, incrementa su actividad certificadora respecto a su propia cartera de normas gracias a la colaboración con sociedades científicas y con asociaciones de pacientes. Un ejemplo de esta línea de trabajo ha sido la reciente firma de un acuerdo de colaboración con la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias para la elaboración de normas dirigidas a los servicios de urgencias de los hospitales y de Atención Primaria y a las empresas proveedoras de servicios relacionados con las emergencias.

Es este, el ámbito hospitalario, el nuevo reto que se plantea la Fundación para este año. Su propósito es introducir en los centros de toda España sus normas específicas en este campo, especialmente la de gestión de la calidad para centros con y sin internamiento. Paralelamente, continuará con la difusión e implantación de dos normas especialmente celebradas: la dirigida a centros veterinarios de pequeños animales y la ideada para clínicas de Odontología y Estomatología.

## El patronato

**Alfredo Milazzo Estefanía**, presidente. Especialista en Medicina Interna, nació en Nápoles en 1940. Ha sido jefe de servicio del Hospital San Millán de Logroño hasta su jubilación, en 2007, fundador de la Sociedad de Medicina Interna de Aragón, Navarra, La Rioja y País Vasco, que presidió, y presidente del Colegio de Médicos de La Rioja durante 22 años. Académico de la Real de Medicina de Zaragoza, es profesor emérito y patrono de la Fundación desde su constitución en 2004.



**Carmen Rodríguez Menéndez**, vicepresidenta. Vicepresidenta de PSN y presidenta del Colegio de Médicos de Asturias.

**Miguel Triola Fort**, secretario. Cardiólogo, es vicepresidente segundo de la mutua.

**Filemón Rodríguez Rodríguez**, tesorero. Expresidente del Consejo Gallego de Colegios Veterinarios (y siete vocales más).

**Joaquín Estévez Lucas**, secretario general técnico. Es presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa).

**Vocales:** Miguel Carrero López, Luis Amaro Cendón, Manuel Fuentes Rodríguez, Juan José Badiola Díez, Juan José Porcar Porcar y José María Suárez Quintanilla.

José María Martín Gavín, director general de PSN

# “La crisis es una oportunidad para nosotros”

PSN PRETENDE CONVERTIR 2012 EN EL AÑO DE SU GRAN DESPEGUE. LA CRISIS ES SU ALIADA.

**PREGUNTA:** Parece que la crisis no hace mella, sino todo lo contrario, en los resultados de PSN. ¿A qué se debe?

**RESPUESTA:** Para nosotros la crisis es una gran oportunidad desde dos puntos de vista: uno, que las empresas que se abren camino son las que tienen un mayor nivel de especialización, cercanía y fidelización con sus clientes; y dos, porque la crisis afecta particularmente al sector financiero, y la gente busca soluciones aseguradoras para ellos mismos y sus familias. Soluciones que están basadas en la confianza, y en estos momentos se confía poco en los bancos y en las cajas y sí en las aseguradoras, particularmente en la nuestra, que está dando un alto nivel de competitividad.

**P. ¿Qué características diferencian a la entidad de sus competidores?**

**R.** Nuestro modelo es único. Ninguna compañía de seguros de vida en España, y hay 150, trabaja con una red interna de personal fijo indefinido. Las demás se apoyan en redes de agentes y en mediadores. Nosotros ponemos a un asesor que atiende a un número determinado de mutualistas en un determinado territorio. Es decir, nuestro personal comercial es de plantilla, no son comisionistas, y tienen que trabajar de una manera determinada. El 65 por ciento de nuestros mutualistas son médicos, y un médico percibe claramente la calidad de la gestión y del asesoramiento de nuestro personal, que no son vendedores, sino asesores.

**P. Pero existen otras características....**

**R.** También en los productos somos muy distintos. Tenemos una gama muy amplia adecuada al tipo de cliente que estamos tratando. Pongo un ejemplo de actualidad: algunas comunidades autónomas han aprobado determinados recortes a las prestaciones que tenían los profesionales sanitarios en caso de baja laboral. Y PSN es la única compañía de seguros que tiene un producto específico para que los médicos y



enfermeras que trabajan con la Xunta de Galicia puedan tener cubiertos esos días que no van a cobrar. Y estamos preparando productos similares para Castilla-La Mancha y La Rioja. Estos recortes preocupan mucho a los médicos jóvenes, que son los que ganan menos dinero.

## "PARA 2012 PREVEMOS CAPTAR UNOS 9.000 MUTUALISTAS MÁS, LO QUE SIGNIFICA CRECER EN TORNADO AL 10 POR CIENTO"

**P. ¿Qué otros productos aumentarán la cartera de la mutua este año?**

**R.** Acabamos de lanzar la emisión V de nuestro producto de inversión estrella Inver PSN Renta, que garantiza el capital y una rentabilidad de hasta el 4,87 anual durante seis años si la aportación supera los 60.000 euros. La aportación mínima es de 5.000 euros, y con las mejores ventajas fiscales: el 84 por ciento del rendimiento está libre de impuestos. Y para finales de año sacaremos un seguro de dependencia, que prácticamente hoy no existe, además de mejorar nuestro seguro de incapacidad temporal.

**P. ¿Qué pretenden con la reciente creación de PSN Gestión de Inversiones?**

**R.** El objetivo de crear esta unidad de negocio es dar un asesoramiento a nuestros clientes más allá del seguro, más allá del ahorro para sus hijos o para su jubilación en la gestión de sus inversiones. Hablamos de asesorar en seguros de fondos de inversión y planes individuales de ahorro sistemático (PIAS) para todos los perfiles de riesgo: muy conservador, conservador, dinámico y arriesgado.

**P. ¿Se abre PSN a otros colectivos universitarios fuera del sector sanitario?**

**R.** Sí, pero ahí tenemos pocos mutualistas, de momento. Por ejemplo, tenemos un convenio con la mutualidad de doctores y licenciados, que son preferentemente profesores.

**P. Previsiones para 2012.**

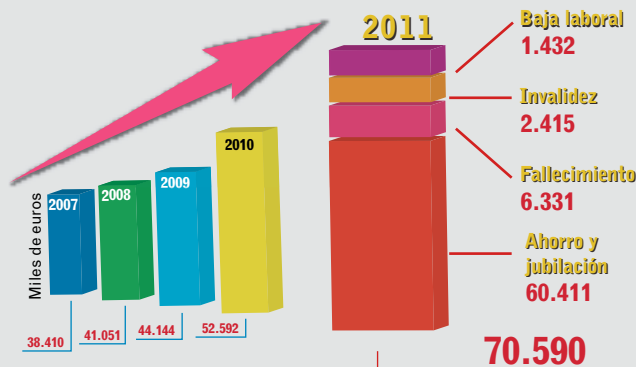
**R.** Prevedemos un crecimiento superior al 10 por ciento en primas periódicas, similar aumento en la plantilla del grupo, unos resultados como mínimo similares a los de 2011, mejorando el consolidado, y una captación de unos 9.000 mutualistas más, lo que significa crecer en torno al 10 por ciento.

**P. ¿Crecerá PSN en Portugal, se instalará en otros países?**

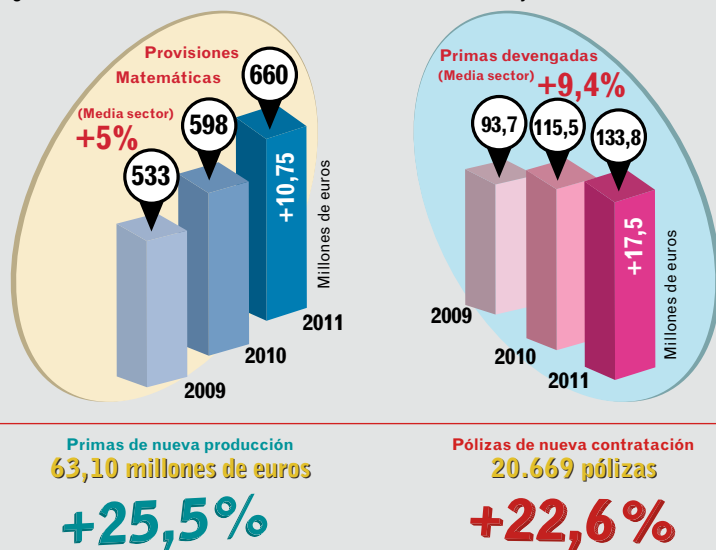
**R.** Creceremos en Portugal, donde ya tenemos unos mil mutualistas y pensamos realizar un plan estratégico para ese país con el fin de reforzar nuestra presencia allí desde oficinas en España, por ejemplo, Badajoz y Vigo. Y a medio plazo, lo que tenemos en estudio es saltar a Brasil y a algún otro país de Latinoamérica.

### Crecimiento sostenido

Prestaciones abonadas por PSN en los últimos años



Algunos datos relevantes de los resultados de la mutua en el ejercicio 2011



Los resultados de PSN en 2011.

El tijeretazo sanitario

# Geografía de recortes

*La mecha de los recortes prendió primero en Cataluña, se intensificó tras las elecciones autonómicas de mayo de 2011 y tomó cuerpo de “¡sálvese quien pueda!” con la llegada de Mariano Rajoy a La Moncloa.*





[ Por **GONZALO SAN SEGUNDO** ]

**E**n abril, recortes mil. Y en mayo y en junio... Los temidos recortes en la Sanidad ya están aquí. Habitan entre nosotros y se harán más presentes a medida que avance el calendario. El porqué se encuentra en la necesidad imperiosa que tiene el Gobierno central de reducir el déficit público este año hasta el 5,3 por ciento del producto interior bruto (PIB) y al 3 por ciento en 2013; y la obligación de las comunidades autónomas de cumplir el objetivo de déficit del 1,5 por ciento del PIB para 2012, es decir, recortar entre todas al menos 16.000 millones de euros.

Una obligación que tiene sus raíces en el excesivo gasto sanitario, que en una década casi se ha triplicado, pasando de los 38.500 millones de euros en 2002 a los 95.000 millones el año pasado.

## LOS TEMIDOS RECORTES EN LA SANIDAD YA ESTÁN AQUÍ Y SE HARÁN MÁS PRESENTES A MEDIDA QUE AVANCE EL CALENDARIO

Para ello, las administraciones públicas buscan dinero, vía ahorro en gastos, eficiencia en la gestión o nuevos ingresos impositivos, hasta debajo de las piedras, camas, nóminas y lo que haga falta. El ministro de Hacienda, Cristóbal Montoro, ya ha recibido los planes de ajustes de los gobiernos autonómicos (todos, excepto Aragón, País Vasco, La Rioja, Navarra y Canarias, tienen implantado el céntimo sanitario), pero todo indica que el grueso de los recortes está por llegar.

Mientras tanto, y en lo que toca al sector sanitario, el decreto de medidas urgentes aprobado por el Gobierno a finales de abril y revalidado en el Congreso (solo por el Grupo Popular y UPN) el jueves, 17 de mayo, pretende ahorrar en Sanidad 7.267 millones de euros, casi el 13 por ciento del presupuestario sanitario de las comunidades autónomas, con medidas como pagar parte de las prótesis ambulatorias y productos dietéticos, supresión de la financiación de fármacos para síntomas leves. He aquí un resumen de lo aprobado.

**Aborto.** Será gratuito sólo por “causa médica”: peligro para la salud de la madre o anomalía fetal.

**Asistencia sanitaria.** Se cobrará la asistencia a los países de origen de siete millones de extranjeros. A partir de septiembre, los inmigrantes extracomunitarios sin papeles, salvo niños y embarazadas, solo tendrán derecho a la aten-

ción de urgencias y tratamientos contra el Alzheimer, VIH y oncológicos. Los mayores de 26 años deberán acreditar falta de ingresos para recibir asistencia. El objetivo es ahorrar 1.500 millones.

**Cartera de servicios.** Se recortará para ahorrar 700 millones. Entre otras medidas, dejarán de financiarse los programas de fertilidad.

**Copago.** En los medicamentos, los pensionistas pagarán un 10 por ciento, y el resto de los ciudadanos, entre un 40 y un 60 por ciento, según su nivel de renta, con topes mensuales de 8, 18 y 60 euros, excepto los parados de larga duración. En prótesis ambulatorias (férulas, muletas, sillas de ruedas), ambulancias no urgentes y preparados alimenticios, mismos porcentajes que para los fármacos.

**Investigación.** Ha cerrado el Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (Caiber). Tenía en marcha 64 ensayos clínicos multicéntricos, tarea que, según Joaquín Arenas, director del Instituto de Salud Carlos III, será asumida por una “red de unidades de investigación clínica”.

**Medicamentos.** Se negociará a la baja los precios con los laboratorios, se potenciará el uso de genéricos y se eliminarán productos del vademécum. Junto con el copago, se pretende ahorrar 3.500 millones.

**Profesionales.** Ampliación de la jornada laboral a 37,5 horas semanales, se facilitará su movilidad, se creará un registro de profesionales que controlará el Ministerio de Sanidad y se suprimirá la modalidad de prestación de servicios de cupo y zona.

**Retribuciones.** Los más de 600.000 empleados del sector sanitario público cobrarán la parte variable de su nómina (hasta un 20 por ciento del total) según los objetivos alcanzados, con el fin de facilitar los planes de eficiencia que las comunidades autónomas están desarrollando y la promoción profesional. Se cifra el ahorro en 500 millones.

**Servicios sociales.** Pacto por la Sanidad para ahorrar 600 millones.

La ministra de Sanidad, Bienestar Social e Igualdad, Ana Mato, justificó dichas medidas “por la herencia reci-

vida”, que se concreta, entre otros detalles, en una deuda de 16.000 millones de euros.

El decreto de medidas urgentes ha obligado a la mayoría de las comunidades autónomas a aplicarlo en sus respectivos territorios, añadiendo los recortes aprobados a los que ya habían puesto en marcha o tenían decidido establecer, como reducir la cartera de servicios, aumentar la jornada laboral, cerrar parcial o totalmente hospitales, paralizar la carrera profesional, modificar o reducir los conciertos sanitarios, recortar los planes de asistencia bucodental infantil y aumentar la colaboración público-privada, entre otras medidas. De momento, aparcan el copago en la asistencia sanitaria.

Algunas comunidades autónomas no ven en el copago ni en los recortes la solución al déficit sanitario y a la sosteni-

bilidad de sus sistemas de salud. Las que el Partido Popular no controla van por libre, aunque Cataluña se ha comprometido a aplicar las medidas aprobadas por el Gobierno central. En cambio, Andalucía se opone a aplicar parte de la reforma laboral; el País Vasco, la comunidad más rebelde con los recortes de Mariano Rajoy, ha recurrido al Tribunal Constitucional las leyes que reforman la Sanidad y la educación, y atiende en las consultas ordinarias a los inmigrantes irregulares; y Navarra, gobernada por UPN y PSN, también presta asistencia sanitaria a los sin papeles.

Además, el consejero de Sanidad del País Vasco, Rafael Bengoa, ha apostado por medidas de gestión (nada de recortes ni copagos) que, en los últimos tres años, han proporcionado un ahorro de 124 millones de euros en decisiones como consumo de genéricos, compras estratégicas, centralización de compras y rebaja de precios en los conciertos, además de aumentar la productividad. Y con la estrategia de abordaje a la cronicidad, iniciada en 2010, prevé ahorrar 330 millones hasta 2014.

Todo indica que el decreto de medidas urgentes no es más que la avanzadilla del tijeretazo que se avecina, que no es otro que el Programa Nacional de Reformas (PNR) y la actualización del Plan de Estabilidad que el presidente del Gobierno presentó en Bruselas días después de publicarse en el BOE el decreto de los recortes. Dicho plan contempla una reducción del 21,5 por ciento del presupuesto sanitario hasta 2015, lo que significa que el gasto público en Sanidad sufrirá una reducción de 1,4 puntos porcentuales del PIB, hasta el 5,1 por ciento.

¿Medidas concretas? El PNR apunta algunas de forma genérica, como las compras centralizadas para los hospitales, el establecimiento de un cupo mínimo de pacientes por médico y la consideración de “mínima” la jornada laboral de 37,5 horas semanales para los funcionarios (la ampliación de la jornada laboral ya ha sido implantada en Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid y Murcia). El grueso del ahorro, derivado de las medidas de personal y gestión, las deja en manos de las comunidades autónomas —que ya las están adoptando— y del próximo Consejo Interterritorial.

Otras medidas, como la asistencia sanitaria a los inmigrantes irregulares, la cartera de servicios o el copago farmacéutico, ya están recogidas de forma más concisa en el decreto de los recortes.

Los recortes y los ajustes no salen gratis para los pacientes. Tienen sus repercusiones en las listas de espera, que podrían verse todavía más afectadas si se lleva a cabo el establecimiento de un mínimo de pacientes por médico en el ámbito nacional. En Cataluña, por ejemplo, las listas de espera aumentaron un 42 por ciento de diciembre de 2010 a diciembre de 2011 (de 56.670 pacientes a 80.540), según cifras del propio consejero de Salud, Boi Ruiz.

## Los profesionales: carne de cañón

**S**iempre que hay guerra de cifras en las administraciones públicas, los cañones apuntan hacia los profesionales. Y aciertan de lleno. Al 5 por ciento de rebaja en sus retribuciones que decretó el Gobierno, se suman ahora las reducciones salariales, vía complementos o formación, aplicadas por las comunidades autónomas. A esto hay que añadir el incremento de la jornada laboral y la congelación de plantillas, al suprimirse las contrataciones de personal interino y eventual.

Para los profesionales, los recortes no paran ahí. El pasado 4 de mayo el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, presentó en Bruselas el Programa Nacional de Reformas (PNR) para este año. Dibujado a lo largo de 264 páginas, apenas dedica una decena de ellas a la Sanidad. Pero de ahí se deduce de forma explícita que los recortes continuarán bajo los siguientes epígrafes (hay comunidades que ya aplican algunos o lo han anunciado):

- Reducción de la cartera de servicios prestados.
- Paralización de la carrera profesional.
- Reducción de las sustituciones.
- Incremento de la jornada laboral de los interinos.
- Eliminación de los periodos adicionales de descanso.
- Actuaciones reorganizativas del personal en atención continuada en Primaria.
- Eliminación de complementos por tardes fijas en Atención Primaria y por tareas especiales.
- Disminución de las guardias médicas.
- Modificación de las condiciones de los conciertos sanitarios.
- Cierre parcial de hospitales.
- Reducción de planes bucodentales infantiles.
- Rigor en la aplicación de instrucción de productos dietéticos.
- Plan para reducir el absentismo de los empleados públicos.

Además, algunas comunidades autónomas ya han fijado cupos al alza, con aumento expreso de los tiempos de espera. Asimismo, se han eliminado las peonadas en casi todas las autonomías, especialmente en Murcia, y en otras, como en Madrid, ha crecido la derivación de pacientes a la sanidad privada.

Todos los colectivos afectados por la avalancha de recortes se han echado a la calle, en mayor o menor grado, con más o menos intensidad, para rechazarlos. Las protestas continúan y, en general, los gobiernos, de momento, se mantienen firmes en las posturas adoptadas.

En realidad, los recortes en el sector sanitario comenzaron a implantarse en mayo de 2010, cuando el Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero aprobó, mediante un real decreto, una importante rebaja en los medicamentos con el fin de ahorrar 1.300 millones de euros entre ese año y 2011. Posteriormente, siguió castigando a la industria farmacéutica hasta completar medidas por un importe de unos 4.000 millones en apenas dos años.

El Ejecutivo de Rajoy ha seguido machacando en el mismo clavo, con una previsión de ahorro de 2.000 millones en el capítulo de medicamentos. En conjunto, el perjuicio resulta evidente para la I+D+i y el empleo del sector.

Y se anuncian más recortes, ajustes y reformas.

## Daños frontales (y colaterales)

La crisis ha obligado a las comunidades autónomas a reducir sus presupuestos en Sanidad en más de 5.000 millones de euros desde 2010, a pesar del aumento de la demanda asistencial. Esto, a su vez, ha derivado en una batería de recortes y ajustes aún no finalizada, cuyas principales víctimas han sido los profesionales (daños frontales) y los pacientes (daños colaterales). He aquí algunos de ellos.

- El gasto en Sanidad por habitante para 2012 ha caído en dos años un 10,4 por ciento, lo que no se producía en décadas.
- El personal sanitario ha sufrido el mayor zarpazo de la reducción presupuestaria, también las partidas de farmacia, tecnología y mantenimiento.
- Cierre de quirófanos y camas.
- Cierre de algunos hospitales y centros de salud.
- Saturación de las Urgencias por falta de personal.
- Las listas de espera se han incrementado significativamente.
- Las compras de tecnología sanitaria se han reducido un 15 por ciento.
- La deuda sanitaria se eleva a 16.000 millones de euros, de los que 12.000 millones corresponden a los hospitales.
- Menos conciertos con el sector privado.

# La poda autonómica

***Además de los recortes decretados por el Gobierno central, las comunidades autónomas han ido aplicando otros ajustes en los que los profesionales resultan los más perjudicados.***

En el aspecto laboral, todas las comunidades autónomas sin excepción han asumido la implantación de la jornada de las 37,5 horas semanales (dos horas más que antes). Murcia ha cuantificado el efecto de esta medida en un ahorro de 30 millones de euros en contratación de eventuales.

Algunas, como Andalucía, han reducido la jornada laboral de los interinos y el número de las horas extraordinarias. Otras (Asturias, Baleares, Castilla-La Mancha, Cataluña, Madrid, La Rioja,

Comunidad Valenciana) han suspendido el acceso a nuevos niveles de la carrera profesional. No faltan las que han reducido los días de descanso después de las guardias y nocturnidad y suspendidos los fondos de pensiones, como Cataluña, Galicia, Murcia y la Comunidad Valenciana. Y hay quien ha dejado de considerar el tiempo para formación como jornada laboral (Castilla-La Mancha, Murcia, Navarra, País Vasco).

Respecto al recorte salarial, el Gobierno central decretó una rebaja general

del 5 por ciento para todo el personal de las administraciones públicas. Por su parte, las comunidades autónomas han complementado esta medida con más tijeretazos. Madrid ha dado un paso más, al prever en los nuevos presupuestos regionales una rebaja salarial añadida del 3,3 por ciento para todos los funcionarios y asimilados, una reducción del 10 por ciento en la nómina de los altos cargos y una quita del 6 por ciento en el complemento específico y del 25 por ciento en la paga extraordinaria.

Las retribuciones de los profesionales se ven mermadas también, en la mayoría de las comunidades, en algunos de los complementos que la componen, como el específico y el de productividad (hasta un 10 por ciento). Asimismo, se ve reducida la remuneración de otros conceptos, como la nocturnidad, las guardias, los festivos o la carrera profesional. En otras regiones (Baleares, Murcia, País Vasco) los mencionados complementos se han congelado. Y en Extremadura han eliminado el complemento mensual de 200 euros por el cambio de turno de la mañana a la tarde.



En otras comunidades, como en Castilla y León, se han suprimido los incentivos por prolongación de jornada y las remuneraciones extraordinarias a los mayores de 55 años por los módulos de atención continuada. Y en Galicia y Madrid se cobra menos por los días de baja por enfermedad. Y en Baleares, Galicia y la Comunidad Valenciana cobran diez euros por la renovación de tarjeta sanitaria en caso de pérdida.

Además de los mencionados, he aquí otros recortes comunidad por comunidad.

**Andalucía.** Tiene que gastar este año 2.500 millones de euros menos que en 2011, y los recortes afectarán a unos 100.000 trabajadores de la sanidad pública. Las nuevas medidas de copago

farmacéutico aprobadas por el Gobierno central ahorrarán previsiblemente 190 millones de euros.

**Aragón.** Tiene que recortar unos 107 millones de euros en Sanidad, pero el plan contra el déficit no incluye bajadas salariales ni más tasas ni recortes en la asistencia. El consejero de Salud, Ricardo Oliván, confía en mejorar la gestión. Mientras tanto, se han cerrado unidades y camas en algunos hospitales, como en el Miguel Servet de Zaragoza.

**Asturias.** El presidente del Principado, Javier Fernández, ha anunciado recortes y sacrificios, sin concretar, que afectarán a todas las áreas sociales y

económicas. En asistencia sanitaria, las restricciones se concretan en los programas de fertilidad.

**Baleares.** Se pretende un ahorro de 264 millones y unos ingresos adicionales de 84 mediante impuestos y tasas, como el cobro del céntimo sanitario (0,48 euros por litro de gasolina), ya en vigor. Además, se ha recortado el horario en centros de salud, y se han cerrado los centros hospitalarios Juan March y General en Mallorca, con traslado de los pacientes a clínicas privadas. Se cobrará por aparcar en el Hospital Son Espases, en Palma, y algunos de sus quirófanos y servicios se alquilarán al sector privado.

**Canarias.** En los últimos tres años, los recortes en sanidad y educación han

significado cerca de 600 millones de euros, lo que se ha traducido en reducción de personal, menos camas hospitalarias y estancamiento de las listas de espera. Pero el gran tijeretazo llegó en 2011, con estas consecuencias en Sanidad: cierre de camas y plantas hospitalarias en verano, cierre de consultas y quirófanos por la tarde en el último trimestre, cierre de servicios de atención especializada e incremento de las listas de espera. En cuanto a medicamentos, ajuste de 200 millones para reducir la abultada deuda con las farmacias.

**Cantabria.** Cerrarán su servicio por las tarde 29 de los 42 centros de salud con el fin de ahorrar 1,2 millones de euros.

**Castilla y León.** El objetivo es ahorrar 168 millones de euros este año sin cerrar servicios y centros y manteniendo las retribuciones, según el consejero de Sanidad, Antonio María Sáez Aguado. Entre otras, las partidas afectadas, con especificación del ahorro pretendido, son: inversión en tecnologías clínicas (51 millones), compra de bienes corrientes y servicios (24 millones), conciertos con centros privados (16 millones), supresión de los gastos de manutención durante las guardias (5,5 millones), supresión de la Fundación del Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria y fusión de gerencias de salud de área y servicios territoriales, y las de Atención Primaria y especializada.

**Castilla-La Mancha.** Según el director gerente del Sescam, Luis Carretero, "no se plantean recortes propiamente dichos, sino medidas de gestión para garantizar la sostenibilidad". Ejemplos: en los hospitales, recortes de presupuesto, cierre de plantas, supresión de servicios de atención especializada y tres camas por habitación. Además, se prevé ahorrar cerca de 650 millones en personal con la privatización de los hospitales de Almansa, Manzanares, Tomelloso y Villarrobledo.

**Cataluña.** Desde 2010 hasta la fecha, ha aprobado tres tandas de tijereta-

zos. El primero, a mediados de 2011, fue de 840 millones de euros, recortando en un 16,6 por ciento las subvenciones a las asociaciones de pacientes y a programas de salud pública, entre ellos sida y drogas. Y en mayo pasado aprobó recortes por otros 748 millones. Entre otras medidas tomadas figuran: restricciones en los programas de fertilidad, cierre de centros en Atención Primaria y cobro

ahorro diario de unos 300.000 euros), la Xunta aprobó en febrero una ley con las medidas de ajuste que se aplicarán a los 90.000 empleados públicos de la comunidad con vigencia para el periodo 2012-2013. Los inmigrantes que lleven menos de seis meses empadronados tienen que pagar asistencia sanitaria.

**Madrid.** Con medidas propias y la consolidación de las aprobadas por el

ción Primaria y reducción de camas hospitalarias.

**Navarra.** Tiene que rebajar un déficit de 54 millones de euros y ajustar el presupuesto de este año. Respecto a la Sanidad, la atención gratuita a los inmigrantes irregulares se limitará a los empadronados en la comunidad foral hasta el 30 de abril, y el céntimo sanitario sube a 2,8 céntimos por litro de gasolina.

**País Vasco.** No quiere saber nada de recortes (excepto los que afecten a los profesionales) ni de nuevos copagos. Lo suyo es conseguir ahorro con medidas de gestión como, por ejemplo, con el plan de abordaje a los enfermos crónicos.

**La Rioja.** El Plan de Austeridad se centra en cuatro principios generales: priorización de las políticas, centralización de compras, cooperación interdepartamental y necesidad de ahorrar 40,3 millones de euros al año en toda la administración pública. Además: cierre de servicios de atención especializada, reducción de camas, prescripción por principio activo para ahorrar al año 4,7 millones y disminución de la actividad concertada con el fin de ahorrar 350.000 euros anuales.

**Comunidad Valenciana.** Entre medidas impositivas y de ahorro, la terapia de choque pretende un ajuste presupuestario para este año de 2.260 millones de euros. Algunas de las medidas que afectan a la Sanidad, con las que se pretende ahorrar 440 millones sin contar la privatización de los servicios no sanitarios, son las siguientes: cierre de centros de salud y autorización para crear cooperativas de médicos y enfermeros, permitiendo de forma voluntaria la autogestión de centros; revisión de precios en los concertados, cierre de servicios de atención especializada, central de compras para la adquisición de genéricos y otros productos, y privatización de la gestión de los 18 departamentos de salud que gestiona la Generalitat. A esto se añaden medidas de eficiencia en hostelería (menú básico para todos los pacientes), cocina, mantenimiento y suministros.

## La rebaja presupuestaria

Los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas para 2012 aprobados en sus correspondientes parlamentos, y sin tener en cuenta los ajustes a la baja realizados con posterioridad en algunas regiones, arrojan un gasto por habitante sensiblemente inferior al de 2010, excepto en Asturias y Baleares, según los cálculos realizados por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. La media de las 17 autonomías ronda los 1.200 euros por habitante, 144 euros menos que en 2010, o sea, un 10,7% inferior. Las comunidades que en 2012 más han recortado su presupuesto en Sanidad con respecto al año anterior son, por este orden, Murcia (8,29%), Cataluña (7,55%), Navarra (5,90%) y Extremadura (5,81%).

de un euro por receta médica (tique moderador). En verano y octubre de 2011 se cerraron cientos de camas y al menos un tercio de los quirófanos por la tarde, además de suspender consultas, operaciones programadas y cierre de servicios de atención especializada. En cuanto a Urgencias, de los 185 ambulatorios que las prestaban por la noche, 75 cerraron, 24 restringieron el horario y 17 fueron clausurados.

**Extremadura.** En abril, el consejero de Salud y Política Social, Javier Fernández Perianes, anunció recortes en Sanidad cercanos a los 50 millones de euros. Desde el lunes 7 de mayo las consultas de Atención Primaria no abren por la tarde para ahorrar más de dos millones de euros al año, producto de no pagar 235 euros al mes a unos 900 médicos que cubrían este servicio.

**Galicia.** Tras implantar en el verano de 2011 el cataloguino de fármacos (medida que proporciona un

Gobierno central, recortará este año unos 170 millones de euros y una cantidad similar en 2013. De momento, el ajuste presupuestario en Sanidad para 2012 se cifra en 131,1 millones, la mayor parte en farmacia hospitalaria. Se traslada la actividad de los centros de especialidades de Alcobendas, Aranjuez y Arganda a los hospitales de estas zonas, se cierran los servicios de urgencia de Atención Primaria con baja actividad asistencial nocturna y se dejan de financiar la vacuna del neumococo y los tratamientos contra el tabaquismo. Se anuncia la privatización en los hospitales de la gestión de los servicios no sanitarios.

**Murcia.** A principio de 2011, se descolgó con una Ley de Medidas Extraordinarias para la Sostenibilidad de las Finanzas Públicas en la Región, que incluye reducciones salariales y de jornada para los empleados públicos. Los recortes se incrementaron al año siguiente con cierre de centros de Aten-

## CENTROS CLÍNICOS de EXCELENCIA

- **CEMAV. Centre de Medicina Avançada del Vallès**  
C/ Agustí Vinyamata, 7-9-11  
08402, Granollers (Barcelona)  
Teléfono: 936934455  
www.mutua.org
- **Centro de Medicina Deportiva Spe-Muladhara**  
C/ San Isidro, 14  
28220, Majadahonda, (Madrid)  
Teléfono: 916 384 412  
www.spesalud.com
- **Centro Galego de Tecnificación Deportiva Pontevedra**  
Padre Fernando Olmedo, 1  
36002, Pontevedra  
Teléfono: 986 854 437  
www.cds.gob.es
- **Centro Médico Deyre**  
Avenida Valladolid, 71  
28003, Madrid  
Teléfono: 91 559 11 74 / 91 541 01 02 /  
91 542 01 58  
www.deyre.com
- **Clínica Camde**  
C/ Marilyn Monroe, s/n  
29004, Málaga  
Teléfono: 952 233370 / 663 216571  
www.camde.es
- **Clínica Centro**  
Avda. Ventisquero de la Condesa, 42  
28035, Madrid  
Teléfono: 91 735 5757  
www.clinicacentro.com
- **Clínica Corachán**  
Buigas, 19  
08017, Barcelona  
Teléfono: 93 254 58 00  
www.corachan.com
- **Clínica Gastaldi**  
Av. Valle de la Ballestera, 59  
46015, Valencia  
Teléfono: 963 46 24 86  
www.clinicagastaldi.com
- **Clínica Ruber**  
Juan Bravo, 49  
28006, Madrid  
Teléfono: 91 402 61 00  
www.ruber.es
- **Clínica Tecma**  
Avenida Dret de Reunió, 4  
Polígono Industrial Tisneres  
46600, Alzira (Valencia)  
Teléfono: 962 455 892  
www.clinicategma.es



# Traumatología y Medicina del Deporte

La Cirugía Ortopédica y Traumatología es la especialidad que se ocupa del estudio, el desarrollo, la conservación y el restablecimiento de la forma y función de las extremidades, la columna vertebral y sus estructuras asociadas, por medios médicos, quirúrgicos y físicos.

La Medicina del Deporte es la especialidad médica que se ocupa de investigar la influencia del ejercicio y la práctica de deporte sobre las personas sanas y enfermas, y sobre los deportistas, además de los efectos de la falta de ejercicio sobre el organismo y la mejora de la salud que implica su práctica. Ambas especialidades están íntimamente relacionadas y se funden, trabajando en estrecha colaboración con la Medicina Física y de Rehabilitación.

En los últimos años, ambas especialidades han tenido un enorme impulso gracias a los avances científicos y tecnológicos que han hecho que técnicas novedosas solucionen problemas antes impensables.

*Medical Economics* continúa su serie Centros Clínicos de Excelencia destacando algunos centros de referencia en estas especialidades en España, por sus reconocidos profesionales, su avanzada tecnología y su capacidad para solucionar los retos planteados en el campo de la traumatología y la medicina deportiva. El objetivo de esta serie no es generar ningún tipo de clasificación, sino realizar un acercamiento a aquellas clínicas que se han constituido por méritos propios en un referente en nuestro país.

## Pasado, presente y futuro

Los primeros documentos que refieren lesiones traumáticas y ortopédicas son los papiros egipcios, con una antigüedad de 2.000 años, pero no cabe duda, por restos encontrados, de que los hombres primitivos ya manejaban alguna especie de férula para reducir las fracturas e incluso se cree que realizaban amputaciones, por lo que los orígenes de la Traumatología se pierden en los albores de la humanidad. Desde tiempo inmemorial el hombre ha intentado rehabilitar a los individuos que habían perdido su condición física sana como consecuencia de enfermedades o accidentes.

Tras la caída del Imperio Romano, en la alta Edad Media, la Medicina se sume en un largo letargo y apenas existen estudios, siempre clandestinos, que escapen del oscurantismo de esta época. No ocurre así en la baja Edad Media, periodo en el que florece el saber en los monasterios, siendo los monjes los que asumen la asistencia de los enfermos en los primeros hospitales cristianos de beneficencia.

Mención especial merece la labor de transmisión de conocimientos llevada a cabo por la Medicina de la cultura árabe, que había recopilado el saber del mundo clásico y que había alcanzado un gran desarrollo en este periodo. Estos escritos van a ser, de nuevo, traducidos al latín en occidente, sentando así las bases para el posterior desarrollo de la ciencia tras la llegada del Renacimiento.

La Medicina deportiva, por el contrario, aunque tiene sus raíces en el Mundo Antiguo en China,

India y Grecia, no adquiere carta de naturaleza hasta principios del siglo XX, al comenzar a investigarse para mejorar el rendimiento de los deportistas olímpicos.

Durante el siglo XIX se produjo un gran desarrollo de la ortopedia mediante el uso de métodos terapéuticos mecánicos, y ya a final de este siglo se inicia el desarrollo de la cirugía, gracias a descubrimientos fundamentales como la asepsia, la antisepsia y la anestesia. Otro hito a destacar es el descubrimiento de los rayos X que marcará un antes y un después en la práctica médica de la época.

En las últimas décadas, la evolución de la Traumatología y la Medicina Deportiva experimenta un desarrollo constante, lo que posibilita el avance en diferentes campos; el desarrollo de la investigación biológica y biomecánica básica y aplicada, el perfeccionamiento de las técnicas reparadoras de las lesiones traumáticas, la sustitución articular por artroplastias totales, el desarrollo de la cirugía artroscópica, la introducción de nanotecnología y células madre, y la radical mejora de los materiales fruto de una intensa investigación.

La especialidad es esencialmente quirúrgica, ya que la mayoría de los pacientes con frecuencia pasan por quirófano, aunque el tratamiento incluye también una serie de cuidados postquirúrgicos fundamentales.

Es pues necesario recalcar que, por su amplitud y diversidad, necesariamente se trata de una disciplina superespecializada.

### CENTROS CLÍNICOS de EXCELENCIA

- **Fundación Kovacs**  
Pl. Valparaíso, 3  
28016, Madrid  
Teléfono: 91 3440244  
www.kovacs.org
- **Hospital Asepeyo Sant Cugat**  
Avenida Alcalde Barnils, 54-60  
08190, Sant Cugat del Vallès (Barcelona)  
Teléfono: 93 565 39 00  
www.asepeyo.es
- **Hospitales Asepeyo (Especializados en Trauma):**  
C/ Joaquín Cárdenas, 2  
28820, Coslada (Madrid)  
Teléfono: 916 735 011 / 916 736 112 / 916 276 200  
www.asepeyo.es
- **Hospital Madrid Torrelodones**  
Avda. Castillo Olivares, s/n  
28250, Torrelodones, (Madrid)  
www.hospitaldemadrid.com
- **IMEDEP Instituto de Medicina del Deporte**  
Paseo de la Petxina, 42  
46008, Valencia  
Teléfono: 96 361 30 62  
www.imedep.es
- **Imesport (Centro Médico Teknon)**  
C/ Marquesa Vilallonga, 12 despacho 4  
08017, Barcelona  
Teléfono: 93 290 64 04  
www.imesport.com
- **Instituto Universitario Usp Dexeus**  
C/ Sabino de Arana, 5-19  
08028, Barcelona  
Teléfono: 93 2274747  
www.dexeus.es
- **IQtra Medicina Avanzada**  
C/ Corazón de María, 64 Bajo  
28002, Madrid  
Teléfono: 91 510 44 00  
www.iqtra.com
- **IVRE Institut Valencia de Recuperació Esportiva**  
Plaza Bandas de Música, 5  
46013, Valencia  
Teléfono: 96 3810267/68  
www.ivre.es
- **Kirolbidea (Clínica Quirón)**  
Parque Alkolea, 7  
20012, San Sebastián (Guipúzcoa)  
Teléfono: 943 437 118  
www.quiron.es

## Hospital HM Torrelodones

TORRELODONES, MADRID

El Grupo Hospital de Madrid inaugura en 2009 una Unidad de Medicina y Traumatología Deportiva, ubicada en el Policlínico del Hospital Universitario Madrid Torrelodones, en su empeño por promover hábitos de vida saludables, como la práctica del deporte, aunándolos con el mejor y más eficaz control médico preventivo y tratamiento especializado. La Unidad está dirigida por el doctor Ángel Hernández Yáñez, especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica, colaborador de la Federación Española de Atletismo, y miembro del Comité de Ex-Atletas Olímpicos.

La unidad cuenta además con un grupo de profesionales médicos con experiencia en el tratamiento de las lesiones de deportistas de élite y pone esta experiencia a disposición del deportista *amateur*. Así, todos los aficionados al deporte tienen a su alcance los medios de diagnóstico y los tratamientos que se aplican a los deportistas profesionales en sus clubes y federaciones. Rehabilitadores, fisioterapeutas, biomecánicos, podólogos, radiólogos, traumatólogos y médicos deportivos componen el equipo de especialistas.

Como parte de su asistencia integral, la Unidad de Medicina y Traumatología Deportiva de HM Hospitales ofrece, además, reconocimientos médico-deportivos que incluyen evaluación traumatológica y cardiológica con exploración física completa, valoración nutricional integral, ecocardiograma y ergometría máxima con análisis de gases. Para todo ello, la unidad está dotada con laboratorio, sala de biomecánica, rehabilitación, fisioterapia y diagnóstico por imagen, entre otros medios técnicos.

### AMPLIACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

El pasado año ampliaron la cartera de servicios, por lo que ahora cuenta tam-



Gimnasio de rehabilitación de la Unidad de Medicina y Traumatología Deportiva, ubicada en el Policlínico del Hospital Universitario Madrid Torrelodones.

bién con una Unidad de Pilates Terapéutico que dispone de una sala específica destinada a la realización de ejercicios, tanto en suelo como con máquinas. Los beneficios de este método residen en potenciar la fuerza muscular, la elasticidad y la flexibilidad.

También incorporaron una Unidad de Rehabilitación en logofoniatría, que se encarga de detectar, diagnosticar y tratar las distintas patologías relacionadas con la comunicación, así como los trastornos de la deglución. La unidad abarca todas las áreas de la comunicación desde la perspectiva de la rehabilitación, cuyo objetivo es integrar al sujeto en su entorno, a todos los niveles, logrando una óptima funcionalidad.

Desde hace menos tiempo cuenta con una consulta de Psicología deportiva desde la que se pretende ayudar al deportista *amateur* a canalizar su energía para que disfrute más con el deporte y, de esta

forma, mejore también su rendimiento. Para ello, los tratamientos se adaptan a las características personales y de la actividad que realiza, atendiendo a sus ambiciones en este ámbito.

Próximamente, la unidad contará también con sesiones de crioterapia, útiles tanto para el tratamiento de lesiones deportivas como para la recuperación de la fatiga muscular. La utilidad del frío en estos casos no es una novedad; sin embargo, la forma en que éste se aplica ha evolucionado significativamente en los últimos años hacia métodos cada vez más sensibles, selectivos y eficaces. Se trata de un traje mediante el cual el frío se aplica de manera controlada y uniforme sobre el cuerpo, permitiendo la recuperación de la fatiga muscular, la eliminación de lactatos acumulados durante la actividad deportiva y mejorando el rendimiento del deportista.

## Clínica Cemtro

MADRID

La Clínica Cemtro es un hospital general privado cuyos principios son el trato personalizado, la excelencia y la innovación. Por su esfuerzo en investigación y tecnología, es considerado un centro de referencia en Traumatología y Ortopedia. Su equipación tecnológica de última generación, espacios modernos y funcionales, unidos a su importante actividad docente, así lo avalan. Como prueba, la Clínica Cemtro es Campus Universitario de la Universidad Católica de Murcia (UCAM) desde el año 2000, tiene acuerdos de docencia con la Escuela de Medicina Deportiva de la Universidad Complutense de Madrid, y en 2011 ha tenido a 15 médicos rotantes de Traumatología, 11 de ellos de otros países.

### TRAYECTORIA

Cemtro, con una trayectoria de casi 15 años, está presidida por el prestigioso traumatólogo Pedro Guillén García. Precisamente, los trabajos de investigación se canalizan a través de la Fundación Dr. Pedro Guillén, que

### ESPECIALIDADES

- Artroscopia de rodilla
- Implante de condrocitos
- Ligamento cruzado anterior
- Prótesis de rodilla
- *Hallux Valgus*
- Prótesis de cadera
- Túnel carpiano
- Dedo en resorte
- Artroscopia de hombro
- Artroscopia de mano
- Artroscopia de cadera



Fachada de la madrileña Clínica Cemtro, referente en la investigación, diagnóstico y tratamiento en traumatología.

### LAS CIFRAS

- En el año 2011 se realizaron 1666 artroscopias.
- Desde 1996 están realizando implantes de cartílago, con más de 400 casos en rodilla y tobillo.
- Realizan unas 1.000 intervenciones al año de ligamento anterior cruzado, mediante técnica artroscópica.
- Los excelentes resultados de la Unidad de Cadera en el tratamiento de lesiones intraarticulares con cirugía artroscópica han hecho que se pueda usar esta técnica en patologías que hasta ahora sólo se podían hacer mediante cirugía abierta.

realiza una media de 4 publicaciones internacionales al año y 10 publicaciones nacionales, en el ámbito de la medicina deportiva y la traumatología. Actualmente están trabajando en un estudio sobre viabilidad de condrocitos en osteocondritis disecante y cuerpos libres articulares en la práctica habitual. El servicio de Traumatología es una institución dentro de la especialidad, contando con tecnología del más alto nivel, profesionales reconocidos y con larga experiencia, unidad de cuidados intensivos y urgencias traumatológicas

24 horas, y formación continua de sus profesionales.

Los tratamientos de Clínica Cemtro presentan además el valor añadido de contar con las pruebas diagnósticas más avanzadas, que permiten predecir de forma preoperatoria las diferentes opciones de intervención. El equipo que realiza la valoración preoperatoria es el mismo que el que realiza la intervención y el posterior seguimiento, incluyendo recomendaciones de rehabilitación personalizadas. Además, en caso de no ser necesaria la cirugía disponen de terapias de tratamiento conservador.

## Fundación Kovacs

MADRID

Desde su constitución en 1986, la Fundación Kovacs ha tenido como objetivo colaborar con el Sistema Nacional de Salud realizando la investigación científica necesaria para mejorar la efectividad de la asistencia sanitaria y la eficiencia de los recursos públicos. Sus principales áreas de trabajo son la investigación médica, la asistencia sanitaria y la promoción de la salud pública.

En **investigación médica** es la principal entidad investigadora española en el campo de las dolencias del cuello y la espalda. Representa el 90,5% de la inversión española en la investigación en ese campo, y el 100% de ella ha sido productiva. Sus estudios se han publicado en las principales revistas científicas internacionales, y varios han dado lugar a resultados que ya se están aplicando con éxito en la práctica.

En **asistencia sanitaria** ha implantado un modelo asistencial en el que la práctica clínica está estrictamente basada en el conocimiento científico, y se recaban los datos necesarios para analizar constantemente sus resultados. Desde 1992 ha atendido a más de 170.000 pacientes, de los que más de 15.000 han sido remitidos desde 2004 por el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a **promoción de la salud pública**, sus programas han beneficiado a más de 110 millones de personas de más de 100 países. Entre los principales, destacan:

- Guías de práctica clínica basadas en el conocimiento científico, y programas de formación médica continuada y de educación sanitaria para la población general, aplicados a través de la Web de la Espalda ([www.espalda.org](http://www.espalda.org)).
- Campañas de prevención de las dolencias de la espalda entre los escolares y otros colectivos.



El doctor Kovacs en su Fundación. Foto: Adriana Maskarova.

- Programas destinados a mejorar el proceso de evaluación e implantación de las nuevas tecnologías sanitarias en la práctica clínica ([www.adopcioninnovacionessanitarias.es](http://www.adopcioninnovacionessanitarias.es))

### ESTUDIOS CIENTÍFICOS

Los estudios científicos de la Fundación Kovacs han sido publicados en las principales revistas científicas internacionales, y sus resultados ya se aplican con éxito en la práctica clínica rutinaria.

Los más conocidos son los relativos al desarrollo y evaluación de distintos tratamientos, como: la “intervención neuroreflejo-terapia”, que ha demostrado

científicamente ser eficaz y segura, mejorar hasta un 800% la efectividad del tratamiento habitual en el Sistema Nacional de Salud y hasta un 2.200% la eficiencia de los recursos públicos, y generar un ahorro neto anual de 3 millones de euros por cada millón de habitantes cubierto.

De hecho, la intervención neuroreflejo-terapia es el único tratamiento para esas dolencias desarrollado en España que es recomendado por las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y las revisiones científicas internacionales independientes (como la de la Colaboración Cochrane o las “guías de práctica clínica de base científica”).



Cuando el caos de recepción amenazó el éxito de la consulta de la que es director, el Dr. Vaibhav A. Parekh inició la búsqueda de una solución.

# A mí, ¡que me registren!

REALIZAR EL REGISTRO DE SALIDA EN LA SALA DE RECONOCIMIENTO CONTRIBUYE A LA COMODIDAD Y PRIVACIDAD DEL PACIENTE

[ Por el Dr. **VAIBHAV A. PAREKH** | Fotos de **JONATHAN HANSON** ]

**DESCRIPCIÓN DEL DESAFÍO:** nuestra consulta de Atención Primaria está formada por tres médicos, un enfermero, un gerente, dos o tres auxiliares médicos, una secretaria de recepción y un telefonista.

La consulta rebosa actividad como cualquier otra, algunos días más y algunos días menos. Al igual que ocurre con

otras consultas que intentan aclimatarse a las nuevas realidades económicas, trabajar con poco personal es una forma de vida aceptada en la nuestra. Todos los días surgen nuevas oportunidades de mejorar las cosas, pero nuestro desafío consiste en mejorar la consulta con los recursos que tenemos. Es como un puzzle: no podemos conseguir más piezas, y debemos hacer que todas las piezas encajen para que el producto final esté en perfecta armonía.

Hace unos meses, cuando caminaba por el pasillo de la consulta hacia recepción, percibí que la atmósfera allí parecía caótica. El caos era consecuencia de las largas colas de pacientes y familiares, que esperaban turno para hablar con la secretaria.

Nuestra consulta no era más caótica que cualquier otra en la que hubiera estado antes, y el personal hacía todo lo posible. No

obstante, la situación era el caldo de cultivo perfecto para la insatisfacción del paciente.

Nuestros retos:

- Definir el caos.
- Identificar las características claves de calidad que deberían abordarse mejorando el proceso actual.
- Identificar la variable clave del proceso que tendría el mayor efecto sobre la mejora de la experiencia del paciente.

**SOLUCIÓN:** presentamos la situación respondiendo a las preguntas tradicionales de quién, qué, dónde, por qué y cómo en relación con los problemas planteados.

El «dónde», por supuesto, era nuestra consulta. El «quién» y el «qué» hacían referencia a nuestros pacientes (reales y virtuales, es decir, a través del teléfono) que necesitaban atención. El «cómo» y el «por qué» resultaban de la interacción aleatoria del «quién» y el «qué».

Los cuatro elementos claves que definían el caos:

- pacientes con cita previa que intentaban ingresar y presentar sus copagos;
- pacientes ya atendidos que intentaban salir pero antes necesitaban pedir citas de seguimiento y derivaciones para análisis de sangre, diagnóstico por imágenes o consultas;
- pacientes que llegaban con solicitudes relacionadas con renovación de recetas, derivaciones o formularios; y
- el teléfono, que no paraba de sonar y se respondía al mismo tiempo que se atendía a los pacientes.

Orientados por los procedimientos del libro *Measuring Quality Improvement in Healthcare: A Guide to Statistical Process Control Applications*, de los Dres. Raymond G. Carey y Robert C. Lloyd, determinamos que la característica clave de calidad que queríamos abordar era las molestias causadas a los pacientes. Otra característica

de calidad sobre la que queríamos influir era la privacidad del paciente (por ejemplo, cuando un paciente debe revelar en recepción y en presencia de otros pacientes que ha estado yendo al psiquiatra o que ha visitado a un especialista en enfermedades infecciosas) y el descontento del personal de recepción.

Nuestro mayor desafío fue identificar la variable clave del proceso.

Empezamos nuestra búsqueda de una solución trazando un mapa de todo el proceso, desde que el paciente llega a la consulta hasta que sale (véase la figura 1).

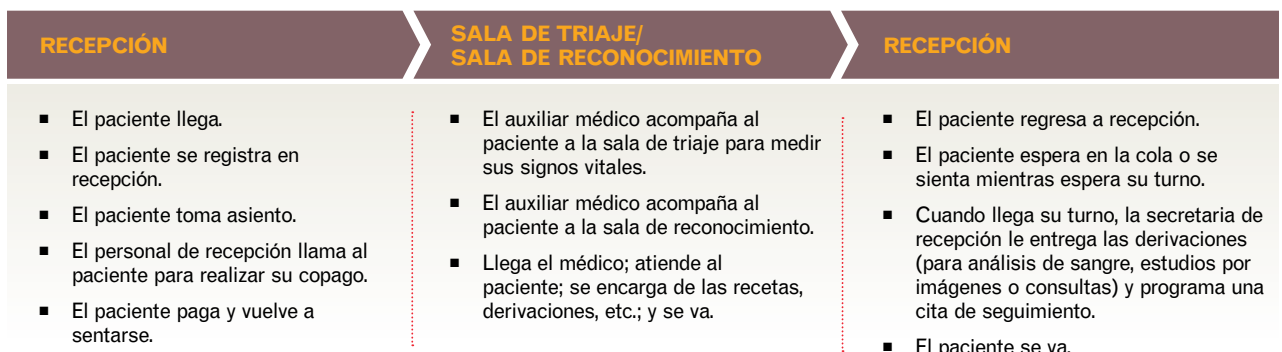
Al analizar este proceso, vimos claramente que el personal de recepción estaba sobrecargado de trabajo. Se ocupaban de varias cosas a la vez, abordando los cuatro elementos antes mencionados lo mejor que podían. Nuestro sistema estaba destinado a hacernos fracasar en nuestra misión de proporcionar un servicio excepcional a nuestros pacientes. Para tener éxito en esta misión, debíamos reasignar algunas de las responsabilidades de las que se ocupaba el personal de recepción.

Una solución potencial (variable clave del proceso) fue alejar de recepción la función de registro de salida de los pacientes y fusionarla con los procesos de la sala de reconocimiento. En otras palabras, el registro de salida de los pacientes se realizaría directamente en la sala de reconocimiento en lugar de hacerles volver a recepción para ello.

Con la aprobación de los interesados (personal de recepción, proveedores de nivel intermedio, el gerente y los médicos) en una reunión, acordamos intentar el proceso revisado (véase la figura 2). Era vital contar con la participación de todos los interesados. Por suerte, todos los miembros del personal se mostraron muy dispuestos a poner en práctica el nuevo proceso.

Para llevar a cabo este cambio en el proceso desde un punto de vista técnico, tuvimos que instalar en los ordenadores de todas las salas de reconocimiento el programa que permite a los auxiliares médicos programar

**FIGURA 1 FLUJO DE PACIENTES ANTERIOR**



las citas de seguimiento. Hacerlo nos llevó menos de una hora; solo tuvimos que llamar a nuestro proveedor. También equipamos todas las salas de reconocimiento con una pequeña impresora para poder imprimir las derivaciones.

Durante un par de días, pusimos en marcha un programa piloto con un médico y el auxiliar con el que trabajaba. Agradecemos que las cosas salieran según lo planificado. La semana siguiente implementamos el nuevo sistema en toda la consulta.

Unas semanas después, realizamos una sencilla encuesta con algunos pacientes elegidos al azar para conocer sus opiniones sobre el nuevo proceso de registro de salida. Los resultados fueron extremadamente satisfactorios para nosotros (véase la figura 3). Un número considerable de pacientes respondió que el nuevo sistema le parecía «bueno» o «impresionante» comparado con el sistema anterior.

**RESULTADO:** ya llevamos cuatro meses con el nuevo sistema de registro de salida, y su introducción ha sido un cambio que a todos gusta. Realizar el registro de salida de los pacientes directamente en la sala de reconocimiento es ahora la norma. Es algo único, y nos encanta. Además de haber eliminado muchas de las molestias que incomodaban a los pacientes (característica clave de calidad) durante el registro de salida, proporcionamos una experiencia de salida más relajada y una mayor satisfacción para el personal de recepción, médicos y proveedores de nivel intermedio.

**LECCIONES APRENDIDAS:** aunque todo el mundo valora nuestro nuevo sistema de registro de salida, dista mucho de ser perfecto. Los médicos han identificado una oportunidad de mejora: comunicarse con los auxiliares cuando un paciente está preparado para abandonar la consulta. Después de que los médicos han atendido al paciente, deben encontrar al auxiliar para informarle de



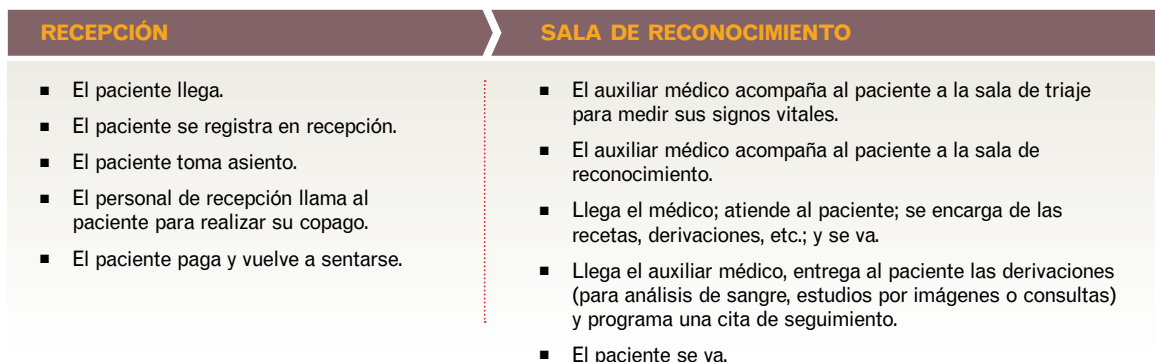
Hacer partícipes a los empleados fue crucial para el éxito del nuevo sistema, según el Dr. Parekh, cuarto por la izquierda, fotografiado con algunos de sus empleados.

que el paciente está preparado para realizar el registro de salida. En un momento dado, un auxiliar puede estar en recepción ayudando con los registros de entrada, en la sala de triaje midiendo los signos vitales de un paciente o atendiendo a un paciente por teléfono, por lo que encontrar a un auxiliar puede llevar bastante tiempo. Estamos trabajando para encontrar una solución eficaz a este problema de comunicación.

Algunos consejos básicos para identificar y resolver los desafíos de su consulta:

- **Presente o formule el desafío de forma que todos los interesados puedan comprenderlo.** Una vez que los miembros del personal aceptan la visión, abordar el problema pasa a ser un esfuerzo de equipo, y todo el mundo juega un papel para conseguir el éxito.

### FIGURA 2 NUEVO FLUJO DE PACIENTES



**FIGURA 3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA ALEATORIA A PACIENTES**

Resultado	Sistema previo Registro de salida en recepción.	Sistema nuevo Registro de salida en sala de reconocimiento
Muy incómodo	2	0
Regular	8	0
Indiferente	1	1
Bueno	10	13
Impresionante	7	22

- **Invierta tiempo en trazar el mapa del proceso.**  
Hacerlo puede resultar engorroso al principio, pero a medida que el proceso se divide en diferentes pasos descubrirá asombrado que un proceso aparentemente sencillo puede ser en realidad complejo.
- **Consiga la participación de todo el personal.**  
Identificar la variable clave que puede surtir el máximo efecto en la mejora de la calidad de los cuidados (y que puede implementarse) puede ser todo un desafío. La participación del personal es vital.
- **Ponga a prueba su solución con un programa piloto** antes de implementarla en toda la consulta.
- **Realice algunas sencillas mediciones estadísticas,** cuando la solución ya esté implantada en la consulta, para determinar si la acción tiene el efecto deseado. Las mediciones resultantes proporcionarán la respuesta a si ha identificado correctamente la variable clave del proceso.
- **Siga retocando el proceso hasta que sea perfecto.** Y luego busque más oportunidades.

---

*El autor es director de Harbor Primary Care, Harbor Hospital, Baltimore, Maryland. Envíe sus comentarios a [medec@advanstar.com](mailto:medec@advanstar.com).*



Todo el poder del mar,  
ahora contra el cáncer

# Mis pacientes favoritos son los drogadictos

[ Por JANA BURSON, MD ]

En la facultad de medicina me enseñaron muy poco sobre drogadicción y alcoholismo y sus tratamientos, y en la residencia aprendí incluso menos. Cuando terminé mi residencia de medicina interna hace 19 años, estaba muy preparada en la gestión del síndrome de abstinencia grave, la hemorragia gastrointestinal grave secundaria a gastritis alcohólica y la cobertura antibiótica de la endocarditis en heroínómanos. Pero era incapaz de decirle a ninguno de estos pacientes cómo recuperarse de la causa subyacente real de sus problemas. Solo podía tratar las secuelas, y no siempre salía demasiado airoso.

Los adictos son la causa de sus propias miserias, pensaba. Y como aquellos eran los años de la presidencia de Reagan, deberían “decir no” si alguien les ofrecía drogas. Mi actitud era un reflejo de las de los médicos coadjuntos de mi programa de residencia. Cuando un adicto era ingresado por endocarditis dos veces, necesitando una válvula artificial la primera vez, y su sustitución por reinfección la segunda, yo sentía el mismo enfado que el médico tratante y el resto del equipo. Recuerdo discutir si podíamos, dentro de la ética, denegar el tratamiento si volvía una tercera vez. Nos creíamos tan superiores, aunque le habíamos ofrecido más bien poco en lo que a tratamiento contra su enfermedad se refiere.

No sabía nada de los tratamientos asistidos por fármacos contra la adicción a opioides. Ahora sé mucho más.

## NUEVO TRABAJO, NUEVA REVELACIÓN

Trabajaba a media jornada en la Atención Primaria cuando un colega, el director médico de un centro local de tratamiento farmacológico, me preguntó si podía trabajar para él unos pocos días mientras él estaba fuera de la ciudad. Era un buen amigo, así que acepté. Pensé que sería dinero fácil, y divertido, ocupándome de los antecedentes de hospitalizaciones y los reconocimientos físicos de los adictos que ingresaban en el programa residencial para pacientes hospitalizados. Y tenía razón.

Pero también atendí a pacientes que ingresaban en el programa de metadona de la clínica. Eso me horrorizó. Parecía sórdido y turbio, un campo marginal de la medicina. Me dije que trabajaría esos pocos días, le diría

educadamente a mi amigo a su regreso que no “creía en la metadona”, como si se tratara de un unicornio, y que no podría trabajar allí de nuevo.

Pero cuando hablé con esos pacientes, me sorprendieron. Algunos eran adictos a la heroína intravenosa, pero la gran mayoría eran adictos a pastillas analgésicas como oxicodona, diferentes formas de hidrocodona, y morfina. La mayoría tenía trabajo y familia, y manifestaba un deseo abrumador de liberarse de su adicción. Lo que más me intrigaba era la forma en la que hablaban sobre el tratamiento con metadona, cómo “me devolvió mi vida” y ahora “ya no pienso en consumir drogas todo el tiempo.” Pero con la metadona, ¿acaso no seguían consumiendo una droga?

Mi curiosidad había despertado, y empecé a leer todo lo que encontraba sobre la metadona. Descubrí que el

tratamiento de la adicción a opioides con metadona es empírico, con 40 años de datos sólidos que demuestran su eficacia. Entonces, ¿por qué nunca había oído hablar de él? Podría haber remi-

tido a muchos adictos a la heroína intravenosa a un tratamiento eficaz contra su adicción durante mi residencia.

Dada la farmacología única de la metadona, bloquea los síntomas físicos de la abstinencia de los opioides durante más de 24 horas en la mayoría de los pacientes, y bloquea la euforia de los opioides ilegales. Con la dosis adecuada, los pacientes no deberían quedar sedados ni sentir los síntomas de la abstinencia, y son capaces de funcionar con normalidad, trabajando y conduciendo sin dificultad. Por tanto, el mantenimiento con metadona no es “como dar *whisky* a un alcohólico”, como algunas personas mal informadas, como yo, han afirmado.

Durante los ocho años siguientes, trabajé felizmente a media jornada con mi amigo en el centro de tratamiento, y vi cómo los pacientes con metadona mejoran espectacularmente. Entonces empecé a oír hablar sobre un segundo fármaco para tratar la adicción a los opioides llamado buprenorfina. Funciona de manera parecida a la metadona. Es un opioide de acción prolongada, puede dosificarse una vez al día, y la dosis adecuada elimina los síntomas de abstinencia sin deterioro. Como ventaja

**“LOS ADICTOS HAN SIDO LOS PACIENTES MÁS AGRADECIDOS QUE ME HE ENCONTRADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, Y SUELEN MEJORAR MUCHO”**

añadida, puede recetarse a través de una consulta médica (véase el recuadro).

La buprenorfina, un agonista parcial de los opioides, es un opioide más suave, y sus efectos tienen un límite, por lo que para muchos pacientes es más seguro y una mejor elección que la metadona. Es especialmente bueno para los adictos con periodos de adicción relativamente breves y vidas bastante estables. Puesto que se trata de un opioide más suave, es relativamente más fácil disminuir su dosis, en caso de ser apropiado.

Empecé a recetar buprenorfina desde una consulta privada. Me di cuenta de que los perfiles demográficos de los pacientes de la consulta eran diferentes a los de la clínica de tratamiento con metadona. Por desgracia, la buprenorfina es cara, a un mínimo de seis dólares por comprimido de 8 mg, y algunos pacientes necesitaban hasta cuatro comprimidos al día. Era obvio que solo las personas con medios económicos o con tipos concretos de seguros médicos podían permitirse la visita a la consulta, la medicación, pruebas de detección de drogas o de laboratorio y asesoramiento individual. En las clínicas que utilizan metadona, gran parte de los pacientes se pagan el tratamiento, pudiendo pagar día a día, normalmente unos 10 o 15 dólares por visita. Todos los servicios entran en el mismo cargo diario.

### GENTE CONOCIDA

Los adictos a los opioides que conocí en la clínica que utilizaba metadona y en una consulta privada resultaron no ser como yo esperaba. La gran mayoría eran personas normales y agradables, con trabajo y familia. Son nuestros peluqueros, los que nos atienden en el supermercado, los que trabajan en nuestras calderas. Se sientan a nuestro lado en el cine, y detrás en la iglesia. Puesto que se han vuelto tolerantes a los efectos sedantes de los opioides, no parecen afectados; pueden funcionar con normalidad, siempre que tengan su dosis de opioides.

Si están en abstinencia, sin fuente de opioides, se sentirán enfermos. Algunas personas comparan la abstinencia de opioides con la gripe, pero no es lo mismo. Es como tener gripe... y que entonces te atropelle un camión. La mayor parte de los adictos en abstinencia de opioides no son capaces de trabajar por los fuertes dolores musculares, náuseas, vómitos y diarrea que padecen.

Ahora sabemos que la adicción es en realidad una enfermedad crónica, bastante similar al asma y la diabetes. Al igual que esas enfermedades, hay componentes conductuales que pueden empeorarla, y también factores genéticos y personales que pueden poner a algunos pacientes en mayor riesgo.

Muchas personas, incluso médicos, todavía se oponen al uso de tratamientos asistidos por fármacos, argumentando que "se trata de intercambiar una droga por otra." En realidad, se trata de intercambiar una adicción activa

## Cambiar la opinión sobre el tratamiento con opioides

En 2000, la Ley de Tratamiento contra la Drogadicción permitió a los médicos, por primera vez desde hacía unos 80 años, recetar opioides expresamente aprobados de las listas III, IV o V para tratar a personas con adicción a los opioides. Poco después, la Administración para el Control de Alimentos y Fármacos de EE. UU. aprobó la buprenorfina para el tratamiento de la adicción a opioides, y el fármaco está disponible desde 2003. Para recetar buprenorfina, un médico debe asistir a un curso de formación de 8 horas de duración, solicitar un número "X" concreto a la Agencia para el Control de Drogas y avisar al Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias sobre su intención de recetar. Los médicos que recetan buprenorfina deben tener la capacidad de remitir a sus pacientes a programas de asesoramiento necesarios para recuperarse de una adicción.

por fármacos, recetados responsable y adecuadamente. La recuperación de la adicción a fármacos es lo ideal. Pero la buprenorfina y la metadona funcionan para muchos adictos a los opioides que no pueden o no irán a ningún programa de tratamiento para pacientes hospitalizados. La desintoxicación solamente, normalmente entre cinco y siete días, revela índices de recaída de hasta el 96 por ciento.

Para la mayoría de pacientes, la gran pregunta es "¿cuánto tardaré en librarme de esta adicción?" Gran parte expresa deseos de ser completamente libre lo antes posible, pero yo intento que entren en un programa de recuperación de algún tipo para que reciban asesoramiento primero. Puede ser a través de un programa intensivo para pacientes ambulatorios en un centro de tratamiento, con un terapeuta individual o bien con una recuperación en 12 fases.

Algunos pacientes, sobre todo los adictos a opioides con dolor crónico, prefieren seguir en tratamiento con buprenorfina de forma indefinida como el tratamiento más seguro contra ambos problemas, y estos pacientes también parecen obtener buenos resultados.

En cuanto a mí, tengo pensado seguir tratando a adictos de todo tipo. Han sido de los pacientes más agradecidos que me he encontrado en la Atención Primaria, y suelen mejorar mucho. Cuando veo que un rostro antes cubierto por la vergüenza recobra la paz, me invade un sentimiento inigualable de realización. Son momentos que me siento honrada de presenciar.



Jana Burson es internista especializada en recuperación de adicciones en Charlotte, Carolina del Norte. Envíe sus comentarios a [medeconomics@spaeditores.com](mailto:medeconomics@spaeditores.com)



Por C. INMACULADA SÁNCHEZ MARTÍN

## Liderazgo enfermero en la cronicidad. La propuesta de Osakidetza

Hablar de liderazgo no suele ser tarea fácil, aun cuando el término está presente en todos los órdenes: el político, el social y el empresarial, por citar algunos, y sumando todos ellos, podemos comprobar que está muy presente en el mundo sanitario.

Para la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (A.N.D.E.), el liderazgo constituye uno de los pilares básicos, considerándolo esencial para el proceso de la Gestión Clínica de los Cuidados (1).

Una de las características que debe estar presente en la política sanitaria es la promulgación de estrategias en el ámbito de la salud. Desde el inicio de la presente legislatura, en el País Vasco han ocurrido cambios en la política de salud: el consejero Bengoa definió la estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, que se publicó en una edición de 2010. Iniciaba el preámbulo de dicha publicación dejando claro que “Los enfermos crónicos no están en el radar del sistema de salud. Esto es así porque desde hace décadas el sistema se ha construido con una lógica de rescate, de salvar vidas y por ello está centrado en las enfermedades agudas. Ante el avance de las enfermedades crónicas es necesario complementar ese sistema con uno que razone tanto en términos de cuidar como de curar, uno que ofrezca continuidad de cuidados a lo largo de una vida, con el potencial añadido

de prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir costes” (2).

La tendencia al envejecimiento progresivo de la población y los estilos de vida (sedentarismo, obesidad, comportamiento alimentario inadecuado...), entre otros factores, son las principales causas del incremento que se está produciendo de enfermedades crónicas.

En la estrategia para afrontar la cronicidad en Euskadi se propone qué hacer y cómo lograrlo. Para ello se definen 14 proyectos que pretenden dar un nuevo enfoque a la forma en que se presta la asistencia. Podríamos decir que plantea un nuevo paradigma en la atención a la cronicidad.

En palabras de Bengoa, lo que se propone en la estrategia es “un progreso organizado tirando de múltiples poleas de cambio”. Plantea la necesidad de educar a los pacientes crónicos sobre cómo gestionar su enfermedad en un marco de integración de los cuidados entre los diferentes niveles de atención (primaria y hospitalaria) y los servicios sociales, para que el Servicio vasco de Salud afronte el reto más importante: “organizar un sistema de salud digno para los enfermos crónicos...” (2).

Osakidetza ha hecho suya esta estrategia y ha impulsado las cinco políticas en ella incluidas, que enumero a continuación (2), y que se desarrollan por medio de 14 proyectos:

- **Política I-** Enfoque de salud poblacional estratificado.

- **Política II-** Promoción de la salud y prevención de enfermedades crónicas.
- **Política III-** Responsabilidad y autonomía del paciente.
- **Política IV-** Continuo asistencial para el enfermo crónico.
- **Política V-** Intervenciones eficientes adaptadas a las necesidades del paciente.

En Euskadi, tenemos un reto especial con el abordaje de la *cronicidad*. Sabemos que en los modelos de otros países basados en la atención a crónicos, la intervención de los profesionales enfermeros es clave para su abordaje, y en Euskadi también está siendo así. Para trabajar en la atención a pacientes crónicos es necesaria la intervención enfermera, como agente de salud integrado en equipos multidisciplinares, y estos equipos deben ir más allá del abordaje de las patologías para dar respuesta a las necesidades de salud individuales (4).

En la sanidad vasca, las enfermeras lideran algunos de los proyectos estratégicos o participan activamente trabajando en su desarrollo y despliegue. Citaré el desarrollo (5) de algunos de ellos:

- En prevención y promoción de la salud: el **Proyecto D-Plan** está siendo liderado por una enfermera, es un programa de prevención de la diabetes tipo 2 (DM2) en la práctica clínica. Tras identificar individuos de alto riesgo para el desarrollo de DM2, se realiza una intervención

# ANDE

Asociación Nacional de  
Directivos de Enfermería

educativa intensiva y continuada de hábitos saludables (actividad física y alimentación). En el año 2011 se han identificado 752 candidatos de alto riesgo que pueden desarrollar DM 2. Para el 2013 se pretende actuar sobre 2.500 personas.

- **Proyecto Paciente Activo:** dicho proyecto tiene como propósito capacitar a pacientes crónicos para la autogestión de su enfermedad. Una enfermera lidera este proyecto, en el que ya se ha formado a 556 pacientes. La peculiaridad de este método (basado en la metodología de la Universidad de Stanford) consiste en que los pacientes son formados por personas que padecen la misma enfermedad. En el año 2011 se han formado en autogestión de su salud 463 pacientes y para 2012 se pretende alcanzar la cifra de 1.500 pacientes activados en la comunidad.
- **Proyecto de Historia Clínica Unificada:** las enfermeras participan en el desarrollo del proyecto Historia Clínica Unificada, y dentro de este proyecto en el **aplicativo NAIA**, para la **Gestión de Planes de Cuidados**, donde trabajan en su desarrollo un número importante de enfermeras, integrando a todos los niveles de la red sanitaria.
- En el **Proyecto de Atención Clínica Integrada**, con Planes de Intervención Poblacional, que con un enfoque basado en el modelo Kaiser Permanente (3), entre otros, orientan a las organizaciones para actuar en pacientes pluripatológicos (mediante **gestión de casos**) o abordando la gestión por patologías en pacientes de alto riesgo. Una parte de este proyecto

se apoya en el Proyecto de Competencias Avanzadas de Enfermería.

- En el Proyecto de **Competencias Avanzadas de Enfermería**, enfocadas a la atención a la cronicidad: Se han desarrollado tres nuevas figuras: enfermera gestora de enlace hospitalario (EGEH), enfermera gestora de continuidad (EGC) y enfermera gestora de competencias avanzadas (EGCA). Este proyecto, que ha iniciado su despliegue en 2012, se ha diseñado a partir de **8 experiencias piloto** con la participación de **24 enfermeras**. En estas experiencias se ha intervenido **sobre 850 pacientes**.
- El proyecto **OSAREAN**: es un modelo de relación y servicio a distancia "**no presencial**", **centrado en las necesidades de pacientes y ciudadanos**. Cuenta con 19 enfermeras y ofrece consejo sanitario y seguimiento de pacientes las 24 h y los 365 días del año. Este equipo resuelve consultas no presenciales sobre problemas de salud, habiendo llegado en febrero a más de 12.500 llamadas atendidas. En **consejo sanitario telefónico**, se atiende unas 6.000 consultas/mes, con un índice de resolución del más del 85%.

## RELEVANCIA ENFERMERA

Estos proyectos permiten a las enfermeras de Osakidetza la oportunidad de ejercer el liderazgo en los diferentes ámbitos en los que desarrollan su función. Es una oportunidad estratégica que ninguna enfermera debe pasar por alto. El beneficio de este liderazgo podrá ser:

- Para el paciente, porque se le dará una mejor atención y de mayor calidad.
- Para los equipos de trabajo, que contarán con enfermeras competentes, altamente implicadas en los equipos multidisciplinares.
- Para la gestión clínica de los cuidados, que permitirá desarrollar modelos organizativos de cuidados más eficientes.
- Para los ciudadanos, por su mejor y mayor contribución al cuidado de la salud.
- Para la profesión enfermera, al contribuir a su desarrollo y generar nuevo conocimiento que facilite la investigación en cuidados.

### Para más información

1. Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, "Gestión Clínica de los Cuidados de Enfermería".
2. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi". Julio de 2010. <http://cronicidad.euskadi.net>
3. Bengoa R, Nuño R, "Curar y cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar". Elsevier Masson 2008.
4. Sánchez I, Larren M, Rubio J, Gallego E, Fernández C, Torremocha S, "La necesidad de cuidados enfermeros en la atención domiciliaria a personas mayores". Colegio Oficial de Enfermería de Gipuzkoa. Julio-2005.
5. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. "Compartiendo el Avance de la Estrategia de Cronicidad. Evolución de los proyectos 2010-2012".

Sección patrocinada por:





Por **MARCIAL GARCÍA ROJO**

## Aplicaciones para iPad y Android

Las aplicaciones informáticas para tabletas se basan en una programación específica, adaptada al sistema operativo correspondiente, lo que les permite más y mejores funcionalidades que las disponibles en la web. Dada la popularidad que están adquiriendo estas herramientas, se han ido creando nuevas plataformas que centralizan su distribución y su comercialización, lo cual tiene la ventaja de poder controlar la seguridad y la calidad de estas aplicaciones.

Google Play es el canal de distribución de aplicaciones Android, que sigue un modelo similar al iTunes App Store de Apple. Los fabricantes de dispositivos, como Samsung, también tienen su propio canal de distribución, como Samsung Apps, aunque con una oferta limitada a aplicaciones destinadas al público general.

Google Play incluye 103 aplicaciones de pago para medicina, algunas de ellas dirigidas a usuarios no profesionales. En Apple iTunes App Store la oferta es mayor y sólo en la sección "popular apps" ya hay 240 aplicaciones para medicina, tanto para profesionales como para el público general. Utilizando la aplicación iTunes desde el ordenador es más fácil localizar aplicaciones para medicina que navegando por la página web, pues permite filtrarlas por popularidad, fecha de lanzamiento y nombre, así como separar las aplicaciones gratuitas (4.436 aplicaciones) de las de pago (5.085 aplicaciones), incluyendo las soluciones dirigidas a iPhone y a iPad.

En total, hasta la fecha, hay 480 aplicaciones gratuitas para medicina en Google Play, algunas son textos sobre salud o utili-

dades dirigidas a usuarios no profesionales, como recomendaciones sobre el acné, información sobre ortodoncia, guardar datos de análisis clínicos, etc. Pero la gran mayoría de estas aplicaciones van dirigidas a los profesionales (guías clínicas, visores de imágenes DICOM, calculadoras para profesionales).

Las aplicaciones que más ingresos generan en iTunes, como iMedimecum, Cardio3 Atlas of Interventional Cardiology o Vademécum, tienen un coste de unos 25 a 35 euros y, en la lista de los más vendidos, les siguen de cerca aplicaciones cuyo coste es incluso inferior a los 5 euros. En general, el precio de cada aplicación para tabletas oscila entre los 0,69 euros de aplicaciones con textos generales sobre medicina o herramientas básicas, o los 41,36 euros del

personal para archivos PDF), QxMD Calculate (calculadora médica), Med-Page Today (noticias médicas), Standard Dictations (plantillas de textos de historia clínica para médicos residentes), PubMed Mobile (bibliografía médica), Ob (Pregnancy) Wheel (cuidados obstétricos), Eponyms (epónimos más populares) y Speed Anatomy (anatomía básica).

Al instalar una aplicación conviene distinguir entre la versión completa (que suele incluir como opción poder descargarla y trabajar con ella durante 15 a 90 días) y la versión gratuita, con algunas funcionalidades limitadas, como no poder guardar las búsquedas realizadas, pero de gran utilidad y sin tiempo límite para su utilización.

Sería recomendable que estas plataformas, como Google Play o Apple iTunes,

### SÓLO EN iTunes App STORE HAY 240 "POPULAR APPS" EN MEDICINA

Manual de Medicina de Harrison en inglés, hasta los 75,38 euros de Yao & Artusio's Anesthesiology.

Entre las aplicaciones médicas gratuitas más recomendables para dispositivos móviles, destacan aplicaciones ya conocidas para el mundo de las PDA, como Medscape (incluye texto de referencia médica, guías clínicas y vademécum, e incluye vídeos de algunos procedimientos), Micromedex, RxDrugs o Epocrates (vademécum y guías farmacológicas), Skyscape (plataforma global de contenidos para dispositivos móviles), Evernote (organiza-

indicasen mejor la audiencia a que va dirigida cada aplicación (profesional o general). Por ejemplo, en la aplicación gratuita Operatives Outlines Lite, en la que se describen 75 intervenciones frecuentemente realizadas por los cirujanos generales o en aplicaciones para codificación de enfermedades mediante CIE-10 o SNOMED CT, se clasifican sus contenidos como "Nivel de madurez bajo" o "Para todos los públicos". Es decir, en estas plataformas el criterio principal es la edad del usuario y no el perfil profesional del mismo.

\* Jefe de Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud. E-mail: marcial@cim.es



Sybase Match Play Championship

## Victoria histórica de Azahara Muñoz

*La malagueña, tras una brillante remontada, se impuso a la taiwanesa Candie Kung.*

**A**zahara Muñoz se ha convertido en la tercera española en ganar un torneo en el Circuito Estadounidense Femenino (LPGA) tras imponerse en el prestigioso Sybase Match Play Championship, en el que ha ido eliminando rivales hasta vencer con una brillante remontada a la taiwanesa Candie Kung.

Muñoz fue sorteando rivales de gran nivel desde la primera jornada hasta plantarse en una última manga que le deparó una semifinal dura ante la norteamericana Morgan Pressel (2/1), que en el hoyo 12 marchaba dos golpes arriba. Tres *birdies* de la andaluza en los tres últimos hoyos obraron una remontada sensacional.

En la final esperaba Candie Kung, la verdugo en tercera ronda de su compatriota Yani Tseng, la gran favorita. La taiwanesa aguantó una exigua ventaja durante la primera vuelta, pero en el *back nine* Azahara Muñoz dio un vuelco al partido. Se adjudicó los hoyos 11, 12 y 16, y dejó sin efecto el intento de reacción de la golfista oriental.

La malagueña accedió a las semifinales tras eliminar sucesivamente a las australianas Lindsey Wright (4/3) y Karrie Webb (2/1), a la estadounidense Stacy Lewis (5/4) y a la inglesa Jodi Ewart (2/1). Menos suerte tuvieron Beatriz Recari y Belén Mozo, que perdieron su primer compromiso y abandonaron este torneo, que ha reunido a las mejores golfistas del mundo.



**Con esta victoria, Azahara Muñoz se convierte en la tercera española en ganar en Estados Unidos.**

Con este triunfo, Azahara Muñoz ha hecho historia al convertirse en la tercera española en vencer en el LPGA tras Marta Figueras-Dotti y Beatriz Recari. Esta misma temporada la andaluza ya había rondado la victoria, con un segundo y un cuarto puesto en las últimas semanas. Además, sus números la han colocado ya entre las 20 mejores jugadoras del mundo en el ránking mundial, después de subir con su victoria en el Sybase Match Play ocho puestos hasta el número 19.

En esa privilegiada lista, Azahara es la segunda europea, por detrás de la noruega número tres del mundo, Suzann Pettersen, en una lista repleta de jugadoras asiáticas y algunas estadounidenses. Sigue liderando el ránking y con claridad la taiwanesa Yani Tseng, seguida de la coreana NaYeon Choi, y de la noruega Pettersen.

“Espero –aseguraba Azahara– que este torneo no cambie mi vida. Voy a seguir jugando de la misma manera, intentando mejorar, y con una agenda de locos en los próximos días”.

El resultado conseguido por la malagueña Azahara Muñoz culmina un fin de semana intenso, en lo que se refiere a la participación española en los diferentes circuitos profesionales, con buenas actuaciones de Rafael Cabrera-Bello en el Volvo World Match Play de Finca Cortesín, perteneciente al Circuito Europeo Masculino (European Tour), y de la amateur Clara Baena, vencedora en el Banesto Tour del CNG.

## Colsaerts gana el Volvo World Match Play Championship

**N**icolás Colsaerts se ha impuesto en la Final del Volvo World Match Play Championship a Graeme McDowell por uno arriba. Con esta victoria, el belga confirma su talento bajo esta modalidad y su buen momento de juego: lleva 10 *top ten* esta temporada en la que puede cumplir su sueño de jugar la Ryder Cup. Rafa Cabrera-Bello completa un excelente torneo y se coloca décimo en la carrera a Dubái. El belga ostenta también un asombroso récord en los torneos patrocinados por Volvo.

Ganó el Volvo China Open en 2011 –su único título hasta la fecha– donde ha sido segundo este año; además, ha firmado un cuarto puesto en el Volvo Golf Champions. Con esta victoria se mete entre los 50 mejores del mundo. “Esto significa todo para mí”, declaró Colsaerts. Y añadió: “Unir mi nombre a las grandes leyendas que han ganado este torneo es un sueño. Estoy muy contento de haber ganado en un campo tan exigente como éste, el de Finca Cortesín. Sabía que el partido de hoy iba a ser complicado.

Cuando juegas contra McDowell en estas condiciones, sabiendo que es irlandés, que ha ganado un Open USA y que está acostumbrado al golf *links*, sabes que va a ser muy duro y que vas a tener que jugar muy bien. El *match-play* es un buen formato para mí porque suelo hacer bastantes *birdies*, y si no cometo muchos errores me favorece. Jugar la Ryder ha sido siempre uno de mis grandes sueños. Es verdad que estoy bien situado y que ganar aquí me acerca un poco más, pero todavía está muy lejos”.