

Medical Economics[®]

EDICIÓN ESPAÑOLA

12 DE OCTUBRE DE 2012

Nº 177

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

El paciente español

Del centro del sistema, al centro de la polémica



Más

**Sobresaliente
en recaudación**

PÁGINA 40

**Cómo reconocer
el trabajo altruista
del médico**

PÁGINA 42

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



El paciente español

Del centro del sistema,
al centro de la polémica



27

EN PORTADA

27 **El paciente español: del centro del sistema al centro de la polémica**

Han tenido que venir los suecos para desmontar esa frase tan pomposamente enarbolada por los políticos de que el paciente es el centro del sistema. El Índice de Consumidores de la Sanidad Europea suspende al sistema público de salud español en derechos, información y participación del paciente, que pasa a ser el centro de la polémica.

REPORTAJES

34 **Reduzca la responsabilidad objetiva cuando trate a pacientes discapacitados**

Los pacientes con discapacidad física o mental representan retos especiales, pero usted puede tomar medidas para cubrir sus necesidades y evitar problemas.

40 **Sobresaliente en recaudación**

Conozca las estrategias para tener éxito en los cobros.

42 **Cómo reconocer el trabajo altruista del médico**

En Estados Unidos, el modelo de reconocimiento del servicio recompensa a los médicos por su trabajo extra dentro y fuera de la consulta.



34



40

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, Pablo Bordils Montero,
Rosa M^a Fernández, Miguel Fernández de Sevilla,
Marcial García Rojo, Óscar Gil García, Elisa Herrera
Fernández, Ofelia de Lorenzo Aparici, Luis G. Paredas

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Salvador Tugues
stugues@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

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

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

www.litofinter.es

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

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

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

ISSN: 1696-6163

D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



14

20

SECCIONES

- 5 **Mi punto de vista**
La reforma de la Sanidad:
Una necesidad acuciante
- 7 **La Lanceta**
El 'matómetro'
- 8 **Al día**
- 10 **Actualidad**
- 16 **Experiencias Innovadoras
en Gestión**
Hospital de Torrejón
- 18 **Gestión en Atención Primaria**
Historia clínica compartida:
la visión de la atención primaria
- 20 **Infotecnología**
- 23 **Gestión**
Marisa Merino Hernández,
presidenta del XV Congreso
de la SEDAP

- 24 **Emprendedores**
Pablo Bordils Montero,
director general de Valres, S.L.
- 44 **Capital Riesgo**
- 46 **Normativa**
- 48 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Cómo valora el proyecto de
presupuesto de Sanidad para 2013?



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

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

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

© Copyright 2012 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

EDITORIAL

Juan Abarca Campal
CONSEJERO DELEGADO.
GRUPO HM HOSPITALES

Marta Aguilera Guzmán
PRESIDENTA. SEDAP

Margarita Alfonsel Jaén
SECRETARIA GENERAL. FENIN

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

Humberto Arnés Corellano
DIRECTOR GENERAL. FARMAINDUSTRIA

Manuel Asín Llorca
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS
PRIVADAS DE DERMATOLOGÍA

Mariano Avilés Muñoz
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE DERECHO FARMACÉUTICO

Victoria Ayala Vargas
DIRECTORA CIENTÍFICA OXIMESA.
GRUPO PRAXAIR

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

Josep Basora Gallisà
PRESIDENTE. SEMFYC

Carlos Belmonte Martínez
DIRECTOR. INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS DE ALICANTE

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

Fidel Campoy Domenech
DIRECTOR GENERAL DE SALUD.
DKV SEGUROS

Miguel Carrero López
PRESIDENTE. PSN

Guillermo Castillo Acero
DIRECTOR. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

Enrique Catalán López
ASESOR. GRUPO EMPRESARIAL
DE LA ONCE

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

Felipe Chavida García
PRESIDENTE. IDEPRO

José Cortina Orriós
DIRECTOR DE PARTICIPACIONES
INMOBILIARIAS. BANKIA

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

Jaime del Barrio Seoane
DIRECTOR GENERAL. INSTITUTO ROCHE

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

José Antonio Dotú Roteta
PRESIDENTE. FUNDACIÓN
MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Joaquín Estévez Lucas
PRESIDENTE. SEDISA

Julio Fernández Llamazares
DIRECTOR CORPORATIVO
DE COMUNICACIÓN. CAPIO SANIDAD

José Fernández-Vigo López
CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Francisco Vicente Fornés Úbeda
EXPRESIDENTE. SEMST

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

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

Enrique Gargallo Santa Eulalia
DIRECTOR MÉDICO.
CLÍNICA MEDINORTE DE VALENCIA

José Antonio Gutiérrez Fuentes
DIRECTOR. FUNDACIÓN LILLY

Abraham Herrera Lima
DIRECTOR EJECUTIVO. ORGANIZACIÓN
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 ESPAÑOLA
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. UNIO CATALANA
D'HOSPITALS

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

Julián Ruiz Ferrán
SOCIO DIRECTOR. MEDICAL FINDERS

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

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

José María Segovia de Arana
CATEDRÁTICO EMÉRITO DE PATOLOGÍA
MÉDICA. FACULTAD DE MEDICINA. UAM.

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

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

Luis Truchado Velasco
DIRECTOR. EUROGALENUS-EXECUTIVE
SEARCH CONSULTANTS

Gabriel Uguet Adrover
PRESIDENTE. FEDERACIÓN NACIONAL
DE CLÍNICAS PRIVADAS

Mario Utrilla Trinidad
SECRETARIO GENERAL DE LA SO-
CIEDAD ESPAÑOLA DE GERENCIA Y
GESTIÓN ODONTOLÓGICA (SEGGO)

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

La reforma de la Sanidad: Una necesidad acuciante

Por **LLUIS MONSET I CASTELLS**

Aunque nadie duda que España esté envuelta en la más grave crisis desde la restauración democrática, parece que pocos quieren razonar sobre el papel que nuestro sistema sanitario tiene como coadyuvante en la misma. Parece que nadie tenga interés en ver si, dentro de la cacareada necesidad de impulsar los sectores económicos creadores de riqueza, liberalizar la sanidad pudiera convertirla en uno de los motores que nos propulsen hacia un futuro mejor para todos los ciudadanos.

En un extraordinario artículo publicado en El País el 17 de Mayo, Enrique Costas Lombardía ponía, a mi juicio, el dedo en la llaga: Nunca nuestro sistema se ha financiado, según debiera, con impuestos, sino con impuestos más deuda. Dicho de otro modo, nunca fue viable.

Hemos aceptado durante demasiados años no solo que el sistema iba a consumir cada año una parte mayor de la riqueza creada en el país (todos los años el presupuesto de las CCAA y/o del Insalud antes de las transferencias subía por encima del incremento del PIB), sino que inyectar más dinero para cubrir la deuda durante los 26 años de su existencia era producto de la infra financiación y no de la esencia del sistema.

Esta insaciabilidad financiera se ha visto desatendida cuando el cierre de los mercados de deuda soberana, ha obligado a nuestros gobernantes a tomar medidas severas de recorte a corto plazo.

¿Estamos despertando de la utopía de la universalidad acompañada de gratuidad total?

Lord William Beveridge, considerado el padre de los sistemas nacionales de salud, decía en el discurso de presentación de su informe al Parlamento británico en noviembre de 1942: “El estado, al establecer la protección social no ha de sofocar los estímulos, ni la iniciativa ni la responsabilidad. El nivel mínimo garantizado ha de dejar margen a la acción voluntaria de cada individuo para que pueda conseguir más para sí y para su familia.”



Durante mucho tiempo la sospechosa unanimidad de las fuerzas políticas en la “perfección” del sistema ha impedido el debate sobre su sostenibilidad económica y se ha actuado con poca visión a largo plazo, admitiendo el desfase sistemático entre lo presupuestado y lo gastado, hinchando una deuda pública que nos ha explotado en las narices junto con la burbuja inmobiliaria y bancaria, dañando seriamente el desarrollo económico y social.

¿Por qué no entienden nuestros políticos que el sistema sanitario en su conjunto, que es obviamente una de las áreas sociales de más trascendencia y valoración y que representa en su conjunto un 9% de PIB, debe ser uno de los primeros a revisar como una de las más urgentes reformas? Las políticas de

ajustes, han sido inicialmente necesarias para “parar el golpe” y así intentar controlar un déficit desbocado.

Pero el tiempo pasa y hace ya 5 años del inicio de la crisis financiera que puso en marcha la situación actual. Hasta entonces tan solo unos pocos, veíamos la necesidad de refor-

mar el sistema sanitario Pero ahora ya es una necesidad manifiesta por muchos. ¿ A qué estamos esperando?

El gobierno, aunque plantea en sede parlamentaria el estudio y debate de las reformas necesarias, ha acudido al Real decreto ley para introducir sin acuerdo parlamentario una serie de modificaciones que parecen ser el primer paso hacia un cambio de modelo y no un retoque urgente y coyuntural.

Pero esta “pseudoreforma”, aunque pudiera ir en la dirección correcta, adolece de graves problemas que la hacen poco oportuna en el fondo y en la forma.

En la forma, porque una reforma sanitaria, no solo se debe intentar que sea producto de un amplio consenso parlamentario, sino que debe ir precedida de debate con los agentes sociales, económicos, profesionales y universitarios siendo fruto de trabajos profundos y estudios basados en el conocimiento y el rigor, que en este caso ni se han solicitado ni, todavía peor, parece que se estén realizando.

**¿ESTAMOS DESPERTANDO
DE LA UTOPIA DE LA
UNIVERSALIDAD Y LA
GRATUIDAD TOTAL?**



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

Suscríbase 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

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

suscripciones@drugfarma.com

Mi Punto de Vista

Es comprensible por ello el enfado de los partidos socialistas de la oposición que han manifestado su disconformidad, abandonada por enésima vez cuando no gobiernan la comisión que estudia las reformas.

Pero es de esperar que vuelvan a ella de inmediato si ciertamente aceptan una reforma ya que de lo contrario sería evidente que se trata tan solo de una maniobra para disimular su falta de voluntad para aceptar cualquier cambio.

Pero tampoco es acertado el fondo, del Decreto-Ley porque picotea en demasiados aspectos sin profundizar en ninguno de ellos, introduciendo confusiones sobre las condiciones que se requieren para ser usuario del sistema y excluyendo o dificultando el acceso a personas que por su nivel socio-económico difícilmente pueden acceder individualmente, siendo precisamente este, la atención a los más débiles, el núcleo duro de los sistemas de protección social.

La gratuidad en la cobertura, no tiene porque llegar a todos pero, antes de dejar personas desprotegidas que nunca deben ser las más débiles, debe gestionarse la existencia en el mercado de una alternativa de seguros privados realmente complementarios.

Tampoco es aceptable una visión centralista sin consenso con las autonomías que son las responsables de la prestación, ni acudir a ideas tan anticompetitivas como la creación de una "central de compras de todo el sistema"

Mantener la sanidad en el ámbito del estatismo e intervencionismo actual es un error garrafal, no solo por la insostenibilidad financiera evidente, sino por no entender que la salud, precisamente por ser el bien máspreciado del ser humano, es el que más energías desarrollará si equilibramos las responsabilidades del estado con las de las personas.

Hoy, es una necesidad esencial aumentar el trabajo y el esfuerzo de todos para superar la crisis y nuestra salud es sin duda la mejor motivación que tendríamos para hacerlo.

El estado debe centrarse en seguir aumentando sus esfuerzos en la promoción y la protección de la salud para todos, pero debemos plantear sin más demora la necesidad de responsabilizar total o parcialmente de su salud individual, a aquellos que tengan capacidad económica para hacerlo.

Esa es la base de la reforma que necesitamos, no solo para bajar el gasto público sino para obtener más recursos globales para la salud y aumentar así la riqueza del país.

Director General de la Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES).

Para contactar: gerent@aces.es

El 'matómetro'

Por GONZALO SAN SEGUNDO

¿Qué tendrá el Barómetro Sanitario 2011 que tanta inquietud procura?", inicia el espontáneo poeta. Y completa la estrofa: "¿Acaso desde las almenas del poder mis dominios son atacados? ¡Qué locura!". El vate seguía desgranando versos y rimas quejumbrosos por ciertas formas y contenidos del Barómetro, rebautizado como *matómetro*, en honor a su principal inspiradora, la ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato.

¿Y qué tendrá el *matómetro* que las quejas encendidas del IDIS suscita, añadiendo más leña y cuitas al fuego provocado entre sanidad pública y sanidad privada? Pues el asunto tiene su miga, cierta fiereza encerrada y cartonaje de mala leche.

Se esperaba con ansiedad y cierta expectación la salida a la plaza del *matómetro* Sanitario 2011, que permanecía en chiqueros desde hacía tiempo a la espera de ser lidiado. Y lo soltaron hace escasos días, con el inicio del nuevo curso. ¿Qué razón motivó el retraso de su aparición en los ruedos, cuando a su antecesor, el de 2010, le abrieron los toriles en el mes de abril?

Oficialmente, hasta ahora la respuesta ha sido el silencio. Pero hay un hecho que podría explicar tal demora: la suelta al albero del Primer Barómetro de la Sanidad Privada. Esto sucedió el pasado mes de mayo, y los del Ministerio tuvieron que mantener encerrado el suyo hasta que el *morlaco* del IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad) fuera lidiado por la opinión pública y estoqueado por el olvido.

Mas hete aquí que la res del IDIS resucitó, desde un comunicado, con nuevas embestidas, esta vez encabritadas y envueltas en críticas hacia el Ministerio. Consideró que las comparaciones que realiza el *matómetro* entre sanidad pública y privada "aportan únicamente disensión sobre un sistema sanitario único que contempla un doble aprovisionamiento mediante sanidad pública y sanidad privada".

Vaya por delante que el IDIS bien podría haberse despachado contra el Ministerio en abril del año pasado, cuando se hizo público el Barómetro de 2010, pues las comparaciones entre

sanidad pública y privada son las mismas entonces que las que aparecen ahora. Prácticamente la única variante existente entre los dos barómetros es que el de 2010 contiene 23 cuestiones y el correspondiente a 2011 viene con siete más, casi todas ellas referidas a las comunidades autónomas.

Ello no quita peso y razón a las quejas que expresa el IDIS en su comunicado. En el *matómetro* solo hay tres cuestiones en las que se enfrentan directamente (también descarada y ventajosamente, diría yo) sanidad pública y privada. Una de ellas son las "Preferencias por la asistencia sanitaria pública o privada en las consultas de atención primaria y en urgencias". El porcentaje en favor de una de las opciones, incluso la de "ambas", es prácticamente el mismo que en el Barómetro de 2010, con leve mejoría para la pública.

Otra reza así: "Preferencias por la asistencia sanitaria pública o privada en las consultas de atención especializada y para hospitalización". Aquí, como en la cuestión anterior, la pública gana posiciones y las pierde la privada. Y la tercera: "Motivos para elegir un servicio sanitario teniendo en

cuenta..." (la tecnología, la rapidez en la atención, la capacitación de los médicos y las enfermeras, el confort, la información y el trato personal). En todos esos apartados la sanidad privada pierde posiciones en el *matóme-*

tro respecto al Barómetro de 2010, y solo sale victoriosa frente a la pública en la rapidez en la atención y en el confort de las instalaciones.

El quid de la cuestión, y ahí está la trampa denunciada por el IDIS, es que la inmensa mayoría de los 7.800 entrevistados no han pasado en su vida (o casi), con toda probabilidad, por una consulta u hospital privado. Entonces, ¿cómo pueden valorar la asistencia y demás de la sanidad privada? El sesgo del *matómetro* a favorecer la pública parece evidente o, si lo prefieren, en poner en evidencia (injustamente) a la privada, especialmente en un año, el 2011, donde los recortes sanitarios han deteriorado, en general, a veces clamorosamente, los servicios de la sanidad pública.



EL REBAUTIZADO 'MATÓMETRO' SANITARIO 2011 SE ESPERABA CON ANSIEDAD Y CIERTA EXPECTACIÓN

Director asociado de Medical Economics.

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

GESTIÓN

LA ATENCIÓN PRIMARIA PUEDE LIDERAR EL CAMBIO DEL SISTEMA SANITARIO

Desde la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) se ha hecho hincapié en la posición relevante en la que se encuentra la atención primaria para poder liderar el cambio del sistema de salud. Según Marisa Merino, presidenta del próximo congreso de la SEDAP, “el envejecimiento de la población, la cronicidad de las enfermedades, y la sostenibilidad son los principales retos del sistema. Para dar respuesta a estos retos hace falta un enfoque poblacional y la actuación conjunta de diferentes niveles asistenciales, para lo que la atención primaria tiene una posición privilegiada”.

Será en el XV congreso de la Sociedad, donde se aprovechará para debatir sobre cómo mejorar la prevención y promoción de la salud, el envejecimiento, la cronicidad

o la innovación en la gestión de alianzas. La reunión contará con la participación de representantes de diferentes ámbitos de la sociedad que inciden sobre la salud. Según Merino, “de esta interacción, con toda seguridad, podremos extraer ideas que nos ayudarán a mejorar en nuestra actividad profesional y a obtener mejores resultados en salud”.

Desde la SEDAP se han publicado también diferentes documentos para mejorar la comunicación entre la atención primaria y la especializada, y se ha manifestado que la integración asistencial es la que posibilitará la continuidad del sistema y los resultados de salud en la población. No obstante, “el centro de la asistencia no es la AP ni la Especializada, sino el paciente”, recuerda Merino.

PUBLICACIONES

MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS COLABORAN EN UNA GUÍA PRÁCTICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO

La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), en colaboración con la Sociedad Española de Diabetes (SED), y con el patrocinio de Sanofi, ha elaborado la primera Guía práctica de atención farmacéutica al paciente diabético en la que han colaborado farmacéuticos comunitarios y médicos especialistas en esta patología. El objetivo de este nuevo documento de consenso es mejorar de forma coordinada el abordaje terapéutico de la diabetes.

El coordinador de la guía, José Antonio Fornos, asegura que “esta guía puede ser de mucha utilidad para que los farmacéuticos contribuyan a mejorar la educación diabética de la población y, especialmente, para intervenir en los casos de reciente diagnóstico y detectar nuevos casos, gracias a que incor-

pora un protocolo específico de dispensación”.

Para la presidenta de la SED, Sonia Gaztambide, “esta guía es la muestra de que se puede trabajar de forma conjunta para ayudar a que las personas con diabetes puedan alcanzar sus metas. Los pacientes tienen que tomar varios fármacos para el control de la diabetes, de la tensión arterial, del colesterol, etcétera, y el farmacéutico comunitario tiene un papel muy importante por sus conocimientos de efectos secundarios e interacciones.”

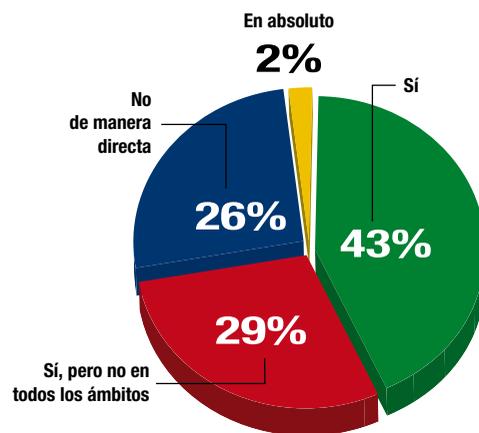
Juan Carlos Ferrer, médico endocrinólogo y especialista en diabetes, que ha participado en la redacción del documento, añade que “médicos y farmacéuticos hemos de trabajar conjuntamente en beneficio de las personas con diabetes”.

ENCUESTA

¿AFECTAN LOS RECORTES A SU PRÁCTICA DIARIA?

Según los resultados de la encuesta de Medical Economics, casi la mitad de los profesionales de la sanidad española considera que los recortes llevados a cabo por el Gobierno afectan en el día a día de su práctica. En un porcentaje bastante amplio, los lectores han manifestado que los recortes sí que les afectan pero no en todos los ámbitos de su labor asistencial.

Un considerable porcentaje de los profesionales asegura que las medidas de Sanidad no le afectan de manera directa y una minoría casi inapreciable asegura que su práctica diaria no se ve afectada en absoluto.



PROFESIÓN

LAS DEMANDAS JUDICIALES A OTORRINOS CRECEN UN 40%

Las demandas judiciales a los especialistas en otorrinolaringología (ORL) han crecido un 40% entre 2011 y 2012, según un estudio de la correduría de seguros especializada en el sector sanitario Uniteco Profesional. Este aumento es superior a la media del resto de especialidades médicas, que también han visto incrementadas las demandas judiciales en el último año, lo que los expertos atribuyen a la crisis y al contraste de la información médica en

internet, el llamado efecto Doctor Google.

A pesar de este incremento, “la otorrinolaringología es una especialidad con una siniestralidad menor en cuanto a reclamaciones y demandas de responsabilidad civil profesional”, asegura el informe. Cada año 1 de cada 43 de estos especialistas recibe una reclamación de responsabilidad civil, frente a 1 de cada 14 en traumatología y 1 de cada 23 en cirugía (excluyendo plástica y neurocirugía).

FORMACIÓN

CONFERENCIA MAGISTRAL DE FUSTER

Valentín Fuster, director del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), pronunció una conferencia magistral en la inauguración de la ‘I Jornada de Actualización Cardiovascular (Del paciente a las guías clínicas)’, en la que abogó por ahondar en la promoción de la salud cardiovascular para revertir una epidemia “difícil de controlar, porque nos creemos invulnerables, especialmente en lo que se refiere al infarto de miocardio”.

El también director médico del Hospital Mount Sinai de Nueva York realizó una revisión histórica del estudio de las enfermedades cardiovasculares en una jornada que supuso el inicio de la actividad científica, docente y divulgativa del nuevo Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares (CIEC) de HM Hospitales.

El también director médico del Hospital Mount Sinai de Nueva York realizó una revisión histórica del estudio de las enfermedades cardiovasculares en una jornada que supuso el inicio de la actividad científica, docente y divulgativa del nuevo Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares (CIEC) de HM Hospitales.

ASEGURADORAS

SANITAS LANZA SU CAMPAÑA ‘CUIDARSE ES ELEGIR EL MÉDICO QUE TÚ QUIERAS’

Sanitas Seguros ha puesto en marcha su nueva campaña de publicidad ‘Cuidarse es elegir el médico que tú quieras’. La campaña cuenta con un ambicioso plan de medios nacional en televisión, prensa, online y redes sociales, reforzado localmente con radio, exterior y buzono.

Sanitas Seguros transmite con esta nueva campaña publicitaria la ampliación de su cuadro médico hasta alcanzar los 40.000 profesionales sanitarios para que los clientes puedan elegir al médico que prefieran. Se apoya además en el hecho de que, si su médico de siempre no está entre estos 40.000 profesionales, Sanitas cubre también la consulta.

Con 20 segundos de duración, el spot televisivo se emitirá durante tres semanas en las principales cadenas nacionales. El anuncio ha sido dirigido por el realizador Pablo Hermida, responsable de conocidas campañas para marcas como Ono, Iberia o Schweppes.

ACADEMIA

LA RANM ANUNCIA 13 NUEVAS PLAZAS DE ACADÉMICO

La Real Academia Nacional de Medicina (RANM) ha anunciado 13 nuevas plazas de Académico Correspondiente para las secciones de Ciencias Básicas (Bioquímica Clínica), Medicina (Alergología, Hematología y Hemoterapia, Medicina Intensiva, Neurofisiología Clínica, Oncología Radioterápica y Radiodiagnóstico), Cirugía (Angiología y Cirugía vascular, Cirugía oral y maxilofacial, Cirugía pediátrica, Cirugía plástica, estética y reparadora), Medicina Social y Salud Pública (Medicina de Familia y Comunitaria y Medicina del Trabajo).

El plazo para presentar candidaturas finaliza el próximo 2 de noviembre. Las vacantes fueron anunciadas en el Boletín Oficial del Estado (BOE) con fecha 3 de octubre. Las solicitudes deben enviarse a la Secretaría de la RANM en un plazo máximo de 30 días naturales. Los candidatos deben tener nacionalidad española y llevar diez años como mínimo en el ejercicio de la profesión.

OJO AL DATO / CARTERA DE SANIDAD

2.970

millones de euros en el proyecto de presupuesto de 2013 para el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Al descontar las aportaciones pendientes a la Seguridad Social y las obligaciones de pago anteriores, el presupuesto desciende un

22,6%

El Fondo de Cohesión Sanitaria quedará en 2013 con

36,2

millones de euros

El **75%**

del presupuesto total del Ministerio se dedica a consolidar la Ley de Dependencia.

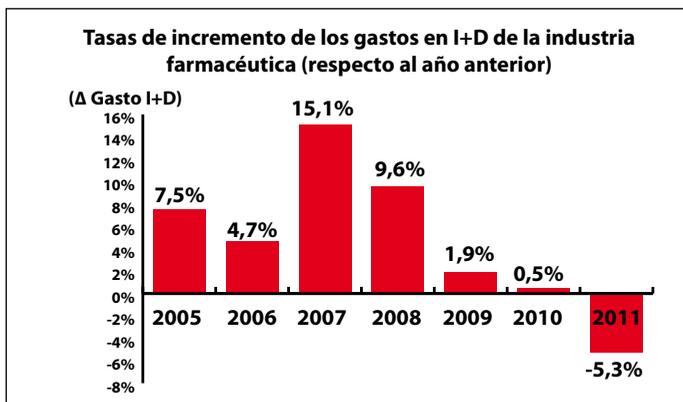
Fuente: Ministerio y medios de comunicación.

La inversión en I+D de la industria farmacéutica bajó, por primera vez desde 2007, de los 1.000 millones de euros

En 2011, la inversión en I+D de la industria farmacéutica en España bajó, por primera vez desde 2007, de los 1.000 millones de euros, como consecuencia del fuerte impacto sobre las compañías de las medidas de contención del gasto farmacéutico adoptadas en 2010 y 2011. En concreto, el pasado ejercicio, la inversión en I+D del sector farmacéutico en nuestro país fue de 974 millones de euros, un 5,3% menos que en el año anterior.

Estos datos, según Farmaindustria, confirman la desaceleración del gasto en I+D del sector farmacéutico, que ha culminado con la primera caída del gasto en los últimos años. Los fuertes ajustes que está sufriendo el mercado farmacéutico están terminando por afectar el esfuerzo de las compañías en I+D, así como al empleo que dedica el sector a estas tareas. Así, en 2011, 4.490 personas trabajaban en las compañías farmacéuticas en investigación y

desarrollo, lo que supone el nivel más bajo desde 2006. Precisamente, el empleo en I+D de la industria farmacéutica ha sido la primera variable que ha acusado la caída de ingresos de los laboratorios farmacéuticos, disminuyendo por segunda vez consecutiva, algo inédito en los últimos años. No obstante, y aunque se han generado menos empleos, la cualificación de los mismos es cada año mayor: 4 de cada 5 empleos en I+D en la industria farmacéutica corresponden a titulados superiores (licenciados y doctores), que han pasado de ser menos de dos tercios de la plantilla



Fuente: Farmaindustria

empleada en I+D en 2003 a suponer más de cuatro quintas partes en 2011.

Según se desprende de la última encuesta sobre gastos de I+D que realiza anualmente Farmaindustria entre sus laboratorios asociados, de los 974 millones de euros invertidos en I+D por la industria farmacéutica en España en 2011, 470 se destinaron a la inversión en ensayos clínicos y más de 137 millones de euros a investigación básica. La inversión en

investigación clínica llevada a cabo por la industria farmacéutica ha aumentado un 82% en los últimos 8 años, pasando de 258 millones de euros en 2003 a los 470 millones de euros del pasado ejercicio.

El 43% de la inversión total en I+D se dedicó a contratos de investigación con hospitales, universidades y centros públicos (I+D extramuros), mientras que los gastos intramuros ascendieron a 559 millones de euros, de los que el 49,3% se realizaron en Cataluña, el 38,7% en Madrid y el 12% restante entre otras comunidades autónomas y el extranjero.

Nace la plataforma Instituto Mundipharma para comunicar médicos y pacientes con dolor crónico

Con el fin de atender las necesidades de aquellos pacientes que sufren dolor crónico, Mundipharma ha creado el Instituto Mundipharma, para sensibilizar a la sociedad del impacto que el dolor crónico tiene en más de cinco millones de españoles, con una media de dolor de nueve años.

El Instituto pretende ser un lugar en el que compartir formación e información sobre el impacto social y económico del dolor crónico, su abordaje y las dinámicas culturales de aceptación que dificultan su diagnóstico y tratamiento.

“Esta iniciativa nace con el objetivo fundamental de contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Con el

firme convencimiento de que podemos contribuir y ayudar a mejorar la calidad de vida de más de cinco millones de españoles. El Instituto está dirigido a pacientes y profesionales sanitarios con los que pondremos en marcha iniciativas que van desde el campo de la investigación y difusión como aquellas orientadas a la formación de los sanitarios”, según señala su director, José Ramón Cisneros.

El nacimiento del Instituto Mundipharma cobrará una especial relevancia para aquellos que tienen que afrontar el tratamiento de pacientes con dolor crónico y se enfrentan al sufrimiento que el círculo vicioso del dolor puede provocar, como aislamiento y depresión, ya que, el dolor

crónico cambia la vida de las personas que lo sufren y sigue siendo un problema sin resolver. En colaboración con profesionales, grupos de pacientes y otras organizaciones, el Instituto aspira a convertirse en un centro de referencia en el que se aborde el desarrollo de programas preventivos que ayuden a concienciar sobre la situación de los pacientes con dolor crónico y se les ofrezcan beneficios significativos en su vida.

En lo que resta del curso de 2012 se involucrarán más de 600 profesionales sanitarios y se realizarán 17 talleres sanitarios por toda España. El primero de ellos tuvo lugar el pasado 19 de Septiembre en Santiago de Compostela.

Farmacéuticos, médicos y directivos se reunirán en el congreso de la SEFAP

La Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP) celebrará la 17ª edición de su congreso anual durante los días 24 a 26 de octubre en el hotel Meliá Castilla de Madrid. El Congreso es el máximo exponente científico y profesional de la Sociedad, que en esta edición espera recibir cerca de 400 profesionales, farmacéuticos en su mayoría, pero también médicos y directivos sanitarios.

Bajo el Lema "Tu conocimiento, clave para los resultados en Salud" la SEFAP pretende mostrar la importancia del conocimiento y su aplicación por todos los agentes implicados, profesionales sanitarios, directivos y pacientes en la mejora de la salud de la sociedad. El congreso contará con ponentes de alto nivel, como el profesor John Ionnides, quien impartirá la conferencia inaugural, centrada en la credibilidad y geometría de la evidencia.

La primera mesa redonda analizará el ciclo desde la generación del conocimiento científico hasta los resultados en salud. La primera ponencia expondrá las ventajas de una mejor financiación y gestión de la investigación médica y su traslación orientada hacia una Medicina Basada en la Evidencia y en el paciente. También se abordarán retos como la investigación de resultados en salud.

La segunda mesa redonda será un foro centrado en el paciente, su tratamiento farmacológico y su salud. Joan Carles March, de la escuela Andaluza de Salud Pública hablará de los nuevos paradigmas de salud, la influencia del cambio de valores sociales en las demandas de salud. Josep Casajuana se adentrará en la relación del médico con el paciente, y Teresa Molina, directora de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, explicará las ventajas e inconvenientes de actuar sobre otros profesionales o sobre los pacientes.

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

La conferencia de clausura con el título "Casi todo lo que hay que saber para que en tu centro de salud te hagan la ola", será impartida por Arturo Merayo, (especialista en comunicación sanitaria), en la que mostrará la importancia de la comunicación para conseguir mayor éxito profesional.

Los congresistas expondrán sus comunicaciones a lo largo de tres mesas de comunicaciones orales y 120 comunicaciones en formato de póster electrónico. Se han programado seis talleres prácticos, que servirán para complementar la formación de los asistentes en diversas áreas, tales como estudios de equivalencia terapéutica, presentaciones en público, diseño de encuestas, protección de datos e investigación en atención primaria y sobre gestión de las emociones en las relaciones profesionales.

El congreso está acreditado con 1,3 créditos de formación continuada y los talleres precongresuales con 0,5 créditos cada uno.

ESTEVE impulsa su área de I+D con el traslado al Parc Científic de Barcelona

En su nuevo centro, de 2.440 m², dotado con la más avanzada infraestructura y tecnología, desarrollará su actividad investigadora un equipo de 92 personas para trabajar en el descubrimiento de nuevos medicamentos. El centro fue presentado recientemente en el auditorio Antoni Caparrós del Parque Científico de Barcelona (PCB) y frente a una audiencia de más de 150 personas, provenientes de todos los ámbitos (científico, empresarial y social). Antoni Esteve, presidente de Esteve, aseguró que "nuestra presencia en el PCB es un hito para ESTEVE, un espacio donde la academia, las empresas y la sociedad, confluyen para fomentar e impulsar la innovación y la cultura científica".

El área de I+D de ESTEVE, está formada por un total de 350 colaboradores, un 13% de la plantilla total, en todo el mundo y especializados en distintas fases del proceso de investigación de un nuevo medicamento. En esta nueva sede en el PCB se ubicarán todas sus unidades de competencias clave para el descubrimiento de fármacos y desarrollo preclínico, es decir, aquellas implicadas en la obtención de nuevos medicamentos para la solución de problemas médicos no resueltos de elevado impacto social, que aporten ventajas terapéuticas y mejoren la calidad de vida de los pacientes.

ACUERDO SIN PRECEDENTES

A través del acuerdo firmado entre ESTEVE y el PCB, ambas entidades formalizan un compromiso por la investigación que se realiza en nuestro país. Se trata sin duda de la primera alianza de este tipo, en virtud de la cual una empresa farmacéutica ubica completamente una de sus unidades de competencias clave en investigación en un entorno académico y científico de primer nivel en España.

La decisión del traslado de parte del equipo de I+D al PCB ha tenido en consideración diferentes factores, entre los que destacan las excelentes condiciones de la infraestructura del PCB, las ventajas de trabajar en un entorno científico-técnico de alto nivel y la presencia, en un espacio común, de académicos, investigadores, jóvenes con talento y grupos de emprendedores, interactuando en un ecosistema de innovación potente. "El Parc Científic tiene una capacidad de generar conocimiento única que queremos aprovechar para mejorar nuestra eficiencia y productividad en el proceso de I+D, con el fin último de aportar nuevos medicamentos para necesidades médicas no cubiertas", apuntó Carlos Plata, Director Científico de ESTEVE.

El establecimiento de todas las unidades y departamentos vinculados al descubrimiento de nuevos medicamentos y desarrollo preclínico en el PCB, representa un paso más hacia un modelo único de innovación abierta en el ámbito de la I+D farmacéutica en nuestro país. Un modelo que traspasa la tradicional colaboración universidad-empresa para convertirse en una relación simbiótica donde todas las partes implicadas ven potenciadas sus capacidades y eficiencia.

La SEMST abre las puertas a su multidisciplinar congreso de Medicina del Trabajo

El XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) y el III Congreso Internacional de Prevención de Riesgos Laborales, abren sus puertas del 17 al 19 de octubre, en Toledo, a expertos nacionales e internacionales en medicina del trabajo de las más variadas disciplinas, desde medicina y farmacia, hasta psicología, recursos humanos, y abogacía.

La reunión pretende ser un punto de encuentro para el análisis y debate desde todas las perspectivas, tanto sanitarias y laborales, como políticas y socioeconómicas. Son objetivos prioritarios conocer la realidad actual de la organización en Salud Laboral, avanzar en el desarrollo de un foro continuado de intercambio de conocimientos en las distintas especialidades, y fomentar la Cultura de la Prevención en los diferentes sectores para establecer soluciones frente a los problemas detectados.

Aunque los primeros meses de 2012 se ha confirmado la tendencia descendente en la siniestralidad laboral, desde la SEMST insisten en que debería existir una mayor sensibilidad hacia los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, máxime si se consideran las consecuencias que la crisis económica está teniendo en la prevención de los riesgos laborales. En este sentido, el congreso dedicará una mesa a analizar la situación actual de la accidentalidad y siniestralidad, y reflexionará sobre sus perspectivas de futuro y planes de actuación en enfermedades profesionales.

TALLERES PRÁCTICOS

Los talleres tendrán una especial relevancia durante el congreso, con demostraciones prácticas de cómo resolver los problemas concretos que se pueden afrontar en el ámbito laboral. Entre estos, destaca el títu-

lado "FX Efectos Especiales", en el que se explicará a los asistentes cómo enfrentarse a una situación de riesgo hasta que lleguen los equipos externos necesarios, ya sean ambulancias, bomberos, etcétera. Para ello, se detallará la importancia de un plan de autoprotección y de la formación del personal.

Además de esto, se hará hincapié en el deber de conocer el riesgo inherente de cada situación, para una correcta valoración de las medidas a tomar. El taller, tratará de formar a los asistentes en materias tales como la manera de trasladar los factores psicológicos, ambientales y operativos, de una situación de riesgo extremo que no se ha experimentado nunca. También explicará cómo formar al personal para intervenir con seguridad en un entorno peligroso, hasta la resolución de la emergencia, mediante la simulación de los escenarios reales.



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

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

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

Investigamos hoy para recordar mañana

Grupo Zeltia: PharmaMar. Noscira.
Genómica. Sylentis. Xylazel. Zelnova.

 **Zeltia**
www.zeltia.com

Expertos reivindican el asociacionismo en la gestión empresarial de los centros privados

La Asociación Nacional de Actividades Médicas y Odontológicas de la Sanidad Privada (Amosp) reunió recientemente en una jornada a expertos en gestión sanitaria con el objeto de potenciar la empresa sanitaria, el asociacionismo, la formación y la comunicación con los pacientes.

La Amosp pretende fomentar tanto la práctica como la imagen de excelencia en las actividades médicas y odontológicas de la sanidad privada, y sobre todo, fomentar el desarrollo empresarial de este sector. En ese sentido, José María Martínez, director gerente de la Asociación, señala que los principales problemas de la odontología y las actividades médicas de la sanidad privada son dos: “el primero es general y abarca la reducción de márgenes de beneficios en muchas subespecialidades, que hace difícil su supervivencia en términos de calidad absoluta. El segundo es sorprendente, pues se está demostrando que crece el número de emprendedores que necesitan una asistencia profesional en gestión para conseguir sus objetivos”.

Martínez asegura que “la unión siempre ha hecho la fuerza y el asociacionismo es fundamental, aún más en épocas de crisis como la actual en las que hay más vaivenes en muchos temas que deben solucionarse por un camino institucional”.

La Jornada contó con la presencia de presidentes de Asociaciones y Sociedades Científicas, que presentaron importantes iniciativas para el desarrollo de los profesionales y la mejora empresarial y asistencial de las actividades sanitarias.

Así, José Manuel Bajo Arenas, presidente de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (Facme), explicó el contenido del Código de Buenas Prácticas recientemente presentado por la Federación, que define una línea común de las sociedades científicas en su relación con sus socios, la administración, la industria farmacéutica, los pacientes y los medios de comunicación.

Por su parte, Víctor García Giménez, presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC), señaló que estar asociados ampara y protege a sus más de 500 miembros: “la SEMCC

ha velado siempre por los intereses científicos y profesionales de sus miembros y en un momento determinado ha considerado que también era importante proteger los empresariales. Asociarnos a Amosp supone un escalón superior en la protección de los derechos de nuestros socios.”

Juan Carlos Asurmendi Zulueta, presidente de la Asociación de Empresarios de Clínicas de Dentales de Madrid (Adeclidema), ha subrayado la coyuntura complicada actual del sector dental y ha señalado que la creación de la AMOSP es “una noticia excelente” de cara a la formación y represen-

Moral, director de Gaceta Dental; y Ramón Alonso-Allende Erhardt, responsable de Comunicación Digital en Planner Media y de Estrategia 2.0 para el IDIS.

José María Pino aseguró que “la población ha incrementado sustancialmente su conocimiento del sistema sanitario y, por extensión, su exigencia. La comunicación sanitaria ha logrado transmitir la imagen y el valor de un sistema que no era tal, sino la suma de muchos profesionales y la confianza que generaban en sus pacientes”.

José Luis del Moral afirmó que la comunicación “siempre influye en la opinión que



(De izda. a dcha.) Ramón Alonso-Allende Erhardt, José M^a Pino García, Rosa M^a Fernández, José Luis del Moral, Manuel García Abad y José M^a Martínez García.

tación de sus asociados.

En la Jornada participó también José Luis López Esteban, secretario de la Asociación de Clínicas de Dermatología (Dermus), creada recientemente y con una representatividad muy significativa en la dermatología española.

MESA REDONDA CON LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

A continuación de la jornada, se celebró una mesa redonda con directivos y expertos de medios de comunicación especializados en salud, que debatieron sobre la importancia de la sanidad privada en España y cómo ésta debe comunicar sus logros para informar y servir a sus pacientes. En ella participaron José M^a Pino García, presidente del Grupo Editorial Sanitaria 2000; Manuel García Abad, presidente del Grupo Drug Farma y prestigioso editor; José Luis del

público pueda tener sobre organismos, entidades, personas o sectores sociales y la sanidad privada no es una excepción. La sanidad privada tiene muchos y muy buenos valores que ha de saber explotar comunicando lo positivo que aporta a la sociedad”.

Por su parte, Manuel García Abad destacó que la prioridad entre las principales áreas de la comunicación sanitaria “es el uso de las tecnologías necesarias para el acceso a las redes sociales, el fenómeno de comunicación más importante de la historia”.

En este sentido, José María Martínez concluyó que el papel de los medios “es fundamental, pues sirven de transmisión de información sobre avances y permiten estar continuamente actualizados a los profesionales. Además, mediante las nuevas tecnologías, esa información veraz permitirá fidelizar al paciente, el verdadero objetivo en muchas áreas”.

Hospital de Torrejón

El modelo sanitario del Siglo XXI

La orientación al paciente, la eficiencia en la gestión y el uso intensivo de las tecnologías definen el primer año de andadura del Hospital de Torrejón, gestionado por Ribera Salud bajo del modelo Alzira.

[Por G. S. S.]

El 21 de septiembre de 2011 la presidenta Esperanza Aguirre inauguraba el Hospital de Torrejón, que abría sus puertas a todos los pacientes, “para no volver a cerrarlas nunca”. El centro se convertía así en el primer hospital gestionado por Ribera Salud en la Comunidad de Madrid, que exportó toda su experiencia y *know how* a Torrejón, para gestionar las 250 habitaciones individuales y la amplia cartera de servicios que el centro ponía a disposición de los residentes del Corredor del Henares y, en virtud de la Ley de Libre Elección de la Comunidad de Madrid, de cualquier paciente que quisiera acudir a sus instalaciones.

El armazón en torno al cual el Hospital de Torrejón dibujó su filosofía asistencial era muy claro. Y tremendamente exigente: la mejor atención, con el mejor trato y en el

menor tiempo posible. Los datos de actividad del primer año así lo señalan: 200.000 consultas externas, 75.000 urgencias, 12.000 intervenciones quirúrgicas, 8.000 ingresos, 1.200 partos... Con una estancia media de 4,18 días y un nivel de complejidad equiparable a un centro del grupo II. Además, el Hospital de Torrejón ha puesto el acento en las fórmulas quirúrgicas menos invasivas para los pacientes. El 74 por ciento de los pacientes intervenidos en cualquiera de sus diez modernos quirófanos regresa a su domicilio en menos de 24 horas, en las mismas condiciones de seguridad y éxito terapéutico que con abordajes convencionales.

Gran parte del prestigio que el Hospital de Torrejón ha adquirido en sus primeros 12 meses de vida se debe a su Circuito de la Mujer, que incluye el Programa de Visita

Preparto, y la posibilidad de dar a luz en el agua.

Se trata del único centro público de la Comunidad de Madrid que ofrece esta posibilidad. Su filosofía de atención refleja que las decisiones en el ámbito del parto las toman los padres, con el soporte y el consejo de los profesionales. Más de 1.200 niños nacidos en el centro –con una tasa de cesáreas de 17,21 por ciento– demuestran que su modelo funciona.

Pero no es el único servicio que se ha ganado la confianza de los pacientes. Desde su apertura, el Hospital de Torrejón ha incrementado la cartera de

servicios básica, incorporando especialidades que hasta el momento no existían en el Corredor del Henares: Neurocirugía, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculuar, Radioterapia y una innovadora Unidad de Hospitalización a Domicilio. El centro, además, es el único de su ámbito de influencia dotado de Sala de Hemodinámica. “Estamos contentísimos del trabajo que han desempeñado todos y cada uno de nuestros profesionales. Son ellos los que están en contacto directo con nuestros pacientes. Con su profesionalidad, compromiso, cercanía, respeto y afecto han conseguido que los pacientes nos confíen su salud”.

Gran parte del éxito se apoya en el uso intensivo de las tecnologías de la información. Torrejón, al igual que el resto de hospitales gestionados por Ribera Salud, utiliza Florence, un moderno y amigable sistema de información capaz de poner a disposición de los clínicos la información que necesitan allí donde la necesitan, independientemente de dónde se produzca la atención médica. Este mismo sistema cuenta con una vertiente para la gestión, lo que permite a los responsables del centro estar en disposición de tomar las decisiones que garantizan la eficiencia en todo momento. Esta cultura de aprovechamiento de las tecnologías ha permitido, además, que florezcan experiencias de gran interés. Por ejemplo, los 25 médicos que componen el Servicio de Urgencias del Hospital han integrado en su práctica diaria el uso intensivo de las tecnologías de la información y las aplicaciones web 2.0. De esta forma, nuevas herramientas como Dropbox, Google Docs y WhatsApp permiten que la comunicación entre los miembros del equipo se realice a través de la nube virtual.

LAS CIFRAS DEL CENTRO

- Empleados: 700.
- Médicos: 156.
- Enfermeras: 178 (sin contar auxiliares de enfermería: 116; técnicos y fisioterapeutas: 29).
- Datos de actividad:
 - Consultas: 217.667.
 - Urgencias: 81.276.
 - Intervenciones quirúrgicas: 12.472.
 - Ingresos: 8.240.
 - Partos: 1.298.
- Indicadores de actividad:
 - Estancia media: 4,18 días.
 - Tasa de sustitución de CMA: 74%.
 - Tasa de cesáreas: 17,21%.
 - Ingresos desde Urgencias: 8,14%.
- Cobertura: 136.000 habitantes.



Ignacio Martínez Jover, director gerente del Hospital de Torrejón

“Tenemos un modelo de gestión sostenible y eficiente”

¿Qué balance hace del primer año de actividad del centro?

El balance no puede ser más positivo. Estamos plenamente satisfechos del esfuerzo y del compromiso de nuestros profesionales que, con su cercanía y profesionalidad han conseguido que el Hospital de Torrejón sea la referencia para los pacientes del Corredor del Henares.

Creo que el éxito del Hospital de Torrejón es el resultado de la experiencia de Ribera Salud en la gestión de un modelo de gestión sostenible y eficiente y nos sentimos muy orgullosos de ello.

Han creado una Escuela de Pacientes.

¿Qué se enseña en ella?

Son los pacientes los que nos enseñan día a día. Hemos detectado que nos piden que les atendamos de un modo distinto, que el cuidado que nos solicitan va más allá del acto médico en un episodio agudo. Por eso esta iniciativa que busca trabajar en la prevención, en el autocuidado informado y en el mantenimiento de un buen estado de salud.

¿Cómo se desarrolla la colaboración con la Atención Primaria?

La colaboración con los centros de Atención Primaria es continua e intensa. Ya antes de abrir el hospital habíamos puesto en marcha un Plan de Continuidad que se concretó en 25 grupos de trabajo en los que se diseñaron los protocolos de actuación conjunta, de modo que el paciente perciba con claridad que su médico de primaria y el especialista trabajan en equipo.

Han solicitado la acreditación como Hospital Universitario. ¿Lo han hecho por moda, prestigio o por necesidad? ¿Cuándo la tendrán?

El Hospital de Torrejón es ya un Hospital Universitario. Para nosotros es una necesidad. No se puede concebir una sanidad eficiente sin potenciar la docencia y la investigación. Es una parte innegociable si quieres ofrecer a los pacientes una atención excelente.

¿Qué balance haría de este primer año de funcionamiento y cuáles son los objetivos a alcanzar para 2013?

Debemos ser muy exigentes con nosotros mismos. Y muy rigurosos. Los pacientes esperan de nosotros un nivel excelente en la atención sanitaria que prestamos. Y la situación económica actual nos obliga a ofrecer esa atención garantizando la sostenibilidad y la eficiencia. En un plano más operativo, le diré que va a ser un segundo año apasionante. Entre otros muchos proyectos, estamos trabajando en un programa conjunto para la donación de tejido cerebral para la población de referencia del hospital, en colaboración con la Fundación Centro de Investigación Enfermedades Neurológicas (CIEN), del Instituto de Salud Carlos III, que colabora estrechamente con la Fundación Reina Sofía. Se trata de un proyecto muy ambicioso que, sumando el potencial conjunto de ambas organizaciones, está al alcance de la mano.

Aprender a ser paciente

Una iniciativa que el Hospital de Torrejón ha puesto en marcha recientemente y que considera de carácter estratégico es la Escuela de Pacientes. Un curioso y original servicio que el centro pone a disposición de sus pacientes para la formación y educación de estos en materias específicas.

La Escuela de Pacientes surge como complemento de la colaboración del Hospital con las asociaciones de pacientes con las que mantiene firmados acuerdos y convenios. Son los casos, entre otros, de la Asociación Española contra el Cáncer, con la que ha diseñado un Taller de Maquillaje y Cuidados Estéticos para el Paciente Oncológico.

La Escuela, ubicada en el Centro de Especialidades, también se apoya en experiencias ya contrastadas, como el Programa de Atención a la Mujer, que engloba las visitas preparto y la promoción de la lactancia materna; o el Programa Piel con Piel y los Cuidados del Recién Nacido; o el Taller de Obesidad y Nutrición, que trata de concien-

ciar al paciente de los riesgos que el sobrepeso y, especialmente, la obesidad mórbida, tiene para su salud.

Asimismo, dentro de ese objetivo estratégico de que el paciente debe aprender a ser paciente, se enmarcan los acuerdos marco de colaboración que el Hospital de Torrejón ha suscrito con otras asociaciones, como la Asociación Española Contra el Cáncer, la Asociación de Padres de Personas con Retraso Mental, la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer, la Asociación Infancia Solidaria, el Club Rotary, o la Asociación para el Fomento de la Terapia Asistida con Animales.

“Esta iniciativa aglutina todas aquellas acciones de interrelación con la población que no se encuadran dentro de un acto médico o de enfermería y que tienen como objetivo final aumentar la información que la población tiene de su salud y del mejor modo de mantenerla, cuando no aumentarla”, explica Ignacio Martínez Jover, director gerente del Hospital de Torrejón.



Por **XAVIER BAYONA HUGUET** y el **GRUPO DE EXPERTOS DE LA CAMFiC***

Historia clínica compartida: la visión de la atención primaria

La gestión de las prestaciones sanitarias según el modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) y la reforma sanitaria en Cataluña se iniciaron hace casi treinta años. Durante todo este tiempo han sucedido una serie de acontecimientos que han mejorado la competencia clínica y de gestión en todos los ámbitos de la atención sanitaria. En este sentido, la implantación y desarrollo de la Historia Clínica y su informatización tienen parte de responsabilidad.

Una forma de mejorar la eficacia clínica mejorando los costes del proceso asistencial, más allá de la mejor formación de los profesionales, pasa por mejorar la información compartida. Es difícil entender que hoy todavía haya servicios que no estén informatizados, y que a menudo la información no se pueda compartir.

Eficiencia clínica y ser coste-efectivos (máxima eficacia a un menor coste), son parte de los objetivos de la historia clínica compartida (HCC). En Cataluña, cada proveedor del SNS contratado por el CatSalut tiene su gestor clínico digital (informatizado), que ha elegido en función de diferentes prioridades de su organización y con diferente nivel de desarrollo e implementación.

En el punto de partida de toda reflexión sobre la historia clínica del pacien-

te debe considerarse que:

- La historia clínica sólo es una herramienta que ayuda a realizar la labor asistencial.
- La historia es confidencial y se basa en la confianza del paciente con los clínicos.
- Los datos de la historia clínica sólo deben utilizarse para el fin que ha motivado su

Conjunto mínimo de datos que debería contener la HCC

- Equipo de Atención Primaria de referencia.
- Diagnósticos (enfermedades, episodios) activos y antecedentes quirúrgicos.
- Alergias medicamentosas y a otros elementos.
- Vacunaciones.
- Medicación crónica activa e histórica, y aquella medicación de especial vigilancia (anticoagulantes, de dispensación hospitalaria, etcétera).
- Monitorización de parámetros biológicos, físicos y escalas de valoración.
- Exploraciones complementarias (informes e imágenes).
- Histórico de Incapacidad Temporal.
- Curso clínico del último año.
- Informes de alta de urgencias y hospitalización.
- Planes de cuidados de enfermería.
- Valoración social (riesgos y necesidades).
- Documento de "Voluntades Anticipadas" o testamento vital.

recogida. Cualquier otro uso necesita el consentimiento del paciente.

- Los datos de la historia clínica pertenecen al paciente (es el propietario).

Desde la perspectiva de la Atención Primaria, una de las áreas de mejora viene definida por la mejora en la información

que se comparte entre los diferentes niveles que intervienen en la resolución de problemas de salud. Así hay que definir diferentes niveles,

- Entre los diferentes proveedores de atención primaria del territorio.
- Entre la atención primaria y la atención al enfermo hospitalizado.
- Entre la atención primaria y la atención extrahospitalaria (área ambulatoria) del segundo nivel asistencial.
- Entre la atención primaria y los proveedores de salud mental.
- Entre la atención primaria y otros proveedores como socios sanitarios e instituciones dedicadas al producto intermedio (exploraciones, analíticas, etcétera).

Se recogió la opinión de expertos, médicos de familia, miembros de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), y participantes activos de diferentes grupos de trabajo de la sociedad científica. Dos tercios



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

de los participantes son o han sido directivos de Atención Primaria de Salud (APS), la mayoría realizan tareas asistenciales. Las opiniones se recogieron a partir de un cuestionario online utilizando Google Docs.

Las preguntas clave a las que respondieron de forma abierta los expertos fueron cinco. Se pedía enumerar qué necesitaría el clínico, en cada uno de los cinco entornos enunciados anteriormente, para poder realizar su trabajo de una forma mucho más eficaz teniendo como centro el bienestar del paciente.

Los aspectos comunes recomendados para todos los niveles asistenciales fueron:

- Sería ideal que el programa de gestión de la historia clínica fuera de la propiedad del

comprador de servicios público (CatSalut en Cataluña) o, en su defecto, garantizar la compatibilidad de las bases de datos de los distintos gestores clínicos informáticos.

- Los datos compartidos deberían poderse consultar en tiempo real, y deberían aparecer alarmas en el escritorio clínico del médico de cabecera (de familia) que avisaran de la llegada de resultados, los informes de alta y las anotaciones en el curso clínico de la consulta especializada ambulatoria, así como el ingreso de un paciente.
- La existencia de un sistema de consultoría online entre profesionales para la resolución de problemas, dudas y agilización de los distintos aspectos asistenciales.

- En general debe tenerse acceso a toda aquella información útil y que permita agilizar el proceso asistencial, garantizando la continuidad sin que se produzcan duplicidades.

Con la Atención Primaria como hilo conductor del proceso asistencial a lo largo de la vida de los ciudadanos, la información contenida en la HCC (tabla 1) debería compartirse y enriquecerse a partir de la intervención de los diferentes proveedores de atención primaria; y la colaboración entre APS y atención de segundo nivel, entre APS y Salud Mental, y entre APS y el resto de proveedores de servicios vinculados a la salud del paciente.

Para más información:

1. R. Cubí Montfort y A. Marquès Vidal. Confidencialidad e informatización de los datos en atención primaria. *FMC*. 2005;12(2):86-93.
2. A. Ruiz Téllez. Confidencialidad e informatización de los datos de atención primaria. *FMC*. 2005;12(8):536-45.
3. Miquel Reguant i Fosas. Historia clínica compartida y confidencialidad: riesgos y límites *FMC*. 2010;17(3):126-30.
4. Santiago Marimon Suñol, María Rovira Barberà, Mateo Acedo Anta, Montserrat A. Nozal Baldajos y Joan Guanyabens Calvet. Historia Clínica Compartida en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):45-48.
5. Bonaventura Bolibar, Francesc Fina Avilés, Rosa Morros, María del Mar García-Gil, Eduard Hermosilla, Rafael Ramos, Magdalena Rosell, Jordi Rodríguez, Manuel Medina, Sebastian Calero

- y Daniel Prieto-Alhambra, en representación del Grupo SIDIAP. Base de datos SIDIAP: la historia clínica informatizada de Atención Primaria como fuente de información para la investigación epidemiológica. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(14):617-621.
6. Sara Guila Fidel Kinori, Francisco José Eiroa Orosa, Anna Giannoni Pastor y Ruth Tasqué Cebrían. Confidencialidad en las historias clínicas informatizadas en salud mental hospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2012. doi:10.1016/j.medcli.2012.02.022.
 7. José María Abellán Perpiñán, Fernando I. Sánchez Martínez, Jorge E. Martínez Pérez. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):179-85.
 8. Carlos Falcesa, Rut Andrea, Magda Heras,

- Cristina Vehí, Marta Sorribes, Laura Sanchis, Joaquim Cevallos, Ignacio Menacho, Sílvia Porcar, David Fonta, Manel Sabaté y Josep Brugada. Integración entre cardiología y atención primaria: impacto sobre la práctica clínica. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64(7):564-571.
9. Emilio González Cocina y Francisco Pérez Torres. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. *Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía*. *Rev Esp Cardiol Supl*. 2007;7:37C-46C.
 10. María Josep Borrás Pascual, Josep Maria Busquets Font, Anna García Martínez y Martí Manent González. Proyecto "Historia Clínica Compartida" en Cataluña: marco legal y ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO). *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):16-20.

* Xavier Bayona Huguet y el grupo de expertos de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC): Mireia Alberny Iglesias, Roger Badia Casas, David Baulenas i Parellada, Xavier Bayona Huguet, Jordi Daniel Díez, Joan Deniel Rosanas, Marta Expósito, Bárbara Fernández Fernández, Lluís García, Pere Guirado Vila, Àngel Jover Blanca, Daniel Moll, Ramon Morera Castell, Antoni Peris Grao, Josep Lluís Piñol Moreso, Eric Sitjas Molina, Montse Ureña Tapia y Concepció Violán Fors.

Sección patrocinada por:

 **Almirall**
Soluciones pensando en ti

» **Premio a Baxter como mejor importador de tecnología innovadora**

Baxter ha sido reconocida por la Cámara de Comercio de Estados Unidos en España (AmCham Spain) como mejor importador de tecnología innovadora al recibir el premio "Trade & Innovation Awards 2012".

Estos premios, que celebran su primera edición, pretenden promover las relaciones transatlánticas e impulsar la internacionalización empresarial como motor de la recuperación de la economía española, además de una muestra de reconocimiento de la cámara al trabajo de las empresas estadounidenses y españolas en pro de estos objetivos.

El galardón, entregado por el embajador de Estados Unidos en España, Alan D. Salomont, y el presidente de AmCham Spain Jaime Malet, reconoce especialmente las numerosas innovaciones médicas de Baxter en el campo de la hemofilia, ya que ha descubierto y desarrollado el grupo más amplio de productos para esta patología en la industria y proporciona una diversidad de tratamientos para beneficiar a los médicos y a los pacientes en cada fase terapéutica.

"Este premio es un reconocimiento al compromiso de Baxter con la innovación y con el desarrollo de nuevas tecnologías que cubran las necesidades actuales y futuras de los pacientes hemofílicos en todo el mundo", dijo Luigi Antoniazzi, director general de Baxter España y Portugal.

Baxter es una empresa de productos y servicios médicos innovadores que mejoran la vida de millones de pacientes en todo el mundo. La compañía combina conocimientos en dispositivos médicos, medicamentos y biotecnología para proporcionar tratamientos completos a enfermos críticos.

Una nueva aplicación móvil sobre retinopatía diabética para ayudar a los oftalmólogos

Novartis ha presentado, en el 88 Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología, una nueva aplicación gratuita sobre la retinopatía diabética que pretende ser una herramienta útil en la comunicación entre los doctores y sus pacientes.

Con la aplicación "Retinopatía Diabética", el oftalmólogo encontrará una completa colección de imágenes con las que podrá preparar sus sesiones clínicas, ofreciendo así una mejor asistencia médica al paciente, seleccionando las imágenes, añadiendo comentarios o destacando con flechas aquello que le interese y pueda ser de utilidad, tanto en consulta como en presentaciones que tenga que realizar.

La aplicación ofrece la posibilidad de guardar las imágenes favoritas y/o editadas con todos los contenidos sobre la patología y permite la opción de enviar a través de e-mail la imagen con el texto o el fragmento que se desee. También se puede imprimir directamente desde la aplicación o guardar la ilustración en la librería de fotos. Además, gracias a la herramienta de "Búsqueda" se pueden localizar todas las ilustraciones e informaciones en las que aparezca el término que se desee.

Los médicos pueden descargarse la aplicación gratuitamente, junto con una guía visual, al registrarse en la web www.medicamente.com. Además, la aplicación también está disponible en iTunes store, Marketplace y en Google play escribiendo en el buscador "Retinopatía diabética".

En la versión iPad de la aplicación, se han añadido unas herramientas de edición para que los usuarios puedan escribir sobre las imágenes y añadir así mismo sus propios comentarios.

Esta novedosa aplicación es una muestra más del desarrollo de herramientas innovadoras que contribuyen a mejorar la labor del profesional sanitario, redundando así en la mejora de la calidad asistencial del paciente.



» **InGIVE electric, una aplicación en 'la nube' al servicio de la eficiencia energética**

La Federación Nacional de Clínicas privadas (FNCP) ha firmado recientemente un acuerdo con Ingive, iniciativa conjunta de Necon Energía e Indra, para poner a disposición de sus más de 300 asociados la primera aplicación *cloud* para el diagnóstico de las necesidades reales de consumo de energía y la adaptación de la contratación.

InGIVE electric, nombre que recibe la herramienta, se ofrece en modo SaaS (Software as a Service) desde el marketplace de inGIVE (www.ingivecompany.com), previo registro, con todas las ventajas

económicas, de accesibilidad y disponibilidad derivadas de su ubicación en "la nube".

Esta aplicación es el primero de los productos creados bajo la marca inGIVE, una iniciativa conjunta de ambas compañías para desarrollar servicios y herramientas

orientados a la eficiencia energética basados en las últimas tecnologías.

Ingive electric es una solución energética ambiental para mejorar la gestión de la energía con una aplicación *Cloud* de fácil uso que permite de forma muy rápida reducir costes fijos de explotación. La herramienta emite recomendaciones como respuesta a un diagnóstico previo que permite ahorros de hasta el 25% en la factura eléctrica.

El control telemático llega al programa de rehabilitación del suelo pélvico de HM Hospitales

HM Hospitales ha puesto en marcha un Programa de Rehabilitación del Suelo Pélvico Postparto dirigido a pacientes no patológicas que organiza la coordinación entre los equipos ginecológicos del grupo y su Unidad de Suelo Pélvico para evitar, en lo posible, a las mujeres el tiempo empleado en desplazamientos, aprovechando la incorporación de las nuevas tecnologías y el control telemático, gracias al Sistema Birdi.

Así, la valoración inicial de la paciente y su posible rehabilitación se realizan en las consultas de los equipos ginecológicos de HM Hospitales, y el Sistema Birdi, desarrollado en exclusiva por una startup de Telefónica I+D, permite a la mujer seguir desde su propio domicilio el cumplimiento y la modificación de los ejercicios, cuyo control se realiza íntegramente desde la Unidad de Suelo Pélvico del grupo.

El tratamiento con este programa de telerrehabilitación del

suelo pélvico resulta muy beneficioso, al facilitar que los ejercicios se realicen de forma correcta y regular y así mejorar su efectividad. Y es que la técnica de biofeedback, que consiste en la aplicación de una sonda vaginal que registra la contracción muscular y la transmite a una pantalla, permite que la paciente pueda ver si está realizando correctamente el ejercicio, al tiempo que constituye una estrategia fundamental para mejorar el cumplimiento terapéutico.

El Sistema Birdi consta de un conversor digital de presión con conexión bluetooth, y una sonda vaginal de presión. La sonda refleja los cambios de presión producidos en la musculatura pélvica durante los ejercicios, mientras que el conversor digital toma las mediciones de la presión y las transmite vía bluetooth a un terminal móvil o a un ordenador personal en el que se encuentra instalada la aplicación de realización de ejercicios y biofeedback.



» MIBOX TECHNOLOGY, la receta electrónica llega a la medicina privada

MIBOX TECHNOLOGY ha iniciado la implantación del único sistema de Receta Médica privada existente en España, que utilizarán más de 10.000 profesionales, tras alcanzar distintos acuerdos con entidades y compañías del sector sanitario privado. Los acuerdos suscritos garantizan que más del 90% de la medicina privada, pueda disponer antes del 31 de octubre de este año de EVIDENCE, una solución segura, profesional, ágil, científica y reglada de manera gratuita para la toma de sus decisiones.

La apuesta por EVIDENCE, contribuye de manera decisiva a la modernización de la Clínica Privada, capacitándola para emitir las recetas médicas en cualquier soporte, (papel, informatizada y

electrónica). Da respuesta también a la preocupación de los profesionales Médicos, Odontólogos y Podólogos, que ejercen la medicina privada con la entrada en vigor del Real Decreto 1718/2.010, de Receta Médica y Orden de Dispensación y de la exigencia del nuevo modelo obligatorio de Receta Médica Privada a partir del 21 de enero de 2013, y de las condiciones que ha de cumplir.

El citado Decreto atribuye al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) las competencias sobre receta médica privada y le responsabiliza de la edición, gestión, control e inspección de la misma. A partir de mediados de enero de 2013, las recetas médicas privadas, tanto en soporte papel como electrónico, deberán tener un formato homogéneo en todo el territorio nacional.

Sección patrocinada por:



Marisa Merino Hernández, presidenta del XV Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP)



“Es necesario tejer alianzas entre los diferentes agentes de salud para conseguir mejores resultados”

EL XV CONGRESO DE LA SEDAP SE CELEBRARÁ EN SAN SEBASTIÁN, DEL 22 AL 24 DE OCTUBRE, BAJO EL LEMA “GESTIÓN DE ALIANZAS”

PREGUNTA: ¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el sistema sanitario y cómo se plantean desde la SEDAP la resolución de los mismos?

RESPUESTA: Los principales retos del sistema sanitario son el envejecimiento de la población, la cronicidad de las enfermedades y la sostenibilidad. Para dar una respuesta adecuada es preciso un enfoque poblacional y la actuación conjunta entre diferentes niveles asistenciales y diversas instituciones y agentes de salud.

P: ¿Qué problemas concretos han de abordar los directivos de Atención Primaria?

R: Los nuevos enfoques sanitarios suponen para la atención primaria un reto y una oportunidad. Las características de la atención primaria la colocan en una situación inmejorable para liderar este cambio e integrar y fomentar todo aquello que beneficie la salud de la población. Por este motivo hemos dedicado el XV Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria a la “Gestión de Alianzas”.

P: ¿Cuáles son los objetivos del XV Congreso SEDAP?

R: Queremos plantear la necesidad de tejer alianzas entre los diferentes agentes de salud, con el fin de conseguir mejores resultados para la población. Entre todos debatiremos cómo mejorar la prevención y promoción de la salud, el envejecimiento, la cronicidad o cómo innovar en la gestión de alianzas.

P: Según el lema elegido para el congreso, ¿son las alianzas entre diferentes sectores la solución para el sistema de salud?

R: El enfoque poblacional junto con la gestión de alianzas pivotada desde atención primaria podría ser un buen camino para conseguir mejores resultados en salud y hacer sostenible el sistema en el tiempo.

P: ¿Cuántos asistentes hay previstos y cómo ha sido participación de los mismos en el congreso hasta ahora (número de comunicaciones, etc)?

R: Acudirán al congreso unas 250 personas de diversas autonomías y hemos recibido alrededor de 50 comunicaciones. Considerando el entorno actual y las dificultades económicas que nos rodean, es reseñable que los profesionales sigan esforzándose en compartir sus conocimientos y buscar la mejora continua para sus organizaciones y la población a la que dan servicio.

P: ¿Qué novedades se presentan en este XV Congreso SEDAP?

R: Contaremos con la participación de representantes de los diferentes ámbitos que tienen influencia sobre la salud, de forma que el debate sea más rico e interesante y que todos saquemos ideas que nos ayuden a mejorar. Acudirán expertos en alimentación, ejercicio físico, cronicidad, dependencia, envejecimiento, urbanismo o educación, provenientes de organizaciones sanitarias y no sanitarias, pero que en todo caso influyen sobre los determinantes de salud.

P: ¿Cuáles son los elementos más difíciles de preparar/coordinar en un congreso de estas características?

R: Después de catorce congresos de SEDAP, y con el entorno actual, no es fácil encontrar un tema conductor del congreso interesante y/o innovador. En este caso además, al haber elegido la gestión de alianzas, hemos querido plantear mesas y ponentes de ámbitos externos a nosotros, con la consiguiente dificultad.

P: La innovación es un elemento clave en la sanidad, ¿también en la gestión de AP?

R: Tenemos el firme convencimiento de que el apoyo a la innovación y a la investigación es fundamental para el desarrollo del sistema sanitario y su sostenibilidad.

La atención primaria es el estamento más cercano al paciente y el que mejor puede gestionar su salud de forma integrada. Por tanto, en este nivel es especialmente interesante la innovación y la creatividad, que nos permitan convertir las buenas ideas en productos, servicios o procesos exitosos.

Pablo Bordils Montero es ingeniero industrial de Valencia y director general de Valres, S.L., empresa a punto de cumplir un año de vida.

Valres, S.L.

Una idea hecha realidad



EL NACIMIENTO DE UNA EMPRESA DE GESTIÓN INTEGRAL DE TODOS LOS RESIDUOS SANITARIOS, SIN DEPENDER DE TERCEROS, CON UN CONCEPTO NOVEDOSO DENTRO DE UN ÁREA CASI MONOPOLÍSTICA

Los comienzos de Valres SL fueron difíciles, como siempre suele serlo convertir una idea en realidad. A pesar de la gran ilusión que teníamos, y del pleno convencimiento de que la idea era buena, el inicio ha sido lento, trabajoso y con grandes altibajos, no solo en cuanto a las expectativas, sino también en la propias ilusiones, en las ganas que eran nuestro motor y el estímulo principal para seguir adelante con el proyecto.

Incluso ahora, que la empresa es ya una realidad, esta fase inicial continúa siendo imprevisible ya que siempre hay algo que aprender, siempre algo nuevo e inesperado que se cruza en tu camino, una nueva piedra, una pega... la mayoría de cosas son para echar a correr pero si las reflexionas con calma y le pones a todo un poco de cabeza todo va saliendo al ritmo que los demás te dejan.

Todavía recuerdo el día que encontramos, en un cajón

de una empresa que compramos, un catálogo de una maquinaria y un papel con un número de teléfono, y cómo, a partir de ese simple hallazgo y de nuestra curiosidad y nuestro empeño, nuestras ideas comenzaron a tener visos de realidad.

Supongo que la mayoría de las empresas nacen de una idea y, casi al mismo tiempo, esa idea ya tiene un nombre, que a su vez da nombre a la empresa en cuestión.

En nuestro caso, creamos la sociedad por tener un nombre y al menos ser algo y no sólo una idea. Luego la dejamos parada mientras seguíamos diseñando el proyecto y solo nos acordamos de ella en el momento en que detectamos que había llegado la hora de hacerla realidad; aunque ahora, viéndolo con perspectiva, no sé si realmente encontramos nosotros el momento o más bien el momento nos encontró a nosotros.

Los inicios de nuestra actividad se centraron en consolidar la empresa. La verdad es que entramos en un sector casi monopolístico con una mentalidad diferente, realmente enfocada al cliente y basándonos en las estrategias de sectores maduros donde el mercado te obliga a luchar todos los días por ser el mejor en todos los aspectos.

Y para acometer esta labor el equipo humano resulta fundamental: seguimos siendo más o menos los mismos que empezamos y no necesitamos mucho más. El personal que vamos incorporando lo buscamos cerca de nuestras instalaciones, personas válidas para hacer todos los procesos de la compañía, trabajadoras y sacrificadas, con ganas de aprender con nosotros y de aventurarse a algo desconocido. No buscamos un perfil muy técnico ni cualificado, pues creemos que con un afán claro de superación personal y con ayuda de un buen equipo, todos podemos conseguir lo que nos proponemos.

INVERSIÓN Y PROBLEMAS

Hasta hora hemos invertido aproximadamente 1,5 millones de euros, cantidad que esperamos comenzar a recuperar (que no a pagar al banco, porque eso ya lo hacemos) en dos años. Tenemos como accionista de referencia un fondo de capital riesgo que nos aporta el respaldo financiero y de gestión necesario para superar cualquier dificultad. Una vez resuelto ese aspecto clave, los dineros, se sumaron después los problemas que ya sabíamos habría que solventar: la desconfianza de los clientes por ser un nuevo operador en un mercado donde no había más que los de siempre; la falta de colaboración de algunos clientes al no esforzarse en escuchar las nuevas propuestas que les podíamos hacer para su mejora y, por tanto, la de todos; algunas trabas administrativas derivadas de nuestro sistema legislativo, con 17 reglamentaciones diferentes para un mismo tema, en fin, los obstáculos habituales que encuentra cualquier emprendedor...

Pero estos contratiempos, si el plan de acción está claramente definido se pueden superar. En nuestro caso fue muy importante diferenciarnos bien de nuestros competidores en facetas tan importantes como la tecnología, la proximidad al cliente, la aportación real de valor al cliente al ofrecerle alternativas reales de ahorro, todo ello regido por un concepto definido de flexibilidad en la relación.

En definitiva, estamos muy satisfechos de que Valres haya prosperado y nos permita desarrollar proyectos para nuestros clientes en el área de la gestión de los



Valres, S.L. se diferencia por la gestión integral de residuos, sin depender de terceros.

residuos sanitarios, aportando soluciones reales a cada problemática y dando alternativas de ahorro dentro de lo que el mercado puede ofrecer (tanto en envases, logística como tratamiento). En este sentido, nuestra empresa no excluye a nadie: simplemente pretendemos racionalizar un gasto existente con la aportación de soluciones reales que evitan el innecesario trasiego de residuos tóxico-peligrosos por las carreteras, y el gasto en sistemas de recogida obsoletos y fuera de toda lógica más allá de la costumbre del sector sanitario.

El paciente español

Del centro del sistema, al centro de la polémica



HAN TENIDO QUE VENIR LOS SUECOS PARA DESMONTAR ESA FRASE TAN POMPOSAMENTE ENARBOLADA POR LOS POLÍTICOS DE QUE EL PACIENTE ES EL CENTRO DEL SISTEMA. EL ÍNDICE DE CONSUMIDORES DE LA SANIDAD EUROPEA SUSPENDE AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD ESPAÑOL EN DERECHOS, INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE, QUE PASA A SER EL CENTRO DE LA POLÉMICA.

[Por **GONZALO SAN SEGUNDO**]

El paciente español ha pasado de ser (si es que alguna vez lo fue de verdad) el centro del Sistema Nacional de Salud (SNS) a convertirse en el centro de la polémica. La culpa de este cambio la tiene una consultora sueca llamada Health Consumer Powerhouse que, de forma regular, publica un índice que revela el estado de la sanidad de los países europeos.

Dicho Índice de Consumidores de la Sanidad Europea (EHCI, en sus siglas en inglés) lleva rebajando puntos y *ranking* a la sanidad pública española desde hace años (ahora está en el puesto 24, de 34 países analizados, dos posiciones inferiores respecto a la clasificación de 2009), lo que sus autores interpretan como pérdida de calidad en una situación “en declive”.

Eso no encaja, aparentemente, con lo que unas y otros proclaman. Algunos ejemplos recientes. Ana Pastor, en su calidad de secretaria de Políticas Sociales del PP: “Tenemos una sanidad de nivel extraordinario” (9-4-2012); Jesús Aguirre, portavoz de Sanidad del PP en el Senado: “Tenemos una sanidad pública excelente” (7-8-2012); Javier Fernández-Lasqueti, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid: “El sistema sanitario español es de máxima calidad”; Esperanza Martí, presidenta de la Fundación Puigvert: “Tenemos una sanidad excelente de la que estar orgullosos” (26-1-2012); Rafael Borràs, director de Antares Consulting: “Tenemos una sanidad que roza la excelencia” (22.12-2011).

A tenor de dichas manifestaciones, ¿cómo se atreve el EHCI a enmendar la plana a esas autoridades pú-



Mapa de la lista de espera en la Unión Europea. En rojo, los países con lista de espera; en verde, los países sin lista de espera; y en amarillo los países que no tienen un sistema de lista de espera establecido.



Lejos de los mejores

El Índice de Consumidores de la Sanidad Europea, que encabezan Holanda y Dinamarca, coloca a España lejos de ellos, al lado de Portugal y Malta.

blicas y expertos privados y contradecir sus rotundas afirmaciones? ¿Ambas partes hablan de lo mismo, se refieren a idénticos conceptos, contemplan similares criterios? Todo parece indicar que no. El informe viene a decir, de alguna manera, que el Sistema Nacional de Salud, a pesar de su eslogan, no se centra en el paciente.

Las autoridades y expertos españoles tienen en cuenta, a la hora de realizar sus afirmaciones, sobre todo los aspectos médico-profesionales y resultados de salud. Aquí el modelo sería la Organización de Trasplantes. Pero el EHCI mide otros aspectos diferentes, en concreto: derechos del paciente, información que recibe, su participación en la toma de decisiones, acceso de los usuarios a los mecanismos de control, accesibilidad a la asistencia (listas de espera), resultados, prevención, alcance de los servicios proporcionados y productos farmacéuticos.

El interés y diagnósticos del estudio se dirigen, sobre todo, al entorno del paciente sin entrar en su enfermedad y tratamiento. De hecho, este área contiene una docena de indicadores, la mayor cantidad en los cinco apartados analizados. También analiza la transparencia que brinda el sistema público de salud.

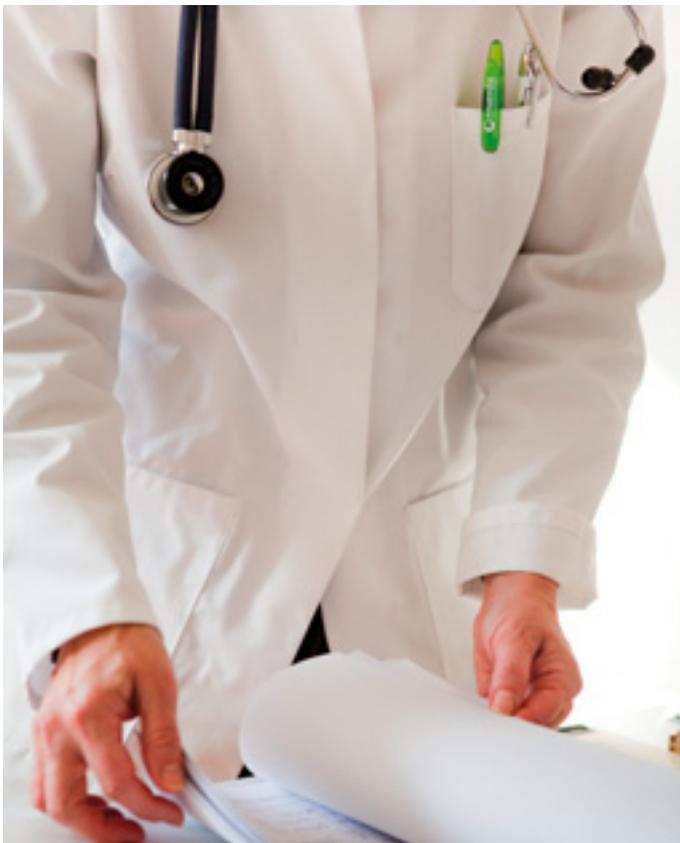
Así lo constata el autor principal del estudio, Arne Björnberg, quien, entre otros cargos, ha ocupado la presidencia de la Corporación Nacional Sueca de Farmacia y la del Hospital Universitario del Norte de Suecia: "No se trata de un informe sobre la calidad en general, sino que nos centramos en el paciente, sus derechos y participación en el sistema".

Efectivamente. Se trata del paciente. ¿Es el paciente el centro del sistema sanitario español? A tenor del Índice de Consumidores de la Sanidad Europea 2012, evidentemente, no. Pero los políticos insisten una y

País	Derechos del paciente/información	Listas de espera	Resultados	Prevención/ alcance de los servicios	Área farma.	Puntuación
Holanda	170	200	263	163	76	872
Dinamarca	175	167	250	140	90	822
Islandia	146	183	263	146	62	799
Luxemburgo	112	233	250	134	62	791
Bélgica	117	233	213	140	81	783
Suecia	141	100	300	158	76	775
Suiza	126	233	213	111	86	769
Francia	136	167	238	140	86	766
Noruega	160	83	300	146	67	756
Finlandia	131	133	250	152	86	752
Austria	141	217	188	111	81	737
Reino Unido	160	133	200	146	81	721
Irlanda	107	150	238	134	86	714
Alemania	117	200	200	111	76	704
Rep. Checa	107	183	225	117	62	694
Eslovaquia	122	200	188	99	67	675
Croacia	146	133	200	128	48	655
Estonia	141	167	175	123	48	653
Eslovenia	112	133	213	99	81	638
Chipre	112	183	188	88	57	627
Italia	131	133	213	93	52	623
Grecia	88	200	175	88	67	617
Malta	88	183	163	128	48	609
España	102	100	213	117	71	603*
Portugal	126	117	163	117	67	589

* Puesto 24 de 34 países analizados.

Fuente: EuroHealth Consumer Index 2012 y elaboración propia.



otra vez en que sí. Fernando Lamata, en julio de 2005 cuando era secretario general de Sanidad: “El paciente es el centro del sistema”. María Jesús Montero, consejera de Salud de la Junta de Andalucía, en una sesión de *Los jueves de Medical Economics*, en noviembre de 2007: “El paciente es el eje central de los sistemas sanitarios públicos”. Y Esperanza Aguirre, cuando era presidenta de la Comunidad de Madrid, en la inauguración del Hospital de Arganda del Rey, en mayo de 2011: “El paciente es el centro del sistema sanitario”.

Se dice que por la boca muere el pez. Y Albert Jovell, presidente del Foro de Pacientes, lo constata: “Es inadmisibles que se diga que el paciente es el centro del sistema sanitario y que cuando se toman decisiones que le afectan no se tenga en cuenta su opinión”. Y prosigue: “En una sociedad democrática, el paciente tiene que estar allí donde se tomen decisiones, allí donde se decida el diseño de las políticas sanitarias”.

En noviembre de 2002 se publicó en el BOE la Ley de Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y al año siguiente, en mayo, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Paralelamente, las comunidades autónomas elaboraron sus propias leyes reguladoras para aplicar ambas leyes de ámbito nacional.

Ese conjunto de normativas contempla algunos de los indicadores evaluados por el EHCI, pero, al pare-

Indicadores en los que la sanidad pública española suspende y en los que aprueba, a juicio de Health Consumer Powerhouse

Dónde falla

- Participación de las asociaciones de pacientes en las decisiones del sistema.
- Indemnización por negligencia médica sin sentencia judicial.
- Transparencia de la asistencia profesional.
- Asistencia a pacientes transfronterizos.
- Catálogo de proveedores con ranking de calidad.
- Acceso en el día al médico de Familia.
- Acceso directo al especialista.
- Acceso a cirugía electiva en menos de 90 días.
- Acceso a pruebas de radiodiagnóstico en menos de 7 días.
- Inclusión en la cartera de servicios públicos del cuidado dental.
- Atención a las personas dependientes.
- Diálisis extrahospitalarias.

... y dónde acierta

- Ley de derechos de los pacientes.
- Receta electrónica.
- Reducción de la mortalidad infantil.
- Esperanza de vida.
- Modelo de trasplantes.
- Tasa de mamografías.
- Medicamentos financiados.

EL SECTOR SANITARIO PRIVADO REPRESENTA EL 2,5% DEL PIB EN ESPAÑA Y EL 26,4% DEL GASTO DE LA SANIDAD DEL PAÍS

cer, su cumplimiento por parte de las organizaciones y, en su caso, de los profesionales, es mejorable. Y lo es en aspectos como el derecho a una segunda opinión médica, acceso a la historia clínica propia, interactividad mediante *web*, teléfono o HC, y acceso a la cita *on-line*.

El EHCI suspende claramente a España en derechos del paciente e información al mismo, junto con las listas de espera. En los otros tres ítems se mantiene en valores aceptables, e incluso por encima de la media.

Las listas de espera resultan una de las debilidades del sistema público de salud español. Los últimos datos oficiales publicados, correspondientes a diciembre de 2011, indican que la lista de espera quirúrgica en el SNS aumentó un 17,2 por ciento respecto al año anterior, con un total de 459.885 pacientes. También se ha incrementado el tiempo de acceso al quirófano en ocho días, pasando de los 65 días de espera de media en diciembre de 2010, a los 73 en diciembre del año pasado. Asimismo, ha aumentado el porcentaje de pacientes que llevan más de seis meses en lista de espera: del 5,4 por ciento al 9,9 por ciento.

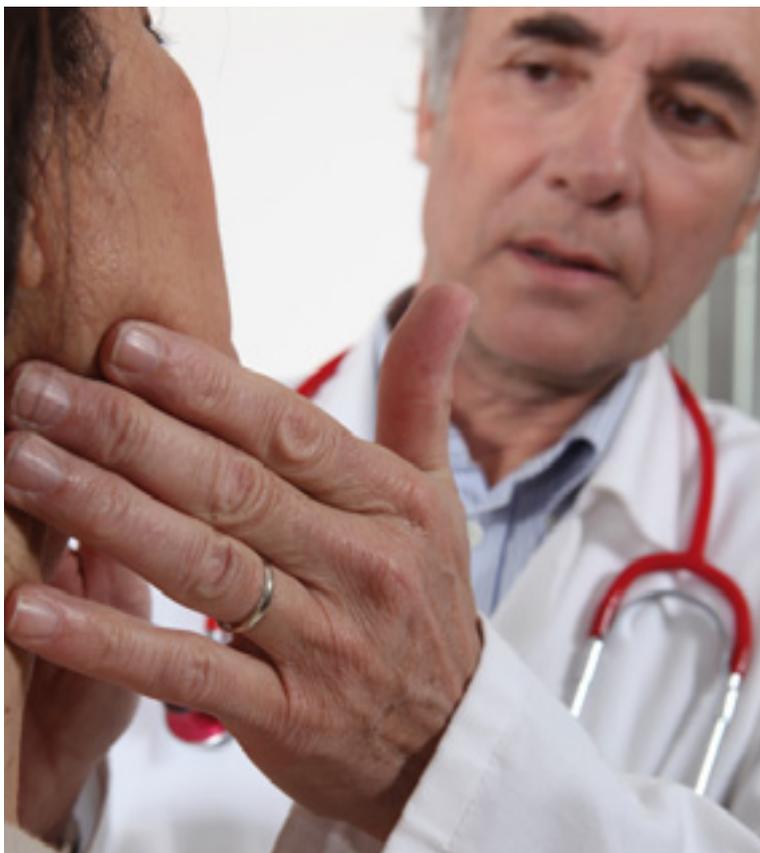
Para Björnberg, no vale echar la culpa de ello a la crisis y los recortes, pues es “algo bastante reciente”. De hecho, en informes anteriores del EHCI ya se destacaba los largos tiempos de espera como un problema a resolver. Más bien resulta una cuestión de “actitudes y organización”.

Similar explicación habría que dar a otros fallos que el susodicho informe detecta, como la falta de participación de las asociaciones de pacientes en el SNS, la ausencia de información acerca de la calidad de los servicios y los profesionales, lo problemático que resulta hacerse un escáner antes de una semana, o conseguir cita con el médico de Atención Primaria el mismo día de su petición.

En febrero de 2011, la entonces ministra de Sanidad, Leire Pajín, reconocía que la participación de los pacientes en el SNS era “una importante asignatura pendiente” para el conjunto de la Sanidad española. Entendía que el rol del paciente había experimentado un cambio sustancial, y que “el ciudadano quiere y debe ser parte activa de las decisiones que se toman sobre su salud”. Desde entonces, se han dado escasos pasos en ese sentido.

Albert Jovell resulta más incisivo: tacha al sistema de “despotismo sanitario” en el que se pretende “todo para el paciente pero sin el paciente”.

La transparencia es otra de las asignaturas pendientes del SNS. A este respecto, el informe de 2012 del EHCI señala: “A pesar de tratarse de un sistema que cuenta con financiación pública, la desigualdad está aumentando”,



en referencia a los 17 sistemas autonómicos de salud. De ahí que Björnberg se cuestione si la financiación pública por medio de los impuestos y la regionalización el sistema son las medidas adecuadas.

Pero no todo en el SNS es de cariz negativo. También hay aspectos donde este país aprueba. Además de los derechos de los pacientes, su participación en el sistema y la accesibilidad a la asistencia, el estudio mide otras variables que, en general, se califican de aceptables. En el apartado de resultados se incluyen ocho indicadores, entre los que se encuentran la mortalidad

infantil, los casos de diabetes no diagnosticados o la incidencia de la depresión. En políticas de prevención se citan la vacunación infantil y los programas antitabaco. Y en el acceso a productos farmacéuticos y servicios se señalan, entre otros, los últimos tratamientos contra el cáncer.

Todo ese conjunto de variables alcanza una puntuación máxima de 1.000, siendo Holanda el país mejor valorado, con 872 puntos, y el peor, Serbia, con 451. España obtiene 603 puntos. Esta puntuación es inferior a la obtenida en el informe de 2009, donde la sanidad pública española consiguió 630 puntos.

La transparencia en la sanidad europea

Uno de los caballos de batalla de las sociedades democráticas es la exigencia de transparencia, o sea, de información, a sus respectivos gobiernos y administraciones públicas, especialmente en los temas y asuntos que inciden o afectan directamente a los ciudadanos. Uno de ellos es la Sanidad. Aquí, España suspende en cuanto a la información a los pacientes se refiere, según el Índice de Consumidores de la Sanidad Europea (EHCI, en sus siglas en inglés). El suspenso sería probablemente más acusado si el concepto a examinar fuera la transparencia en cuanto a resultados de calidad asistencial y de gestión medidos por centro hospitalario.

El Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña ha abierto una brecha en ese sentido al publicar recientemente un informe en el que se analizan 60 indicadores asistenciales y de gestión de cada uno de los 63 hospitales públicos gestionados por el Instituto Catalán de la Salud. Es la primera autonomía que realiza semejante ejercicio de transparencia.

Hasta ahora, lo más cercano a dicho informe lo proporciona la Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía en su *Información sobre actividad asistencial y calidad de los hospitales*. Pero dicha información, con datos de enero de 2009, está referida a los distritos de Atención Primaria y solo emplea 28 indicadores, la mitad de ellos procedentes de encuestas de opinión. En la Comunidad de Madrid hay que acudir a las memorias anuales de los hospitales y, en el resto del territorio nacional, dicha información resulta prácticamente inexistente.

El informe catalán de la Central de Resultados abarca cinco dimensiones:

- 1. Atención centrada en el paciente.** Aquí, los indicadores han medido, principalmente, la satisfacción, la fidelidad y la situación de los pacientes en listas de espera.
- 2. Efectividad clínica.** Se han analizado indicadores que ofrecen información acerca de la mortalidad y los reingresos, entre otros, y el resultado es "la necesidad de realizar mejoras en la calidad asistencial".
- 3. Eficiencia.** Datos referidos a la estancia hospitalaria del paciente y su percepción acerca de la atención recibida.
- 4. Sostenibilidad.** Analiza la parte correspondiente a indicadores de solvencia, rentabilidad y liquidez de los centros.
- 5. Investigación y docencia.** Se analiza la producción científica, así como el prestigio docente de los profesionales del sistema sanitario de Cataluña en cuanto a la atracción por la formación especializada (MIR de los centros en los que los profesionales compaginan docencia e investigación con la práctica asistencial).

El informe completo se puede consultar en la *web* del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña: www.observatorisalut.gencat.cat

Para la publicación de este informe, el Departamento de Salud que dirige Boi Ruiz ha tenido en cuenta lo que en materia de transparencia sanitaria existe en otros países europeos. Por ejemplo:

Alemania. La herramienta *Weisse Liste* (Lista Blanca) fomenta el ejercicio de transparencia del sistema sanitario alemán poniendo a disposi-

ción de los ciudadanos información relacionada con los proveedores de servicios asistenciales para facilitar la elección del paciente. Y ofrece datos característicos, indicadores de actividad, capacidad y calidad de cada uno de los hospitales.

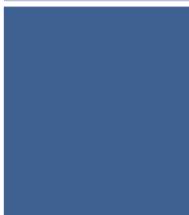
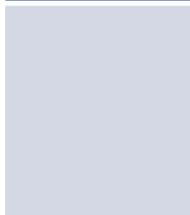
Francia. La Plataforma de informaciones de los centros sanitarios (*Platines*) es un portal que proporciona información al público sobre la actividad y calidad de los servicios de salud, instalaciones, tasas de volumen de actividad, listas de espera, etcétera por hospital.

Holanda. El portal de salud pública *KiesBeter* ofrece información general acerca de las instalaciones de los hospitales, tiempos de espera e indicadores de calidad para la elección del proveedor de salud por parte de los ciudadanos. La comparación de los indicadores hospitalarios se extiende a la atención domiciliaria, enfermería, maternidad, fisioterapia, etcétera.

Reino Unido. El Sistema Nacional de Salud británico (NHS) pone a disposición del ciudadano información acerca de todos los hospitales, públicos y privados, en la se incluye la calidad del servicio, tasas de mortalidad y de infección, la visión de los pacientes, el tiempo de espera, la calidad de la comida y otros indicadores.

Estados Unidos. La herramienta *Comparing Care Providers* ofrece información para que los ciudadanos puedan comparar la calidad que ofrecen los diferentes servicios de salud. Y *Hospital Compare* proporciona un listado de 44 indicadores que miden la calidad de la asistencia prestada por parte de los hospitales en todo el territorio.

Reduzca la responsabilidad objetiva cuando trate a pacientes discapacitados



LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL REPRESENTAN RETOS ESPECIALES, PERO USTED PUEDE TOMAR MEDIDAS PARA CUBRIR SUS NECESIDADES Y EVITAR PROBLEMAS.

[Por **WAYNE J. GUGLIELMO**]

Una internista de Oklahoma nunca olvidará a la paciente en silla de ruedas que llegó mostrando las fotografías de la úlcera por presión que tenía en una de sus nalgas. La internista sabía que la fotografía solo no era suficiente para hacer un diagnóstico. Pero sin ayuda extra y sin un montacargas, se veía incapaz de poner a la mujer en la camilla para observar la lesión de primera mano. Frustrada, la doctora sugirió a la paciente que volviera con algún miembro de su familia para que colaborara en su transporte. Sin embargo, la paciente se resistió y finalmente relleno un formulario de reclamación contra la doctora por violar la Ley de Discapacidad, establecida desde 1990 en Estados Unidos, la ley sin precedentes que prohíbe la discriminación por discapacidad.

“Mi gerente tuvo que ir a una reunión de mediación, donde estuvimos de acuerdo en invertir en un montacargas, que no era económicamente viable, o en conducir a los pacientes en sillas de ruedas a la unidad de urgencias más cercana,” dice la internista, que pidió permanecer en el anonimato.

Aunque hace dos décadas que se aprobó la Ley de Americanos con Discapacidad, los médicos en EEUU

“LA CONSULTA DE UN MÉDICO PUEDE TENER UNA RAMPA Y ESPACIOS DE APARCAMIENTO PARA DISCAPACITADOS, PERO TAL VEZ NO CUENTE CON EL EQUIPO PARA TRATARLOS UNA VEZ QUE ESTÁN DENTRO”

—Margaret A. Nosek



continúan siendo citados por violaciones de dicha ley. Conforme a “edificios públicos” bajo el Título III de la Ley de Americanos con Discapacidad, todas las consultas médicas deben tomar ciertas medidas para asegurar que la gente con discapacidad –tanto física como psíquica– reciba igual trato, en lo posible, que los pacientes que no sufren ninguna discapacidad. La eliminación de las barreras arquitectónicas que impiden el acceso físico a la consulta es una parte fundamental para el cumplimiento de la ley. Pero, tal y como descubrió la internista de Oklahoma, esto sólo no es suficiente.

LA DISCONFORMIDAD CUESTA DINERO

Las violaciones a la ley pueden ser costosas –hasta 74.500 euros por incidente de ofensa repetida. Pero la Ley de Americanos con Discapacidad no es el único asunto legal relacionado con esta población. Los médicos deberán hacer frente a una responsabilidad objetiva mucho mayor cuando algo sale mal con un paciente discapacitado.

“Nos referimos a estas personas como ‘pacientes cáscara de huevo’,” dice Kevin Quinley, un especialista en gestión de riesgos en Fairfax, Virginia, y autor de *Bullet-proofing Your Medical Practice* (SEAK, 2000). “Para ellos, una complicación o un resultado adverso puede ser mucho más devastador que para alguien sin una carga física o mental. Este hecho no influye solo en el caso de que un incidente sea pleiteado, sino que también afecta a los daños potenciales que conlleva”.

Ser más cuidadoso de lo normal al cumplir con sus obligaciones de proporcionar un acceso auténtico y un trato igual no sólo supone una buena gestión de los riesgos, sino también un buen ejercicio de la medicina.

ELIMINACIÓN DE BARRERAS

Los médicos que poseen sus propios edificios o que son responsables de los cambios de diseño por lo general han triunfado en hacer sus consultas más accesibles para la gente con discapacidad, sobre todo para aquellos con problemas de movilidad.

Han añadido plazas de aparcamiento para discapacitados, han instalado rampas en lugares donde las escaleras interrumpen el camino, han actualizado el diseño de entradas y puertas y, en algunos casos, han construido o rediseñado los baños y han instalado fuentes de agua

potable y teléfonos públicos accesibles. En general, estas modificaciones están consideradas como “fácilmente realizables” –es posible conseguirlas sin excesiva dificultad o coste. Pero a la hora de realizar los cambios los médicos se han quedado cortos antes que exceder esos requisitos mínimos para la accesibilidad física, según Margaret A. Nosek, directora ejecutiva del Centro de Investigación de las Mujeres con Discapacidades, en la Facultad de Medicina de Baylor, Houston. “La consulta de un médico puede tener una rampa y espacios de estacionamiento designados para los discapacitados, pero seguirá rechazando pacientes porque no cuenta con el equipo para tratarlos una vez que están dentro,” comenta Nosek. El centro puede documentar cientos y cientos de casos así, que violan las estipulaciones de no discriminación de la Ley de Americanos con Discapacidad. Los asuntos dominantes en cuanto a “accesibilidad” en los recintos médicos son “la falta de comunicación eficaz, la falta de equipos y servicios accesibles, y el rechazo de pacientes,” según el documento del departamento de Justicia sobre la aplicación de la Ley de Americanos con Discapacidad.

Si su consulta no está equipada para tratar a pacientes discapacitados, puede disminuir su riesgo de incurrir en una violación de la ley y mejorar la atención del paciente realizando algunos cambios prácticos. La adaptación más importante que puede efectuar una consulta médica es instalar una mesa de examen de altura regulable, dice Nosek.

Esas mesas pueden moverse de 40,64 a 45,72 centímetros por encima del suelo, facilitando el transporte de los pacientes que no pueden moverse solos. Los expertos recomiendan que la mesa pueda soportar un mínimo de 136,08 kilos, aunque la mayoría de estos modelos perfectamente sobrepasan esa capacidad de peso. Las mesas también deberían tener unas barandillas regulables y fuertes, soportes para los pies y las piernas regulables y almohadillas adecuadas para proteger los pies.

Según las características adicionales que usted elija, cuente con gastar entre 2.600 y 3.700 euros por una mesa de altura regulable bien diseñada. Los negocios pequeños,

PUNTOS CLAVE

Su consulta se considera “edificio público” según el Título III de la Ley de Americanos con Discapacidad.

Las violaciones a la ley pueden ser costosas –hasta 74.500 euros por incidente de ofensa repetida.

Deberá afrontar una responsabilidad objetiva mayor cuando algo sale mal con un paciente discapacitado.



“INSISTA EN QUE EL INTÉRPRETE CONOZCA LA TERMINOLOGÍA MÉDICA. ES UNA DESTREZA ESPECIAL QUE NO TODO EL MUNDO POSEE”

—Elizabeth A. Pector

sin embargo, tienen derecho hasta a 3.700 euros de crédito tributario no reembolsables para los costes contraídos en el cumplimiento de los requisitos de acceso de la ley.

Las adaptaciones adicionales dependen de la especialidad médica. Con el fin de permitir que las mujeres que no pueden estar de pie se sometan a una mamografía, por ejemplo, los radiólogos podrían considerar adquirir un equipo que pueda adaptarse a los pacientes en silla de ruedas. El hecho de que los médicos de Atención Primaria, los internistas o los obstetras, sean capaces de evaluar a los pacientes cuando están sentados en una silla de ruedas puede mejorar significativamente el acceso de este tipo de pacientes a la atención médica.

PUNTOS CLAVE

La estrategia más segura es preguntarle al paciente con discapacidad auditiva qué método es el que prefiere.

Una comunicación efectiva puede suponer un desafío importante cuando se tratan pacientes con discapacidades mentales o cognitivas.

Una buena documentación es especialmente vital si usted se ve obligado a dejar de tratar a un paciente con graves trastornos mentales o de personalidad.

AYUDAS A LA COMUNICACIÓN

Otro de los requisitos de la Ley de Discapacidad en EEUU es conseguir una comunicación efectiva. También es un requisito básico de una buena atención del paciente y una medida clave para evitar los daños por negligencia. En el caso de los pacientes con discapacidad, esto significa poder proporcionarles ayudas y servicios auxiliares siempre que lo necesiten.

Pongamos que usted tiene programado un reconocimiento para un paciente con discapacidad auditiva. Entre las ayudas o servicios auxiliares hay notas y materiales escritos, dispositivos asistenciales auditivos e intérpretes. Para las conversaciones especialmente complicadas, sin embargo, si el paciente sufre una grave enfermedad o precisa un procedimiento invasivo debe proporcionarse un intérprete titulado para asegurar una comunicación eficaz. La buena noticia, aún así, es que el intérprete no necesita cubrir unos requisitos especiales de acreditación para estar a la altura de los estándares de la ley. Mientras sea efectivo, exacto,

imparcial y aceptable para el paciente, un miembro de su familia o un amigo puede servir. Un empleado que cumpla estos mismos criterios también puede desempeñar el papel de intérprete.

Pero tenga cuidado. En Estados Unidos las asociaciones profesionales citan ejemplos de profesionales de

la salud que han incurrido en violaciones de la Ley de Discapacidad en casos en los que decidieron no contar con un intérprete titulado y el método alternativo resultó ser ineficaz.

La estrategia más segura es preguntarle al paciente con discapacidad auditiva qué método es el que prefiere. Si pide un intérprete, considere la posibilidad de contratar a uno para media jornada de manera que pueda ayudar en la comunicación de varios pacientes con discapacidad auditiva, dice Elizabeth A. Pector, médico de Primaria de Naperville, Illinois. “También debe insistir en que el intérprete conozca la terminología médica,” añade Pector. “Es una destreza especial que no todo el mundo posee”.

Aunque la Ley de Discapacidad en EEUU es una ley que generalmente no exige adaptaciones que supongan una carga excesiva, prohíbe terminantemente que usted le imponga un sobrecoste, tanto directa como indirectamente, a los pacientes que precisen tales servicios profesionales. Este coste debe tratarse como parte de los gastos generales de su consulta, en cuanto a la contabilidad y a efectos fiscales. Sin embargo, la desgravación fiscal es posible para aquellos médicos que ofrecen intérpretes titulados u otros instrumentos para los pacientes con discapacidades auditivas.

ASEGÚRESE DE QUE SE HACE ENTENDER

Una comunicación efectiva puede suponer un desafío importante, tanto desde el punto de vista de la ley como del de una negligencia, cuando se tratan pacientes con discapacidades mentales o cognitivas. No asuma de manera automática que va a tener dificultades. Algunos pacientes con trastornos mentales pueden ser comunicadores perfectamente competentes y precisos. Otros son fuentes de información poco fiables sobre su propia historia médica y de medicación, incapaces de describir con exactitud sus síntomas, e incapaces de comprender realmente un tratamiento.

Si usted prevé un problema, pídale permiso al paciente para comunicarse con algún miembro de su familia o tutor, dice Carolyn Reinach Wolf, abogada experta en ley de la salud mental en Lake Success, Nueva York. Si el paciente pone objeciones, animele. Dígale cosas

como: “Estas visitas podrían ser mucho más beneficiosas para usted si un miembro de su familia o un representante personal también participara”. Pero usted no puede ir más allá, ya que los adultos con discapacidad mental están protegidos por las leyes de confidencialidad federales y estatales en EEUU.

Si usted sabe que el paciente tiene un historial de problemas psiquiátricos, tenga en cuenta que puede contactar con el psiquiatra tratante, suponiendo que pueda obtener el permiso del paciente. “El médico debe decirle al paciente: ‘Sé que tiene un historial psiquiátrico. ¿Me da su permiso para hablar con su psiquiatra y poder trabajar juntos para ayudarlo?’, dice Wolf. Si el paciente se niega, documente el hecho minuciosamente, apuntando qué podrá y qué no podrá hacer en base a la información limitada que posee. Si no, puede rechazar tratar al paciente debido a que se ve incapaz de conseguir su historial médico. De nuevo, una documentación meticulosa es vital.

Para los procedimientos o pruebas que precisen el consentimiento del paciente, adapte su propuesta a cada situación. “No dé por hecho que debido a alguna enfermedad mental el paciente no es capaz de dar su consentimiento,” dice la abogada Wendy Wilkinson, directora del Centro de Asistencia Técnica sobre Discapacidad y Empresas en Houston. “Si usted realiza las preguntas normales y duda que el paciente le haya comprendido, pídale que le repita la pregunta y que le explique lo que usted le ha dicho. Si continúa con dudas, pregunte si hay alguien más que tenga la autoridad legal de tomar decisiones en cuanto a la asistencia sanitaria en nombre del paciente.”

En situaciones especialmente difíciles, si la paciente necesita una ligadura de trompas, dice, y es preciso que comprenda que el procedimiento no tiene una garantía del cien por cien, “Algunos médicos han llegado incluso a grabar en video el momento en que el paciente da su consentimiento,” dice Kevin Quinley.

Con cualquier precaución que tome, el objetivo no solo es protegerse a usted mismo de la responsabilidad legal, sino también proteger los derechos del paciente discapacitado ante usted.

PERFECCIONE LAS APTITUDES DE SU EQUIPO

Este objetivo debería guiar todas sus interacciones con los pacientes discapacitados. “La discapacidad solía verse exclusivamente como un problema médico con una solución médica,” dice Bonnie O’Day, investigador jefe del Instituto de Política Matemática, en Washington, Distrito de Columbia. O’Day es co-autor, junto



Adaptaciones físicas: Qué hay que tener en cuenta



Acceso/entrada accesible

- » ¿El camino es estable, firme y antideslizante?
- » ¿El camino tiene al menos 91,44 centímetros de ancho?
- » ¿Los bordillos tienen bajadas en las entradas, aparcamientos y zonas de acceso?
- » ¿Las rampas más largas de 1,83 metros tienen barandillas a ambos lados?
- » ¿Las rampas no se elevan más de 76,20 centímetros entre los rellanos?
- » ¿La puerta de entrada tiene al menos una apertura total de 81,28 centímetros (para puertas dobles, al menos una de 81,28 centímetros)?

Acceso a los servicios

- » ¿Hay un círculo de 1,52 metros o un espacio en forma de T para que una persona que vaya en silla de ruedas pueda dar la vuelta?
- » ¿Hay espacios adecuados para las sillas de ruedas?
- » ¿Los botones del ascensor del pasillo están a una altura menor de 106,68 centímetros?

Fácil utilización de los baños

- » ¿Hay señales en los baños no accesibles para las sillas de ruedas que indican dónde se encuentran los accesibles?
- » ¿La puerta de los baños se puede manejar con un puño cerrado, desde dentro y desde fuera?
- » ¿En los baños hay compartimentos accesibles para las sillas de ruedas?
- » En los compartimentos accesibles, ¿hay barras para agarrarse detrás y en la pared más cercana al retrete?
- » ¿El asiento del retrete tiene entre 43,18 centímetros y 48,26 centímetros de alto?
- » ¿El borde del lavabo no tiene más de 86,36 centímetros de altura?

Fuente: Lista de control de las Instalaciones Actuales, Centro de Adaptabilidad de Entornos, 1995

a Lisa I. Iezzoni, profesora de Medicina en la Escuela Médica de Harvard, de *More than Ramps: A Guide to Improving Healthcare Quality and Access for People with Disabilities* (Oxford, 2006). “Actualmente, la sociedad es más global, y las expectativas de lo que significa una asistencia igual para la gente con discapacidad son mucho mayores.”

No importa qué tipo de discapacidad tenga una persona, un método respetuoso y progresista es esencial para mantener una buena relación entre médico y paciente.



O'Day enfatiza la importancia de hablar directamente con los pacientes discapacitados en lugar de con sus representantes, programando el tiempo necesario para la consulta, y preguntando sin hacer suposiciones sobre sus necesidades, preferencias y estilo de vida. Estos pueden parecer pequeños detalles, pero conducen a una relación sana y mutuamente respetuosa y a una mejor asistencia, añade.

También son la base de una buena gestión de riesgos. De hecho, las cualidades interpersonales que O'Day res-

palda son notablemente similares a aquellas que los especialistas en la gestión de riesgos como Kevin Quinley identifican como vitales: contacto visual, escucha activa, inteligencia emocional, preguntas de seguimiento consideradas y sentido de la empatía.

“Cada vez hay más pruebas, anecdóticas y de otro tipo, de que los pacientes no demandan a los médicos que les gustan, incluso cuando existe una desviación del ejercicio médico habitual que concluye en un resultado adverso,” dice. Esto es verdad tanto si el paciente tiene alguna discapacidad como si no.

NO ESCATIME EN DOCUMENTACIÓN

Los médicos deben documentar sus encuentros con pacientes discapacitados con un cuidado especial. Es decir, deben añadir la fecha y la hora de cada anotación y detallar, junto con las pruebas que se realizaron y sus resultados, qué problemas se abordaron. Quinley aconseja describir qué hizo usted y cómo interactuó con el paciente o con su representante tanto en términos generales como específicos, utilizando citas textuales si es necesario. Mencione también qué medidas tomó, si lo hizo, para asegurar una comunicación eficaz.

Cuando usted intenta justificar sus acciones en el contexto de una alegación a una violación de la Ley de Discapacidad o en un juicio por negligencia profesional, la incapacidad para probar que usted hizo o no hizo algo a menudo depende de un mal resultado, dice Quinley. Una buena documentación es especialmente vital si a pesar de todos sus esfuerzos usted se ve obligado a dejar de tratar a un paciente con graves trastornos mentales o de personalidad que se vuelve perjudicial o poco dispuesto a colaborar.

“Documente todos los ataques de mal comportamiento o de incumplimiento,” aconseja Mel Rutherford, especialista en gestión de riesgos en Okemos, Michigan. En algún momento después de repetidos ataques del mismo tipo, usted necesita poner al paciente en aviso por escrito, por correo certificado, con acuse de recibo, dice Rutherford.

Explique que, como resultado de la incapacidad del paciente para presentarse de un modo aceptable en la consulta, usted le proporcionará 30 días de atención sanitaria de urgencia continuada, después de los cuales el paciente tendrá que contar con otro médico que se ocupe de él. “Los médicos están comprensiblemente preocupados por los problemas de abandono, pero si todo queda correctamente documentado, es razonable que un médico rechace a un paciente así,” dice Rutherford.

Por supuesto, esta es una medida de último recurso. Con una dosis de autodefensa extra, comprobará que tratar a pacientes con discapacidades físicas o mentales es gratificante y no más arriesgado que tratar a pacientes sin ninguna discapacidad.



Sobresaliente en recaudación

ESTRATEGIAS PARA TENER ÉXITO EN LOS COBROS

[Por **ELIZABETH W. WOODCOCK**]

Con los nuevos planes de salud con un deducible alto que exigen más desembolsos por parte de los pacientes, es fundamental que su consulta optimice los pagos en el momento del servicio. Además del incremento de los deducibles, las tasas de copagos y coseguros se han disparado. Y no olvidemos a los pacientes sin seguro médico, de quienes se espera que abonen todos los costes.

Con independencia de la estructura del seguro de los pacientes, o de la ausencia del mismo, las siguientes son opciones de estrategia para ayudar a su consulta a recaudar más en el momento del servicio.

1. DESIGNE UN MOMENTO PARA ELLO

Pedir el pago y recaudarlo es solo cuestión de minutos, pero si sus empleados tienen demasiada prisa incluso para registrar a los pacientes, no tendrán tiempo para pedirles el dinero. Si hay colas en la entrada, el flujo de pacientes se verá alterado, y esta alteración tiene importantes consecuencias económicas. Además, pedir el pago a los pacientes cuando hay cola detrás puede poner en peligro la confidencialidad. Si su recepcionista no tiene tiempo (o la habilidad) para recaudar los pagos, designe a un miembro del personal como ayudante. Asegúrese de que hay más espacio disponible para esta tarea en recepción. Reconozca también que a casi todos pacientes hay que pedirles el pago, por lo que

su recepcionista debe desarrollar habilidades recaudatorias con rapidez.

2. PREPÁRESE

Los pacientes suelen cambiar de seguro y de cobertura, por lo que resulta vital que realice la liquidación de cuentas antes de que se presenten en la consulta. El proceso debería incluir la confirmación de la cobertura activa del seguro del paciente, la elegibilidad de beneficios y los deducibles no cubiertos. Lo ideal es que el proceso esté enteramente automatizado: el archivo del paciente es extraído de su sistema de programación e introducido en el *software* que termina la compensación. Lo mejor es hacerlo dos días antes de la cita a fin de asegurar que la información está actualizada. Imprima una copia de la liquidación y entréguela al paciente cuando se presente a la cita.

Aunque el proceso es relativamente sencillo para los pacientes de la consulta, no será tan fácil para aquellos que se atienden en el hospital. Pero no desespere. Coja los datos de registro del hospital y realice el proceso de compensación. Al hacerlo cumplirá tres objetivos: confirmará que cuenta con información exacta con la que facturar (de no ser así, ya puede empezar la búsqueda de los datos correctos), reducirá los rechazos y mejorará sus posibilidades de localizar rápidamente la información necesaria.

3. SEPA CÓMO PEDIR

Pedir el pago de un servicio nunca debería comenzar con un “¿Le gustaría pagar?”. Enseñe a sus empleados a empezar por mirar al paciente a los ojos y preguntar “¿Cómo le gustaría pagar, Sra. Jones?”. Utilizar el nombre del paciente personaliza la interacción; extender la receta al mismo tiempo que pide el pago implica que va en serio.

Si el paciente se niega, deje la situación en sus manos, preguntando “¿Qué cantidad podría adelantar hoy, Sra. Jones?”. Aunque no consiga la totalidad del pago, probablemente consiga una parte. Respalde estos esfuerzos cambiando el cartel en recepción de una suave petición a un mensaje más firme, como “Su compañía de seguros exige que abone su copago”. Cada dólar que sus empleados puedan recaudar en el momento del servicio implica menos tiempo y esfuerzo empleados en recaudarlo en el futuro.

4. SOLICITE TAMBIÉN EL SALDO DEUDOR

Además de los copagos, asegúrese de que el personal de recepción tiene acceso inmediato a información exacta sobre el saldo deudor de los pacientes. Esto les proporciona información concreta para complementar su recaudación, lo que crea el entorno perfecto para el éxito. Lo ideal es que el recepcionista pueda consultar el sistema de gestión de la consulta; de lo contrario, haga que administración prepare una hoja de cálculo el día anterior. Como ayuda, extraiga registros que muestren el saldo deudor de cada paciente que se espera en la consulta. Entregue estos registros a los pacientes en el momento de pedir el pago.

Plantéese complementar esta información con una copia de la explicación de beneficios del paciente, si procede. Puede ser una herramienta útil cuando sus empleados digan “Sra. Jones, su compañía de seguros ha aplicado los cargos a sus deducibles. Aquí tiene una copia de la explicación de su compañía de seguros, que incluye un número de teléfono al que puede llamar en caso de duda”. Indique el ajuste contractual, y recuerde a los pacientes sin seguro que suelen obtener un descuento importante en sus honorarios.

5. ESTABLEZCA UN DEPÓSITO

Para los pacientes sin seguro, establezca un depósito obligatorio en el momento del servicio. Este puede reflejar sus honorarios totales, pero, como mínimo, será una cantidad equivalente a la media de copago. Su consulta puede ofrecer un descuento en los honorarios totales por apuros económicos, por ejemplo. Todo descuento debería quedar reflejado en una póliza por escrito que se aplique de forma constante.

6. PONGA A PUNTO EL PROCESO DE PROGRAMACIÓN DE CITAS

Sea delicado con sus pacientes, pida el pago, o al menos fije las expectativas, durante la programación de citas o llamadas de confirmación, o en ambos momentos si es necesario. Un enfoque eficaz es revelar el saldo deudor del paciente diciendo, por ejemplo,

“Sra. Jones, veo que tiene pendiente un pago de 348 dólares. ¿Podemos seguir adelante y ocuparnos de eso ahora mismo por teléfono?” Si el paciente se niega, no pasa nada, su esfuerzo por que la petición parezca un intento de ayudar al paciente al menos respalda la impresión de que espera recaudar el pago. De hecho, ayuda tanto a médico como a paciente al racionalizar el proceso de recaudación cuando el paciente se presenta a su cita.

7. SUPERVISE A SU PERSONAL

Esté pendiente de las recaudaciones en el momento del servicio llevadas a cabo por sus empleados, y realice informes semanales. Exponga los resultados en un gráfico, y compártalo con sus empleados. Al revelar los datos de cada uno de ellos, la presión del grupo surte efecto en los trabajadores de bajo rendimiento. Haga que registren datos en un informe “si no, por qué no”, es decir, si un paciente no paga la cantidad esperada, el empleado deberá tomar nota del motivo. Haga que un supervisor revise el informe semanalmente. La mayor parte de los empleados encuentran más fácil cobrar que perder tiempo registrando las respuestas de los pacientes, por lo que el informe es una herramienta de formación increíblemente útil.

Los controles internos estrictos también son fundamentales. Asegúrese de que los procesos de recaudación, registro y contabilidad están estructurados y se siguen de forma adecuada. Solicite a su contable que realice una auditoría anual de estos procesos, sobre todo si la cantidad de dinero que circula por recepción ha crecido exponencialmente en los últimos diez años.

8. COMPLEMENTE LAS RECAUDACIONES

Un empleado de recepción que destaca en las recaudaciones puede ser el candidato perfecto para hacer las llamadas pidiendo el pago. La mejor hora para realizar estas llamadas es entre las 5:30 y las 8 de la tarde, así que considere llegar a un acuerdo con su recepcionista para que haga las llamadas una o dos veces por semana. Este proceso mejorará sus posibilidades de recibir el pago, y sus empleados también podrán aprender las técnicas que les ayudarán a tener más éxito a la hora de recaudar en el momento del servicio. Establecer una relación con el paciente (“Sra. Jones, hablamos por teléfono la semana pasada...”) también ayuda.

9. PENSAMIENTOS FINALES

Todos los esfuerzos que lleve a cabo en los procesos de recaudación en el momento del servicio valdrán la pena. Piense que usted ya paga a alguien para recaudar el dinero, pero, demasado a menudo, esos esfuerzos se realizan mucho después de la prestación del servicio. Mejorar los procesos es una necesidad, así que no permita que un enfoque ineficaz lleve a su consulta a números rojos.



La autora, residente en Atlanta, Georgia, es Máster en Administración de Empresas, Miembro del Colegio Americano de Ejecutivos de Servicios Médicos y Codificador Profesional Certificado.

Cómo reconocer el trabajo altruista del médico

EN ESTADOS UNIDOS, EL MODELO DE RECONOCIMIENTO DEL SERVICIO RECOMPENSA A LOS MÉDICOS POR SU TRABAJO EXTRA DENTRO Y FUERA DE LA CONSULTA

[Por **LORI ROUSCHE**]

Cuando 34 médicos de atención primaria muy diversos se unen en un único grupo, es inevitable que surjan diferencias de opinión y de estilos de ejercicio.

Nuestro problema llegó a la hora de determinar cómo compensar a los médicos individuales por el trabajo que realizan pero que no produce beneficios.

Además de atender a pacientes en la consulta y administrarles cuidados de calidad, nuestra declaración de objetivos dice que estaremos orientados a la comunidad.

Una parte de ser médico de familia incluye realizar un trabajo que no necesariamente genera ingresos en forma de dinero contante y sonante. Ejemplos de esto son el voluntariado en una clínica gratuita, la formación de estudiantes de medicina, la redacción de panfletos para la educación de los pacientes y el servicio como presidente del consejo de medicina de familia del hospital local.

Nuestro objetivo era encontrar la forma de recompensar estos servicios que no generan ingresos y que nuestros médicos proporcionan a la comunidad o al propio grupo.

UNA MEZCLA DE PERSONALIDADES

Formamos un conglomerado de personalidades, donde no todos los participantes pensaban que el «servicio comunitario» fuera un esfuerzo que mereciera la pena. Además, no todos los médicos estaban igual de interesados en ayudar a que el grupo funcionara.

Para que un grupo numeroso sobreviva en el competitivo entorno médico actual, es necesario realizar una gran cantidad de trabajo que no implica una relación médico-paciente. Contamos con varios comités que ayudan a dirigir nuestras consultas médicas, como un comité clínico y un comité de planificación estratégica, por nombrar alguno, que deben estar presididos y dirigidos por los médicos.

El negocio de la medicina es un negocio serio, y no todos los médicos son tan diestros en diplomacia o en las negociaciones con las aseguradoras como otros. La idea se basaba en encontrar la manera de recompensar a los médicos por el trabajo que no genera ingresos, para animar a los miembros del grupo a ofrecerse como voluntarios y sacar adelante los trabajos necesarios para que la consulta funcione, así como para mantener nuestro nombre en la comunidad como grupo médico que se preocupa.



Para que un grupo numeroso sobreviva en el competitivo entorno médico actual, es necesario realizar una gran cantidad de trabajo que no implica una relación médico-paciente.

Cada uno de los miembros de nuestro grupo posee una o más habilidades diferentes.

El médico con complejo de inferioridad resultó ser un gran negociador con las aseguradoras, aunque no sea un médico demasiado cordial. La médico «granola» quería centrarse en no utilizar platos de papel en la sala de descanso, pero no le interesaba reunirse con los representantes del hospital local con el fin de formar alianzas estratégicas.

Otro médico dijo que no le importaba si los pacientes fumaban, y que no pensaba participar en un puesto para ayudar a dejar de fumar en una feria comunitaria. El médico arrogante que siempre pone sus necesidades por delante de las de los demás se negaba a asistir a las reuniones porque quería ir a pescar. El compañero que no se avergonzaba de sus «funciones corporales naturales» en la consulta resultó ser un representante de 401(k) muy hábil con el banco.

Los dos médicos que trabajaban a tiempo parcial no podían asistir a las reuniones de mañana porque tenían

“EL MODELO PROPUESTO NO QUEBRARÁ, NI HARÁ RICO A NADIE; POR TANTO, ESTÁ RESPALDADO POR TODOS LOS MÉDICOS.”

que llevar a sus hijos al autobús escolar, por lo que los comités a los que pertenecían se reunían a la hora del almuerzo o los domingos por la noche.

Con esta variedad de personalidades y de diferentes prioridades, tuvimos que encontrar la solución para que todo funcionara.

SOLUCIÓN: CREAR UNA FÓRMULA

Tras muchos forcejeos y lluvias de ideas, creamos una fórmula para dar la debida importancia a las diferentes actividades. Se estableció una hoja de reconocimiento del servicio, en la que se enumeraban como variables todos los potenciales servicios que no generaban ingresos, dando a cada uno de ellos una puntuación conforme a su valor.

Por ejemplo, una presentación a un grupo comunitario, como a un grupo escolar, supone una puntuación de 1,57 puntos. Cada vez que un médico da una charla, puede pedir 1 punto, con un máximo de 4 puntos al año por esa actividad. Estos 4 puntos se multiplican entonces por la puntuación para obtener un resultado final. Las presentaciones a colegas, como a rondas hospitalarias, requieren más investigación y tiempo, por lo que valen 2 puntos por conferencia en lugar de 1.

Otro ejemplo es el trabajo en las residencias de ancianos. La mayor parte de los médicos asumen una pérdida de ingresos cuando atienden a los pacientes de estas residencias, ya que no resulta tan rentable o eficiente como el trabajo en la consulta. Por tanto, el grupo percibe este trabajo como importante para la comunidad y para mantener nuestros objetivos, de forma que este trabajo equivale a una puntuación de 1,71 puntos. Los médicos pueden pedir 1 punto por cada 12 pacientes atendidos en la residencia, con un máximo de 3 puntos al año.

Trabajar en un comité dentro del grupo también tiene su recompensa. La puntuación por formar parte de uno es de 1,36 puntos, con la posibilidad de 1 punto por comité, con un máximo de 5 puntos al año. Para pedir los puntos, los médicos deben asistir como mínimo al 50% de las reuniones.

Otras variables que merecen una recompensa incluyen el trabajo en la sala de recién nacidos, como presidente del servicio hospitalario, como director voluntario de la residencia de ancianos, en proyectos comunitarios a gran escala (por ejemplo, caminatas de 5 km), y como preceptor de estudiantes de enfermería o medicina.

Todos los años, los médicos rellenan la hoja de reconocimiento utilizando el sistema de honor: ellos mismos

registran el número de puntos que han recibido por cada variable, multiplican la puntuación del servicio y sacan el total de sus puntos.

TODO SE COMPENSA

Para compensar a los médicos por el trabajo que no genera ingresos, se decidió gravarlo de forma anual, creando un fondo que se redistribuye a los médicos conforme a las puntuaciones de la hoja.

No cabe duda de que ningún médico se hará rico gracias a estas actividades. La tasa por médico es de 1 000 dólares al año, y la mayoría de los médicos recuperan una parte si realizan alguna de las actividades de servicio. Los nuevos miembros del grupo deben participar en dos comités, de forma que deberían recuperar unos 400 dólares (200 por comité).

Los médicos más implicados en las actividades comunitarias, los que promocionan el grupo o aquellos que participan en varios comités recuperan una parte mayor de su dinero. Los médicos muy implicados recuperarán más dinero del que han contribuido, pero en general no más de unos cientos de dólares. Así, el modelo propuesto no quebrará, ni hará rico a nadie; por tanto, está respaldado por todos los médicos.

NO PASE POR ALTO LO MÁS OBVIO

Descubrimos que este modelo de reconocimiento del servicio era una forma novedosa de recompensar a los médicos por el trabajo que realizan entre bastidores para que el grupo funcione y por su servicio comunitario.

Al médico con cuatro hijos pequeños y que ahora no tiene tiempo para participar en el trabajo de comité le gusta que su tasa compense a los médicos que sí pueden realizar ese trabajo. En 10 años, cuando sus hijos sean mayores, tendrá más tiempo para implicarse, y entonces pedirá más puntos en su hoja y recuperará más dinero.

Muchos grupos médicos pasan por alto esta compensación por el trabajo que no genera ingresos, y siempre son los mismos médicos los que se ocupan de los comités o del trabajo de servicio. Este modelo ofrece un incentivo, aunque nominal, para realizar más trabajo sin ingreso, que es tan importante para la comunidad y para el grupo.

En nuestro grupo ha funcionado de manera eficaz durante 10 años.



La autora ejerce la medicina de familia en Sellersville, Pensilvania. Envíe sus comentarios a medec@advanstar.com.



Por **LUIS G. PARERAS**

La viabilidad de una idea

Para llegar a buen puerto, una iniciativa emprendedora no solo debe tener potencial de crecimiento sino que, además, debe ser viable.

Debe establecerse si la iniciativa tiene posibilidades de llegar al mercado y convertirse en una realidad. Esto conlleva un análisis profundo del mercado, la competencia y la viabilidad del proyecto, tanto técnica como económica, estimada en función de su riesgo, de lo que cuesta llevarlo a cabo y de la posibilidad de rentabilizar esa inversión con la comercialización de nuestro producto o servicio sanitario.

A continuación se detalla el esqueleto del análisis necesario.

ANÁLISIS DEL MERCADO

Una start-up sanitaria tendrá éxito sólo si hay suficientes clientes interesados en comprar lo que pretende vender. El mercado total de potenciales compradores de un producto o servicio puede acotarse siempre en un determinado tamaño. Evidentemente, al evaluar la magnitud de la oportunidad, no es lo mismo un mercado grande que uno pequeño. Dentro de este mercado existen además segmentos, distintos subgrupos de potenciales compradores que se diferencian en función de los motivos por los que deciden comprar, su capacidad financiera, la facilidad con la que llegamos a ellos, etc.

ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA

Una start-up sanitaria tendrá éxito sólo si puede competir de manera efectiva con aquellos que llevan al mercado productos o servicios similares a los nuestros. El análisis de la competencia debe preguntarse ¿hacia dónde va el sector en el que quiero competir?, ¿dónde estará en el futuro? El emprendedor debe analizar qué compañías pueden ser consideradas como competidoras y las características de sus productos. Es importante analizar si estos productos o servicios son mejores que los propios, y por qué.

ANÁLISIS DE LA VIABILIDAD

Una idea debe ser también “técnicamente posible” y “rentable” para poder ser considerada también como una buena oportunidad. Para analizar la viabilidad, por lo tanto, es necesario tener en cuenta tanto los aspectos técnicos (competitividad) como los económicos (rentabilidad):

1. Viabilidad técnica.

El emprendedor deberá preguntarse si sus capacidades son mejores que las de la competencia. Si la competencia, por ejemplo, es capaz de fabricar un producto similar al nuestro con un coste claramente inferior, esto puede indicar que nuestra idea no es viable. Si por el contrario nuestra tecnología nos permite una mayor

calidad, rapidez o un menor coste, estaremos en muy buenas condiciones para competir.

2. Viabilidad económica.

El problema de la viabilidad no es solo técnico. Además de disponer de una buena tecnología, debemos asegurarnos de que, considerando la cantidad de dinero que nos hará falta para llevar adelante la iniciativa, y las ventas esperadas y los márgenes que podamos obtener por esas ventas, debe existir un potencial de rentabilidad, de retorno a nuestra inversión que justifique el proyecto. La idea será capaz de llegar al mercado sólo si es capaz de generar beneficios. Estos tres parámetros: inversión necesaria, margen y rentabilidad están estrechamente relacionados, y cualquier modificación de uno de los tres vértices de este triángulo impactará directamente sobre los otros dos vértices. El emprendedor sanitario debe ser capaz de entender esta relación y evaluar cómo condicionarla en su beneficio.

PUNTOS CLAVE

Hay tres parámetros clave, muy relacionados, para llevar una idea al mercado: inversión necesaria, margen y rentabilidad

El análisis de viabilidad se basa en analizar aspectos técnicos (competitividad) y aspectos económicos (rentabilidad)



Por OFELIA DE LORENZO APARICI

Respuestas a sus preguntas sobre...

Ley de Prevención de Riesgos Laborales

¿Qué es lo que reconoce al trabajador la Ley de Prevención de Riesgos Laborales?

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales reconoce al trabajador un derecho de protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, incluyendo en este campo el derecho a la vigilancia de la salud en su artículo 14, circunstancia que viene a traducirse en el correspondiente deber empresarial de garantizar una vigilancia periódica del estado de salud del trabajador en los términos que, para ello, establece el artículo 22 del mismo cuerpo legal. El deber de vigilancia del estado de salud del trabajador consiste, en consecuencia, en detectar y descubrir los efectos que los riesgos inherentes al trabajo pueden provocar en el trabajador, los cuales tendrán manifestación, en su caso, a través de una alteración de la salud del trabajador o en un estado de normalidad orgánica y funcional, tanto física como mental.

La vigilancia de la salud constituye un derecho del trabajador que descansa en la voluntariedad del reconocimiento médico como regla general. Las excepciones a la libre disposición del sujeto sobre ámbitos propios de su intimidad quedan vinculadas bien a la certeza de un riesgo o peligro en la salud de los trabajadores o de terceros, bien, en determinados sectores, a la protección frente a riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. Así pues, se configuran los reconocimientos médicos a los trabajadores sanitarios como una obligación

de la empresa, extendiéndose tal obligación en función de los riesgos inherentes al trabajo a las pruebas específicas y adecuadas para detectar las patologías que pudieran derivarse de tales riesgos.

Asistencia sanitaria a extranjeros irregulares

¿Cuál es el contenido esencial del Real Decreto 1192/21012 que regula la asistencia sanitaria a los inmigrantes sin papeles?

El pasado 5 de agosto entró en vigor dicha normativa, que regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, la asistencia sanitaria básica a extranjeros que se encuentren en situación ilegal en España queda garantizada. Asistencia básica a la que se tiene acceso sin necesidad de tarjeta sanitaria, tratándose de una medida excepcional para situaciones transitorias de personas que se encuentren en nuestro país al margen de la legislación de extranjería.

Esta atención se circunscribe a situaciones de urgencia, embarazo y parto y, cuando se trate de menores, se extiende a todo tipo de prestaciones, que el Estado garantiza y que corresponde a las Comunidades Autónomas facilitarla, organizándola de la manera más efectiva y ágil posible. En la Comunidad de Madrid son de aplicación desde el 1 de Septiembre. Los extranjeros en situación irregular también tienen pleno acceso a los programas de salud pública, de prevención y control de enfermedades

transmisibles (TBC, SIDA, Enfermedades de transmisión sexual, etcétera).

La asistencia sanitaria, fuera de esos supuestos está sujeta a facturación. En el caso de carencia de recursos, el Servicio Autonómico de Salud se hará cargo de la asistencia básica a la que antes se ha hecho referencia y en el resto, si la situación sanitaria así lo requiere puede establecer las fórmulas que resulten adecuadas a través de programas sociales o de cooperación.

Software sin licencia

¿Qué ocurre cuando se usa un software sin licencia en el sector sanitario?

El uso de software sin la preceptiva licencia, sin perjuicio de poder suponer no solo una infracción civil sino igualmente un posible ilícito penal, igualmente pudiera acarrear un incumplimiento de la normativa de protección de datos, ya que el artículo 9 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, establece la obligación de tomar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos, siendo el software instalado, al margen de la previa obtención de una licencia, una grave amenaza para los datos personales y contrario a las medidas de seguridad previstas para cualquier tipo de datos relativos a las personas físicas.

Tampoco podemos obviar la afectación que este uso de software sin licencia pudiera tener en las certificaciones ISO 9001. Resulta notorio que un programa sin licencia resulta más que probable que pudiera encontrarse mal instalado, configurado, o se exponga a una sobrecarga de usuarios no recomendada ni prevista por el propio fabricante, afectando por tanto a la calidad del servicio y del producto final, por lo que contradiría el apartado 6.3 de la norma ISO.

Socia del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa. Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es



Ryder Cup Junior Match 2012

El eterno duelo vuelve al Medinah Country Club

Dentro del combinado europeo, participaron las españolas: la cántabra Harang Lee y la asturiana Covadonga Sanjuán.

El equipo de Estados Unidos ha superado a Europa por 14.5 a 9.5 en la Ryder Cup Junior Match, torneo de categoría Sub 18 previo a la Ryder Cup, que se ha celebrado en el campo de Medinah Country Club (Illinois, Estados Unidos) y que ha contado, dentro de las filas del combinado europeo, con la participación de dos españolas; la cántabra Harang Lee y la asturiana Covadonga Sanjuán.

El dominio estadounidense, exhibido en la primera jornada tras la disputa de los seis *foursomes* y seis *fourballs* (7-5), quedó ratificado durante la celebración de los partidos individuales en la segunda y definitiva ronda de competición.

Durante el primer día, el cuadro norteamericano se impuso en tres partidos en la sesión de mañana, en la que Harang Lee y Covadonga Sanjuán perdieron su *foursome*, y venció en otros tres *fourballs* por la tarde. En esta sesión vespertina faltó por finalizar un partido –completado posteriormente–, en el que la pareja europea dominaba en el marcador, y Harang Lee sumó el primer punto español al vencer su duelo junto con el italiano Renato Paratore.



Harang Lee y Covadonga Sanjuán, representantes españolas en la Ryder Cup Junior Match.

En la segunda jornada, Estados Unidos volvió a superar a Europa en el marcador parcial (7.5 a 4.5), una modalidad donde Covadonga Sanjuán aportó un punto al equipo europeo al ganar a Samantha Wagner en el hoyo 18.

Las dos golfistas españolas se ganaron su participación en la prueba con relevantes méritos: la cántabra ha ganado este año el Internacional de España Stroke Play Femenino 2012 y ha sido subcampeona de Europa Sub 18 con los Equipos Nacionales. La asturiana, por su parte, se ganó su pasaporte de forma automática con su victoria individual en

el Europeo Sub 16, celebrado en Hungría.

Las dos jugadoras de la Escuela Nacional Blume han formado parte del combinado europeo junto a los alemanes Dominic Foos y Quirine Eijkenboom, la danesa Emily Pedersen, el irlandés Gavin Moynihan, el italiano Renato Paratore, el austriaco Matthias Schwab, los suecos Victor Tärnström y Linnea Ström, y los ingleses Toby Tree y Bronte Law. El capitán del conjunto europeo fue el escocés Stuart Wilson.

IV edición del Banesto Tour

Cantabria acoge de nuevo al Banesto Tour, el circuito de golf femenino para profesionales y amateur que este año celebra su cuarta edición, y disputará la sexta prueba del 10 al 12 de octubre en Golf Nestares, en Reinosa, con el impulso del Gobierno de Cantabria a través de Cantur. El campo de Nestares, inaugurado en el 2001, se ha ido modelando poco a poco en estos últimos años y se ha conseguido un diseño digno e integrado en Campoo, verde casi todo el año igual que la comarca en la que radica; un campo divertido

para el *amateur*, dificultándolo para profesionales con el *rough* alto y contando con el viento que será un factor determinante. El número de abonados ha incrementado en los últimos años en Nestares al promocionarse con la creación del “día del jugador”, los lunes y jueves, pudiendo disfrutar de 18 hoyos por ocho euros durante todo el año, menos julio y agosto que asciende a 12 euros. Eduardo Arasti, Consejero de Innovación, Industria, Turismo y Comercio señala: “el Gobierno de Cantabria está elaborando un plan

director cuyo objetivo es convertir el golf en nuestra región en una industria turística, con atractivo y generadora de puestos de trabajo. Este plan, gestionado desde la entidad pública Cantur, tiene dos líneas de actuación: se mejorarán los campos existentes convirtiéndolos en instalaciones punteras e innovadoras, y se proyectarán diez nuevos campos en zonas estratégicas de la región. Crearemos una oferta de campos que los jugadores de golf sabrán valorar, gracias al impulso de la colaboración público-privada”.