

Medical Economics[®]

EDICIÓN ESPAÑOLA

22 DE MARZO DE 2013

Nº 187

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

ENCUESTA : SALARIOS 2012

Aumentan los costes pero no los ingresos



Más

**El negocio internacional
salva sus cuentas**

PÁGINA 29

Mantener una conexión

PÁGINA 39

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.





ENCUESTA : SALARIOS 2012

Aumentan los costes pero no los ingresos

31



26

EN PORTADA

31 **Encuesta salarios en EE.UU:** **Aumentan los costes pero no los ingresos**

Medical Economics ofrece en este número un análisis de los salarios de los médicos durante el pasado año en Estados Unidos. En una entrega posterior se revisará la situación española.

REPORTAJES

24 **Sanidad 2020:** **un futuro incierto y su posible evolución**

En el actual momento de incertidumbre, en el que se pone en duda la sostenibilidad del sistema sanitario español, resulta de especial interés contar con un análisis de la situación y, sobre todo, contar con recomendaciones para un futuro próximo.

26 **Manos a la obra: Medicina personalizada**

Los cambios en la atención sanitaria exigen un replanteamiento de la forma en que usted y sus empleados trabajan unos con otros, y con los pacientes.


29 **El negocio internacional salva sus cuentas**

Mientras las compañías farmacéuticas incrementan su negocio internacional con repercusión positiva en sus resultados, las clínicas sufren el deterioro del mercado interior.

39 **Mantener una conexión**

Escuchamos a nuestros pacientes, pero en estos tiempos tecnológicos, ¿realmente les prestamos atención?



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. Paredes

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Pilar Uviedo
puviedo.spa@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

Estrella Tabárez
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



10

48

SECCIONES

- 5 **Mi punto de vista**
Equipos multidisciplinares
- 6 **Ojo Clínico**
¿Incentivar solo con dinero?
¡No, gracias!
- 7 **El termómetro**
Innovar para afrontar el futuro
- 10 **Actualidad**
- 14 **Gestión en AP**
- 16 **Gestión en Enfermería**
- 20 **Boletín Infotecnología**
- 42 **Impuestos**
- 44 **Normativa**

46 **Informática**

48 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Es la coordinación entre niveles
asistenciales parte de la solución
de la crisis del SNS?



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 2013 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 2013 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Equipos multidisciplinarios

Por VERÓNICA PILOTTI

Actualmente, muchos de los problemas que afrontan los profesionales de la salud resultan en extremo interesantes para los ingenieros, debido a que la solución a los mismos involucra el diseño y aplicación práctica de dispositivos y sistemas de uso habitual en el campo de la ingeniería. Las necesidades que se presentan pueden generar desde construcciones a gran escala, muy complejas, hasta la creación de equipos simples o complejos para diagnóstico o tratamiento de patologías. Aquellos profesionales de la ingeniería dedicados al área de la salud son llamados ingenieros biomédicos.

Los ingenieros biomédicos requieren un conocimiento considerable de ingeniería y ciencias de la salud (biología y medicina). La formación académica les debe permitir trabajar con médicos, con investigadores, con fabricantes, o con pacientes, manejando los mismos códigos.

Esta capacidad para trabajar con otros profesionales ha generado un amplio abanico de aplicaciones de la ingeniería biomédica en la asistencia sanitaria, entre ellas:

- Aplicación de sistemas de análisis y simulación de patología, por ejemplo para modelización de sistemas.
- Diseño de dispositivos para detección, monitorización y procesamiento de señales fisiológicas, para detección de anomalías; como por ejemplo, los electrocardiógrafos.
- Diseño de dispositivos para reemplazo y optimización de funciones fisiológicas, como lo son productos altamente comercializados como las lentes intraoculares o de alto impacto vital como una máquina de diálisis.
- Diseño de sistemas inteligentes basados en PC, para relacionar síntomas y patologías con decisiones clínicas, usados en situaciones de emergencia con alto nivel de presión.
- Diseño de sistemas de visualización de estructuras óseas y tejidos blandos, como equipos de tomografía o radiografía.
- Diseño de espacios para desarrollo de actividades sanitarias, integración, operación y administración de la tecnología médica en función del tipo de actividad clínica desarrollada, de población asistida y de contingencias existentes.

Tal como sucede en la práctica médica, es poco probable que una sola persona pueda adquirir experiencia en todos los cam-

pos. Es por eso que la tendencia mundial nos conduce a valorar la especialización del ingeniero biomédico, aun más, si cabe.

Los ingenieros biomédicos dedicados a prestar apoyo en cualquier tipo de centros de asistencia sanitaria se conocen con el nombre de ingeniero clínico u hospitalario. Las tareas del ingeniero clínico están directamente relacionadas con el mantenimiento del equipamiento y de la infraestructura; el asesoramiento frente a proveedores; la participación en montajes; el diseño de espacios o ampliaciones; la verificación e implementación de medidas de seguridad; la evaluación de necesidades de equipamiento; la capacitación de personal para uso de equipamiento, la capacitación del personal para hacer uso eficiente de recursos; la aplicación de



"EL TRABAJO DEL INGENIERO CLÍNICO PUEDE GENERAR UN IMPORTANTE AHORRO EN LOS RECURSOS Y UN AUMENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN"

normas y regulaciones vigentes y la preservación del medio ambiente.

El control y la organización que el ingeniero clínico puede poner sobre estas tareas generan un importante ahorro en los recursos y un incremento progresivo en la calidad

de atención, para hacer el sistema más efectivo y eficiente.

El envejecimiento de la población aumentará la demanda de dispositivos biomédicos y productos sanitarios. Además, a medida que la sociedad va tomando conciencia de los avances tecnológicos, los pacientes los demandan a sus médicos para sí mismos. En estas circunstancias, los ingenieros biomédicos, experimentarán una mayor demanda de sus servicios.

Sólo en EEUU hay unos 17.000 ingenieros de esta especialidad empleados por cuenta ajena. Se estima que la demanda de ingenieros biomédicos en EE.UU crecerá un 72% entre 2008 y 2018, mucho más rápido que la tasa de crecimiento para otras ocupaciones. En Latinoamérica hay unos 5.000 profesionales formados en ingeniería biomédica, trabajando en hospitales, en fábricas de dispositivos médicos, o en centros de investigación.

En España se han estado dictando cursos de post-grado que han permitido a los ingenieros adquirir una especialización que les diferenciara. Pero en los últimos dos años han surgido propuestas de formación en ingeniería biomédica como titulación de grado, como respuesta a una demanda en aumento.

Project Manager en IMEX

¿Incentivar solo con dinero? ¡No, gracias!

Por **JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA**

Leo con gran interés cómo la Conselleria de Sanitat, en Valencia, destinará este año 18.5 millones de euros a retribuir en variable a los profesionales del sistema sanitario que sean más eficientes. Y no es la única comunidad autónoma.

Es una muestra de que se confía en los esfuerzos extra y en la implicación de los profesionales sanitarios y, además, se les intenta reconocer. Ya Ribera Salud, hace años, fue pionero en instaurar un sistema de incentivos por objetivos y desarrollo de carrera profesional en los hospitales públicos de Alzira y Torrevieja, gestionados por ellos.

Siempre me ha parecido ideal que en el mundo sanitario se apliquen medidas típicamente empresariales. Y es justo que se premie a quien más méritos haga y a quien sea más responsable y eficiente. Aparenta ser muy sencillo, es el momento de alabar la meritocracia y la productividad pues, si pretendemos tener una sanidad pública y universal para todos, y de calidad, nadie puede no estar de acuerdo en que cobren más los que trabajen más y mejor. Y aunque sean funcionarios, que ya está bien de hablar tanto sobre los ciertos privilegios nocivos adquiridos por algunos pocos de ellos, y tan poco sobre el nivel real de motivación para muchos, tan estancado en España.

Pero mucho cuidado: son momentos de profundas reformas en el mundo sanitario y no solo con dinero fruto de incentivos se satisface a los profesionales; esta visión de ellos sería lamentable y falsa. Hay otros aspectos profesionales a valorar que les pueden afectar y no se “compran” con dinero. Y me refiero a que cuando se producen cambios en la organización, ellos deben sentirse los principales: de hecho deben ser los mejores conocedores de su ámbito y no sentirse amenazados en sus competencias.

Por ello, no me complace contemplar cómo políticos significativos de este país, aunque dicen estar a favor de promocionar cambios en el sistema sanitario incluyendo a los servicios sociales, a los profesionales de la salud pública y a la relación clínica-paciente, no lo hacen, al menos con la intensidad necesaria. Eso sí, en cuanto dejan el cargo, lo recomiendan denodadamente y de forma algo falsa a sus sucesores, escribiendo libros o a través de conferencia.

El desarrollo competencial de los profesionales sanitarios es muy alto. Ellos saben donde están las ineficiencias, las pérdidas, las “inversiones no imprescindibles”, y tienen una gran capacidad innovadora utilizable en un ambiente motivador. E insisto: la motivación profesional no es solo económica, sino que la mayoría de los profesionales son constructivos y sensibles a participar en la

gestión sanitaria en la medida y ámbito que les corresponde.

Y a diferencia de otras corrientes y opiniones, promovidas solo por los sindicatos, muchas veces de forma interesada, entre los elementos sensatos del sistema observo, alentadoramente, que se vuelve a no pensar tanto en la idea economicista de la salud como objeto de mercado medida solo en actos asistenciales y ahorro, aunque el entorno de crisis obligue a recortar recursos. Al menos como pensamiento que vuelve, renace. La salud no es compatible con una reducción de costes, sin garantizar los resultados previsibles, a medio y largo plazo.



Pero habrá que derribar ese asentado tabú de solo valorar como productivo el acto asistencial y no reconocer otras funciones imprescindibles para potenciar la salud ciudadana, como la estratificación de la población del área, el desarrollo de programas de educación sanitaria y la coordinación multisectorial, crear espacios para la comunicación entre profesionales con actuaciones planificadas en pacientes concretos, la formación, la investigación de resultados en salud, etcétera. Y que estas funciones estén reconocidas y preservadas en la organización de un sistema sanitario innovador y orientado al futuro y a la eficiencia.

Una medida estimulante para ello debe ser la de satisfacer la necesidad de la formación de los alumnos de Medicina en los aspectos sociales y de comunicación con el paciente que, sin duda, influirán en la aparición de un recuperado paradigma de la asistencia sanitaria en todos los ámbitos. Pero también es importante resaltar que este cambio dirigido por los profesionales debe ir dentro de un marco de gestión en el que los beneficios reviertan en los servicios.

Lo anteriormente descrito es una idea que en los momentos actuales, en los que los profesionales sanitarios están en una situación de gran desmotivación, es casi imposible llevar a cabo. Pues bien, lancemos un mensaje optimista y pensemos que con este tipo de incentivos, económicos y no, se ponen las cartas encima de la mesa, se separa el grano de la paja y se acabará con tópicos generalmente injustos, premiándose lo necesario: la cultura del esfuerzo, de forma objetiva y mediante diferentes indicadores. En nuestra Sanidad hay extraordinarios profesionales, de los mejores del mundo. Es su turno... ¡a demostrarlo!

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics. Para contactar: jmmartinezgar@gmail.com

Innovar para afrontar el futuro

Por **FERNANDO MUGARZA**

Innovación es una palabra que de alguna forma está perdiendo su auténtico sentido de tanto utilizarla sobre todo para adornar discursos o gestiones alejadas de este contexto.

La innovación asociada a la inversión en I+D puede contribuir a solucionar de la crisis. Necesitamos dejar de vernos como un país prestador de servicios, fortalecer nuestro tejido industrial y generar la creación de empresas, especialmente pymes innovadoras. No se trata de una inversión en la que se vean los beneficios a corto plazo, pero es seguro que estos beneficios acaban apareciendo y perduran; debemos considerar que las crisis también generan oportunidades.

En España donde se invierte poco en fomentar los procesos de investigación y desarrollo es difícil que nuestras empresas y centros de investigación puedan poner en marcha sus proyectos y mucho menos transformarlos en novedosos productos y servicios competitivos.

Si tomamos como referencia las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística sobre actividades en I+D 2011, España tiene un gasto en I+D inferior al que le correspondería por su grado de desarrollo situándose en 1,33% del PIB frente al 1,39 alcanzado en 2010. Según estos datos, la contribución de las empresas al gasto de I+D en España cae por tercer año consecutivo y supone un descenso del 1,5% respecto al año anterior. Aunque esto es debido sobre todo al descenso del gasto de I+D en pequeñas y medianas empresas; no así en las grandes, que han aumentado esta partida.

Pero la innovación no es privativa de las grandes empresas; en muchas ocasiones son las pequeñas y medianas las que desarrollan, con mayor profusión si cabe, esta actividad. Prueba de ello es un sector como el de la biotecnología entroncado en el entorno de la salud: aquí los datos son contundentes y se aprecia que este sector, aun siendo pequeño, se está comportando bien, de forma sólida y madura pese a la difícil situación económica.

Entre todos los datos, destaca el aumento de la cifra de negocios del sector, que alcanzó los 60.122 millones de euros en 2010, el 11% más respecto al año anterior (Encuesta sobre Innovación Tecnológica en las empresas 2010 del Instituto Nacional de Estadística recogidos en el último Informe Asebio).

La cifra de negocio de las empresas biotecnológicas ha pasado de suponer el 2,98% del PIB en 2008 al 5,72% en 2010; respecto a la facturación del sector, el 58,42% del total lo generan las empresas en la que la biotecnología es considerada una línea de negocio secundaria, mientras que un 27,7% proviene de empresas en las que la biotecnología supone una herramienta necesaria de producción, y el 13,88% restante se atribuye a aquellas en las que la biotecnología es una actividad principal y/o exclusiva.

El número de empresas que realizan actividades relacionadas con la biotecnología ascendió a 1.715 en 2010, con una tasa de crecimiento del 12,8%. De ellas, 617 empresas han desarrollado la biotecnología como actividad principal y/o exclusiva, lo que supone un aumento del 29,9% respecto al año anterior.

El empleo total sumó 163.526 trabajadores en 2010, el 3,8% más que el año precedente, y la inversión interna privada en I+D en biotecnología ascendió a 568 millones de euros en 2010, el 11,2% más. Esta cifra casi triplica la dedicada a I+D en 2005, que llegaba a los 201 millones de euros.

Por otro lado, la Fundación Parque Científico de Madrid, en colaboración con Asebio, identificó 623 publicaciones de solicitudes de patentes y 299 publicaciones de concesiones de patentes en 2011. El 35% de las solicitudes de patentes biotecnológicas se corresponden a empresas, el 25% a universidades y otro 24% a Organismos Públicos de Investigación (OPIS).

En cuanto a las publicaciones científicas de empresas españolas en distintas revistas de impacto, se ha computado un total de 141 impactos en 2011, un 6% más respecto al año anterior, cuya titularidad corresponde a 22 entidades. PharmaMar perteneciente al Grupo Zeltia es la empresa con más publicaciones (36), seguida de BTI (24) y MSD (14).

Fruto de este esfuerzo innovador, el Comité del Programa de Promoción de la investigación científica, desarrollo e innovación tecnológicos (I+D+i) en la industria farmacéutica (Profarma) ha otorgado la calificación de "Excelente" a PharmaMar S.A. (Grupo Zeltia), líder en el desarrollo de antitumorales de origen marino.

PharmaMar, que obtuvo también esta máxima calificación de excelente en las anteriores once convocatorias, está encuadrada en el Grupo A del Programa, que comprende compañías con actividad investigadora significativa.

El baremo de la consultora especializada –Booz & Company– viene incluyendo a Telefónica, Almirall, Acciona, Zeltia y Abengoa dentro de las 1.000 empresas más innovadoras de la UE, teniendo en cuenta que la que más invirtió en I+D en términos porcentuales respecto de sus ventas fue el Grupo Zeltia con un 43,24% de intensidad inversora en innovación. Todo un indicativo de que el esfuerzo innovador no está relacionado con el tamaño de la empresa, sino con la cultura y compromiso que cada cual tiene con la sociedad en términos de futuro.

Director de Comunicación del Grupo Zeltia y de Desarrollo Corporativo de IDIS. Expresidente y miembro de honor de Forética.



GESTIÓN

LOS HOSPITALES PRIVADOS, LÍDERES EN TECNOLOGÍA

Según las conclusiones del taller 'Tecnología e innovación en Sanidad privada', enmarcado en el XVIII Congreso Nacional de Hospitales celebrado en Bilbao, el sector sanitario privado ofrece tecnologías en el ámbito hospitalario que son eficientes, reducen costes y ayudan a mejorar la gestión asistencial del paciente. Por ello, la integración del sector sanitario público y privado es una opción viable para que los pacientes puedan contar con tecnología médica de vanguardia y una asistencia sanitaria de calidad.

Según Manuel Vilches, director de Operaciones del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) "el sector hospitalario tiene la obligación de investigar, innovar y aprender sobre nuevas tecnologías para ofrecer al paciente tecnología de calidad que mejore el diagnóstico y tratamiento del mismo".

Efectivamente, éste es un ámbito en el que el sector privado tiene un papel fundamental, ya que se esfuerza por seguir avanzando cada día con la aplicación de nuevos avances en tecnologías de comunicación e información y servicios.

A modo de ejemplo, "el 60 por ciento de las resonancias magnéticas y el 58 por ciento de los PET existentes en hospitales de nuestro país están ubicados en centros privados", comentó Manuel Vilches.

Durante el taller se destacó que el envejecimiento de la población y el aumento de ciudadanos con problemas crónicos hacen necesario que las instituciones estén preparadas para ofrecer soluciones técnicamente eficientes y económicamente sostenibles, todo ello sin olvidar que el paciente y la calidad del servicio es el punto de partida de todo.

GESTIÓN

AES PIDE REFORMAS SANITARIAS ESTRUCTURALES URGENTES

En una jornada de la Asociación de Economía de la Salud (AES), celebrada recientemente en Santander, un grupo de expertos españoles en esta materia han urgido a gestores y políticos a acometer reformas sanitarias "estructurales", basadas en la toma de decisiones con "más información" y "menos propaganda".

Durante la celebración de esta jornada, organizada por AES y la Universidad de Cantabria bajo el título "Crisis y reformas: las posibles, las deseables", el presidente de la Asociación de Economía de la Salud, AES, Juan Oliva, pidió un "cambio cultural" para el "buen gobierno" de la Sanidad,

inspirado en criterios de "eficiencia y equidad".

Asimismo, los expertos abogaron por abordar reformas sanitarias que sean "estructurales", para no reiterar errores del pasado, y tomando conciencia de que ingresos tributarios con los que se contaba en el pasado "será difícil que vuelvan toda vez que dependían de la dinámica del sector inmobiliario".

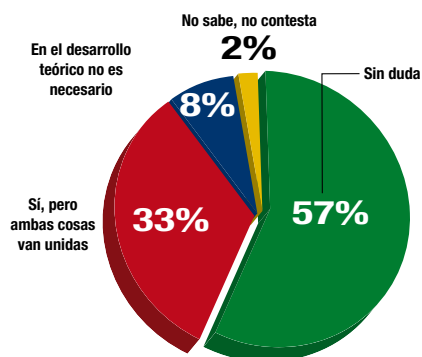
También subrayaron la necesidad de ligar la financiación y utilización de servicios con resultados en salud, y avanzar en la coordinación entre niveles y sistemas, con la necesaria participación y la complicidad de profesionales y la ciudadanía.

ENCUESTA

SI EL PACIENTE ES EL CENTRO DEL SISTEMA, ¿NO HA DE CONSIDERARSE EL PROFESIONAL SANITARIO EL EJE QUE LO SUSTENTA?

Según los resultados de la encuesta de Medical Economics, una gran mayoría de los participantes manifiesta que el profesional sanitario ha de considerarse el eje que sustenta el sistema, como paso previo a considerar al paciente como centro del mismo. Un considerable porcentaje afirma que, en realidad, ambas cosas van unidas.

Un pequeño porcentaje asegura que, en el desarrollo teórico, no es necesario hacer esta diferenciación, mientras una parte casi no representativa ha decidido no manifestarse al respecto y elegir la opción "no sabe, no contesta".



PREMIOS

SE ABRE EL PLAZO DE PRESENTACIÓN AL PREMIO SANITAS AL MEJOR MIR

La Fundación Sanitas ha abierto el plazo para la presentación de candidaturas al Premio Sanitas al Médico Interno Residente del año 2013. El Premio Sanitas MIR, único galardón de esta naturaleza que existe en España, reconoce la importancia y aportación del sistema MIR a la formación médica especializada en nuestro país. El médico ganador del Primer Premio obtendrá

una dotación económica de 12.100 euros netos; una estancia de cuatro semanas en el área de su especialidad en centros clínicos del Reino Unido bajo la coordinación de Bupa, empresa matriz de Sanitas, así como la posibilidad de ingresar directamente en el cuadro médico de la compañía.

Asimismo, se entregarán dos accésit, que recibirán 3.100 euros netos cada uno.

PROFESIÓN

LOS COLEGIOS DE MÉDICOS RESPALDAN A SENDÍN

La celebración de las elecciones a la presidencia del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) ha supuesto un respaldo mayoritario a Juan José Rodríguez Sendín, quien ha sido reelegido como presidente con el 82,6 por ciento de los votos en una jornada que se caracterizó por una muy amplia participación (95 por

ciento). El presidente de la OMC obtuvo 43 votos favorables y 6 votos en blanco. Rodríguez Sendín repite así en la presidencia del máximo organismo de representación de los médicos y afronta su segundo mandato. Otros cargos que se han renovado en estas elecciones han sido los de vicesecretario y tesorero.

COLEGIACIÓN

EL CONSTITUCIONAL ANULA LA COLEGIACIÓN VOLUNTARIA

El Tribunal Constitucional ha emitido sendas sentencias por las que anula los artículos de las leyes de Asturias y de Extremadura en que se daba paso a la colegiación voluntaria de los médicos con dedicación exclusiva al sistema público y que, en su día, fueron recurridas por el Gobierno del Estado a instancias de las correspondientes corporaciones profesionales. Hace apenas dos meses, el Tribunal Constitucional se pronunció en los mismos términos sobre la normativa de Andalucía.

Según un comunicado del Colegio de Médicos de Asturias, el Pleno del Tribunal Constitucional ha emitido una sentencia datada el 28 de Febrero de 2013, en virtud de la cual se decreta la inconstitucionalidad y nulidad del precepto legal que acogía la colegiación voluntaria de los médicos con dedicación exclusiva al SESPA.

La sentencia responde a un recurso interpuesto por el Gobierno de España el 20 de Febrero de 2004, a instancias del Colegio de Médicos de Asturias. Según el comunicado, dicho recurso había sido interpuesto con la medida cautelar de "suspensión de entrada en vigor", medida cautelar que fue retirada posteriormente por el Gobierno de Rodríguez Zapatero.

ENTRE NOSOTROS

NUEVO LIBRO DE CARLOS LENS

Carlos Lens Cabrera, subdirector general de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios, y miembro del consejo de Medical Economics ha presentado recientemente su libro, "Las monedas de Judas, una leyenda sobre las reliquias de los templarios", segunda incursión del autor en la novela histórica.

Lens siempre ha combinado su carrera profesional como farmacéutico y economista con su interés por la literatura. En este caso, los entresijos del poder, el honor y la gloria se descubren cuando la Orden de los Pobres Caballeros de Cristo y del Templo de Salomón se encuentra en el momento culminante de su esplendor.

Pero los rencores de los poderosos de la Tierra, el rey de Francia y el papa de Roma, desencadenan un golpe mortal contra la institución y, sobre todo, contra su prestigio.

OJO AL DATO / EMPRESAS DEL ÍBEX 35

El beneficio de las empresas del Íbex cayó un **65,4%** en 2012

Esta reducción se traduce en **11.449** millones de euros

Sin embargo, en 2011, la caída de las ganancias fue de un **34%**

La facturación del conjunto de las compañías (sin Bankia ni Inditex) ascendió a **682.259** millones de euros

Fuente: Ibex 35

HM Hospitales lanza un espacio informativo en un centro comercial

HM Hospitales ha puesto en marcha una iniciativa pionera en el área de la Sanidad al abrir en El Corte Inglés de Princesa, en Madrid, un stand informativo sobre chequeos e intervenciones quirúrgicas. Con esta iniciativa, HM Hospitales inicia un proyecto con el que pretende complementar a la sanidad pública. Según fuentes de la compañía, la puesta en marcha de esta actividad ayudará al mantenimiento de la sostenibilidad del sistema público al descargar las listas de espera y la congestión de los recursos sanitarios correspondientes, dado que los ciudadanos financiarán voluntariamente los procesos concertados.

HM Procesos médicos y quirúrgicos atiende de forma inmediata, personalizada y privada al paciente que tenga pendiente un proceso médico o quirúrgico para su resolución, con la garantía y la experiencia de HM Hospitales. Además, ofrece unos precios cerrados, competitivos y en condiciones de pago accesibles para cada intervención.

El stand informativo está ubicado en la planta Semisótano de El Corte Inglés de Princesa, junto a la Parafarmacia. El personal del stand, formado por cuatro profesionales del grupo HM Hospitales, informará a los in-



Stand de HM Procesos médicos y quirúrgicos.

teresados sobre cualquier intervención quirúrgica que necesiten y sobre la posibilidad de realizar chequeos personalizados. Durante la presentación del stand, Juan Abarca, Director de HM Hospitales no ha descartado la viabilidad de ampliar estos espacios in-

formativos en otros centros de Madrid, y ha asegurado que “tenemos que ir viendo como encaja, el resultado será la respuesta del público”.

En este espacio, se dará información detallada sobre el hospital donde se realiza cada técnica, el tiempo estimado de ingreso, los servicios incluidos y excluidos, y las tarifas de precios. El paciente que ya irá con un diagnóstico definido, se le citará para una consulta gratuita con un médico especialista que, además de confirmar su caso clínico, le dará las explicaciones necesarias sobre la conveniencia o no de la intervención, así como las ventajas que ofrece la técnica propuesta dentro del tratamiento integral de su patología.

Con este proyecto de salud innovador, se intenta acercar a la gente la sanidad privada, “tan sólo hay 9 millones de personas que la usan en nuestro país”, concluyó el Director de HM Hospitales. También se espera que la iniciativa se pueda ampliar fuera de Madrid.

SEMERGEN cumple sus objetivos

La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) ha hecho balance del último año, asegurando que ha mejorado sustancialmente su situación tras las elecciones celebradas en Marzo de 2012. Según ha afirmado su presidente José Luis Llisterri, “la Agencia de Investigación vinculada a la Fundación SEMERGEN, firmó un convenio hace meses para externalizar la gestión de la investigación que ya está dando sus frutos, dado que dispone de una red de investigadores constituida por cien socios”. Igualmente, los tres proyectos científicos propios como son IBERICAN, EMAR-TRO y PREVICTUS, constituyen el resultado tangible de éste nuevo proyecto. La Agencia de Investigación también ha puesto en marcha el primer curso de

Formación en Investigación Clínica online, tras consultar la opinión de sus socios sobre las necesidades en esta materia a través de la página web.

La dirección actual de SEMERGEN ha enfatizado la necesidad de liderar la formación, docencia e investigación mediante la potenciación de los Grupos de Trabajo, elemento clave y necesario para la integración científica. Se consolidaron los grupos existentes y se crearon los de Tutores, Residentes, Gestión, Universidad, Oftalmología, Fitoterapia, Homeopatía Internacional y Cronicidad, Dependencia y Enfermedades Raras.

Según palabras de Llisterri, para contribuir al talento y la capacidad de los socios, se propuso la creación de la Agencia de Formación y Desarrollo Profesional, res-

ponsable de solventar las necesidades formativas y diseñar estrategias, con el objetivo de potenciar el desarrollo profesional de los socios y médicos que lo soliciten.

Además, en el último año, SEMERGEN ha aumentado en 550 su número de socios, invirtiendo la tendencia de pérdida de socios que venía experimentando en los años anteriores, lo cual supondría un indicador de importancia respecto a la mejora en la imagen que tiene hacia los profesionales, especialmente los médicos residentes. “Existen también incentivos para los socios en forma de nuevos servicios, como la inauguración de la nueva web, que estará en funcionamiento en las próximas semanas, y la revista SEMERGEN, que ha sido indexada por la National Library of Medicine”, concluyó el presidente.

“Mind the Gap”, la apuesta de inversión en ciencia de la Fundación Botín

La fundación Botín ha creado el programa “Mind the Gap”, una iniciativa que impulsa la creación de tres nuevos proyectos que buscan la estrecha colaboración entre el mundo empresarial y el de la ciencia.

Las ideas más destacadas de “Mind the Gap” son, entre otras, el desarrollo de un test innovador que tiene como misión la detección temprana de pacientes con riesgo de desarrollar metástasis en el cáncer colorrectal, una plataforma informática de simulación para el diseño de fármacos sin necesidad de hacer ensayos reales, y un nuevo material para inmovilizar a víctimas de accidentes, que también tendrá otros usos en el ámbito de la salud.

Los tres nuevos programas empresariales han sido seleccionados por un comité de expertos internacionales en el ámbito de la inversión en las industrias relacionadas con la biotecnología y la biomedicina.

El primero, Colostage, es un proyecto llevado a cabo por los investiga-



Carmen Vela, Secretaria de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación; Iñigo Sáenz de Miera, Director General de la Fundación Botín; Luis Ruiz, Director General de Janus Developments; y Modesto Orozco, Investigador del IRB Barcelona.

dores Eduard Batlle y Elena Sancho, del Institut de Recerca Biomèdica (IRB Barcelona). La iniciativa, gracias a la efectividad del test sobre cáncer colorrectal, establece qué pacientes deben recibir quimioterapia. De esta manera se evita el gasto innecesario en otros enfermos que no desarrollarán metástasis y se optimizan los recursos terapéuticos.

El segundo, la Plataforma-EDMD, integra una herramienta bioinformática, un programa capaz de crear fármacos sin realización de pruebas.

El científico encargado de éste simulador es Modesto Orozco, en colaboración con Barcelona Supercomputing Center-Centro Nacional de Supercomputación (BSC-CNS). El ahorro de costes alcanzaría los 40 millones de euros por cada nuevo fármaco.

Por último, el equipo de Thierry Keller, de TECNALIA para FIK, en colaboración con la empresa Janus Developments, ha desarrollado el Inmovilizador de emergencia VARSTIFF para víctimas de accidentes de tráfico o laborales. Se trata de un material inteligente tipo textil, flexible y ajustable, que permite la inmovilización inmediata de partes del cuerpo como el cuello, la espalda, el tórax, e incluso los dedos de las extremidades si se trata de facturas complejas en las que no se puede emplear la típica escayola.

La fundación aporta fondos, cuyo capital de inversión se traduce en 1,5 millones de euros, y además realiza labores de gestión y asesoramiento con el fin de llevar al mercado el proyecto dos años.

Acuerdo formativo entre la FNCP y el IESE

La Federación Nacional de Clínicas Privadas y el IESE Business School han firmado un convenio de colaboración mediante el cual los directivos del sector sanitario de la FNCP podrán beneficiarse de un programa de formación especializado: International Healthcare Management Program.

Los asociados a la Federación pueden de esta manera beneficiarse de las condiciones especiales de financiación y pago en este proyecto formativo de salud. El programa se basa en el aprendizaje dinámico a través de la interacción de los participantes en casos reales de estudio, que permiten simular un análisis en profundidad de un proceso de toma de decisiones. Está dirigido a directivos con más de diez años de experiencia en la gestión de centros sanitarios y se imparte en inglés, en los campus de Madrid y Barcelona

Pharma Talents, un referente desde LinkedIn

Pharma Talents Madrid, plataforma online creada por el director general en España de Roche Farma, Andreas Abt, prosigue su expansión en el entorno de las redes sociales y la atención sanitaria desde LinkedIn.

La iniciativa surgió a principios de 2012 y, pese a su juventud, se está convirtiendo en un referente en el mundo de la salud. El potencial que ha conseguido Pharma Talents en la red se observa gracias a los más de 3.600 profesionales de distintos ámbitos, formación y experiencia que entran en contacto. Desde su nacimiento, crece a ritmo de unos cien nuevos miembros por semana. El grupo se caracteriza por el networking, que combina la conexión online con las actividades y eventos que los usuarios de la página informan a sus contactos, y que se celebran alrededor de toda España.

La plataforma cuenta con un consejo asesor formado por veinte voluntarios organizados en cinco grupos de trabajo específicos.

Los jueves

de

Medical Economics

Actualidad

LA FARMACIA EN ESPAÑA: HACIA UN NUEVO MODELO

Jueves, 18 de abril de 2013, 19:30 h

Hotel AC Cuzco
Paseo de la Castellana, 133
Madrid

Patrocinan



INSCRIPCIÓN GRATUITA. Plazas limitadas

Tel: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75

e-mail: info@medeco.es

Persona de contacto: Rosana Sánchez

La SEDAP presenta su consenso “Estrategia de Gestión de Crónicos”

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), en su implicación con los enfermos crónicos, ha desarrollado un documento de consenso con propuestas y recomendaciones a la hora de establecer estrategias de atención a estos pacientes en los ámbitos estatal y autonómico, de forma que pueda ser útil en un futuro próximo. Bajo el título “Estrategia de Gestión de Crónicos”, la elaboración del informe ha contado con las distintas experiencias y el conocimiento de expertos profesionales de la salud, gerentes y gestores de centros sanitarios.

La presidenta de la SEDAP, Marta Aguilera, ha señalado, durante la presentación del libro que: “la atención a enfermos crónicos es una cuestión prioritaria en las políticas sanitarias, debido a su creciente repercusión sobre el uso de los recursos, y consecuentemente, en el gasto”.



Manuel Tordera, vocal de la Junta Directiva, y Marta Aguilera, presidenta de SEDAP.

El documento recoge principalmente cuatro bloques de acciones clave:

Prestaciones y servicios. Se dirige a la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la gestión de guías clínicas como marco de referencia.

Participación ciudadana y alianzas. Busca la implicación del ciudadano en los acuerdos con servicios sociales debido a su gran importancia para la atención de los procesos crónicos.

Estructura, Organización y Gestión sanitaria. Recomienda la modernización, el rediseño de la gestión clínica y la cultura organizativa.

Reformas estructurales. Pretende facilitar la consecución de la financiación, la formación, la investigación y los sistemas de información y evaluación.

El documento ha sido desarrollado gracias al patrocinio de MSD. Elisa Borrego, Gerente de *Policy* de la compañía, ha explicado que “para nosotros es importante apoyar iniciativas como ésta, impulsada por profesionales sanitarios, administradores y gestores, ya que con todos ellos compartimos un objetivo común: salvar y mejorar la calidad de vida de las personas”.

“Estrategia de Gestión de Crónicos”, editado por Spanish Publishers Associates (S.P.A.), está disponible en www.sedap.es y en www.univadis.com.

El futuro de la profesión, eje central de INFARMA

El XXV Congreso y Salón Europeo de Farmacia

INFARMA, punto de encuentro del sector farmacéutico, tuvo lugar del 5 al 7 de marzo en Barcelona, organizado por el Colegio de Farmacéuticos de Madrid y el Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, con la colaboración de Interallia. Los ejes de esta edición han sido temas de candente actualidad, como el futuro de la profesión, las colaboraciones interprofesionales o el papel del farmacéutico como profesional de salud para la detección precoz de enfermedades.

En la inauguración de la reunión Jordi de Dalmases, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (COFB), aseguró que “los farmacéuticos debemos luchar de forma organizada por la subsistencia de todas las oficinas de farmacia”, en referencia a la situación actual de las oficinas de farmacia como consecuencia del impago acumulado de tres meses por parte de la CatSalut.

El presidente del COFB calificó la situación de “desesperada ante las dificultades por las que están pasando muchos farmacéuticos”.

La segunda edición de “Impulsando Pymes” presenta soluciones de éxito

El encuentro, celebrado en Barcelona, ha acogido casos y soluciones de éxito de pequeñas y medianas empresas, con el objetivo de animar el desarrollo de las mismas. En una de las ponencias del encuentro, en la que participó Sanitas, se concluyó que el seguro médico es el beneficio social que más valoran los empleados y así lo asegura 63 de cada 100 trabajadores. A tenor de estos datos, para las empresas, especialmente las pymes, es importante poder ofrecer a sus empleados una retribución flexible que permita optimizar los salarios de los empleados sin que ello represente un mayor gasto adicional para la empresa. Según el director de zona de Barcelona de Sanitas, Joaquín Chamorro “un buen plan de retribución flexible puede adaptarse perfectamente a las necesidades de



Mesa de inauguración de INFARMA.

Por parte del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Roser Valles, directora general de Planificación y Regulación Sanitaria, fue la encargada de inaugurar esta edición de INFARMA. La responsable de Salut aseguró: “quiero transmitir que desde el Departament de Salut se está haciendo todo lo posible por resolver esta situación y defender la posición de los farmacéuticos”. Vallés también destacó el papel del farmacéutico como agente de salud y su implicación en proyectos comunes con la administración como la receta electrónica, la tarjeta sanitaria o el euro por receta”.

los empleados, lo que permite mejorar su relación con la empresa.”

Tickets de guardería o de restaurante son algunos de los beneficios sociales que las pymes ofrecen a sus empleados, pero es el seguro de salud, el beneficio social que más demandan y valoran los empleados en España. Además, para las empresas se trata de una inversión, porque su coste es 100% deducible del impuesto de sociedades, según ha explicado el director de zona de Barcelona de Sanitas, Joaquín Chamorro, durante su ponencia.

Con la participación de Sanitas en esta II Edición de Impulsando Pymes, la compañía ha querido mostrar su apoyo a las pequeñas y medianas empresas, que forman el 99% del tejido productivo español, acercándoles soluciones prácticas e innovadoras que mejoren su productividad.

GENTE

Nombramientos

La confederación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (CNCHP) ha nombrado a **Antonio Cal Souto** como nuevo gerente. Con una amplia experiencia en el sector sanitario, Cal Souto ha desempeñado entre otros, los cargos de Director Médico de Divina Pastora Seguros, coordinador médico de Cisne Seguros y Director Médico de Medytec-Grupama. Con su nombramiento, la CNCHP dice comenzar una nueva etapa de consolidación para representar los intereses de sus 96 centros de referencia a nivel nacional.

Por otro lado, la Asociación de Clínicas Privadas de Madrid ha nombrado recientemente su nueva Junta Directiva, a la vez que ha reelegido como Presidente a **Isidro Díaz de Bustamante**, del Grupo Ruber y Presidente de la Confederación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados. De esta manera, la Asociación renueva la confianza depositada en Díaz de Bustamante al frente de la patronal madrileña.

En otro orden de cosas, el Consejo Económico de la Asociación Barcelona Salud (ABS) será presidido por **Jordi Ramentol**, vicepresidente de Farmaindustria y consejero delegado de Ferrer. También han sido elegidos como vicepresidentes de este Consejo Económico Daniel Carreño, presidente de GE; **Joan Castells**, Presidente de FIATC; y **Antonio Jiménez**, director general de AXA Salud. La Asociación Barcelona Salud desarrolla proyectos científicos y de divulgación, en colaboración con las principales compañías e instituciones del sector sanitario nacional e internacional con el objetivo de promover hábitos de vida saludables.

Información cortesía de Fillingthegap.es





Por RAMÓN MORERA i CASTELL

Sobre la gestión de la AP y la sostenibilidad del sistema

La dinámica de distintos servicios de salud del Estado es el impulso de estructuras de gestión únicas que engloben, en el entorno de la gestión de hospitales, los servicios de AP. ¡Craso error! Este proceso va disolviendo las estructuras y los liderazgos de los servicios de Atención Primaria y esto no es lo mejor para el sistema.

Con el objetivo de mejorar la coordinación de la atención a los pacientes crónicos entre los distintos niveles asistenciales, y conseguir una mayor eficiencia, muchas comunidades autónomas han optado por las gerencias únicas, pero ningún dato ni estudio apoya seriamente que este proceso, tal como se está desarrollando en España, aporte eficiencia al sistema.

Los economistas y los expertos en gestión sanitaria, si en algo coinciden, es que es en los Hospitales donde se produce el gran crecimiento del gasto sanitario, y es en ellos donde está la gran bolsa económica en la que hay

que buscar posibles ahorros en sanidad; y es en los procesos que pueden implicar uso de recursos hospitalarios donde es más importante intervenir para optimizar la eficiencia del sistema.

La solución que en algunas comunidades se ha elegido son las estructuras de gestión únicas. El argumento: buscar la coordinación de la atención en busca de una mayor eficiencia.

“LA ATENCIÓN HA DE ESTAR MENOS CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y MÁS EN LA PERSONA Y SU ENTORNO”

Si efectivamente tenemos que racionalizar el uso del recurso “hospital” por los elevados costes que genera, lo que hay que hacer es disponer de los mejores servicios comunitarios de salud posibles. Servicios que han de ser más resolutivos, eficientes y continuar orientados a las necesidades reales de la población. Entonces: ¿cómo es que

están dismantelando las estructuras directivas y los liderazgos en AP, que son los que deberían impulsar este proceso?

Lo que necesitan nuestros ciudadanos y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, es poder dar respuesta a las necesidades de salud en el entorno de la comunidad y preferentemente por profesionales generalistas capaces de abordar íntegramente y de forma

resolutiva, no haciendo lo que no sea imprescindible hacer y aceptando una cierta dosis de incertidumbre (gran cualidad de los primaristas). La atención ha de estar menos centrada en la enfermedad y más en la persona y su entorno.

Menos presionados por incorporar las últimas tecnologías o los últimos avances farmacológicos y más centrados en el abordaje bio-psico-social de la persona.

El sistema sanitario tendría que tener su prioridad, en primer lugar, en dar respuesta a las necesidades en los entornos más eficientes, en el entorno más próximo y accesible al ciudadano,



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIRECTIVOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA

el domicilio y el centro de salud, y reservar el recurso especialista o superespecialista, u hospital, únicamente para dar respuesta a los procesos graves o poco prevalentes, o que precisen cirugía. Tenemos que apostar para que los centros de salud y los distintos servicios comunitarios sean altamente resolutivos, accesibles, y que favorezcan la longitudinalidad de la atención. Para esto son necesarias estructuras directivas propias de los servicios de AP y, sobre todo, potenciar los liderazgos propios.

Prácticamente la experiencia española de gerencias únicas implica la reducción al mínimo de las direcciones de AP y el olvido de sus liderazgos, y la progresiva fagocitación de los recursos de AP por parte de los Hospitales; todo lo contrario de lo que el sistema necesita. Con ello, la AP pierde el liderazgo necesario para continuar progresando, se retrocede en su capacidad

“TENEMOS QUE APOSTAR PARA QUE LOS CENTROS DE SALUD Y LOS DISTINTOS SERVICIOS COMUNITARIOS SEAN ALTAMENTE RESOLUTIVOS, ACCESIBLES Y QUE FAVOREZCAN LA LONGITUDINALIDAD DE LA ATENCIÓN”

para atender a las necesidades emergentes, el envejecimiento y el aumento de personas con múltiples enfermedades crónicas, y se van transfiriendo a los hospitales procesos que hubieran podido ser atendidos de forma mucho más eficiente en la comunidad y por los profesionales de AP.

Las gerencias únicas hospitalocentristas unidas al abandono de la AP pueden significar más costes para el sistema, más listas de espera, pérdida de seguridad por aumento de la iatrogenia, y la necesidad de recortes en la cartera de prestaciones de la cartera pública o la generación de nuevos copagos de dudosa utilidad.

O impulsamos la AP, con direcciones preparadas y alineadas con los objetivos comunes, con capacidad

para liderar los dispositivos y acordar la visión integrada de los procesos asistenciales con sus hospitales de referencia, capaces de mejorar continua-

mente la capacidad de resolución y disminuyendo la necesidad de recursos especializados, de internamiento, racionalizando la incorporación de tecnologías o fármacos con poco coste efectividad, o no vamos bien.

La crisis tendría que impulsar una visión más inteligente de cómo afrontar el futuro sanitario de este país que, a mi entender, pasa por replantear el conjunto del sistema, y olvidarse de las gerencias únicas Hospital – AP hospitalocentristas; y dar la responsabilidad a la AP de que asuma más papel en la atención a los grandes retos, a través de direcciones fuertes y preparadas y con un mínimo de recursos. Esto tendría que permitir un uso más racional de nuestros hospitales y una mejora de la eficiencia del conjunto del sistema.

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Miembro de Bsalut.

Sección patrocinada por:

 **Almirall**
Soluciones pensando en ti



Por CARMEN SOLANO VILLARUBIA

El valor del liderazgo enfermero

En un contexto socio sanitario como el actual, con envejecimiento de la población y la enfermedad crónica como patrón epidemiológico predominante, se hace necesario un cambio en los modelos de atención sanitaria. La enfermedad crónica lleva asociada una gran necesidad de cuidados tanto de promoción de salud como de apoyo al autocuidado y de atención a la vulnerabilidad. Las respuestas sanitarias a estas necesidades de salud entran de lleno en el campo propio de la Enfermería y así es reconocido en todos los documentos sobre abordaje de la cronicidad. La enfermera comunitaria ocupa un lugar privilegiado para atender a la población durante todas las etapas del proceso crónico. Será imprescindible, por tanto, repensar los modelos de intervención enfermera y hacer una planificación estratégica de cómo la organización sanitaria va a responder a estas necesidades de cuidados, cada vez más complejas, tomando decisiones sobre los modelos enfermeros más eficientes y homogeneizando la oferta de servicios enfermeros.

Los responsables políticos de la atención sanitaria deben decidir para qué quieren a las enfermeras. Cabe preguntarse por qué una profesión que ha hecho una evolución tan grande en los últimos 30 años, con una mejora ostensible de su capacita-

ción en todos los ámbitos de la profesión, no ha tenido el merecido reconocimiento por la organización sanitaria poniendo en sus manos mayores responsabilidades. Manteniéndose un doble mensaje: el reconocimiento de la importancia del papel de las enfermeras en discursos y documentos y la falta de concreción de este mensaje a la hora de definición de puestos directivos, de visibilización de los cuidados enfermeros y de reconocimiento de su contribución a los resultados de salud de la población¹.

¿Cómo se están tomando las decisiones?, ¿Están las enfermeras gestoras participando activamente? y ¿Con poder ejecutivo o como asesoría?. Para encontrar respuestas a estas preguntas basta con revisar las estructuras directivas sanitarias buscando los puestos con poder ejecutivo y verificar cuántos son los destinados a ser ocupados por enfermeras y con capacidad real de toma de decisiones sobre la planificación de los cuidados. Es testimonial, en el organigrama de las distintas consejerías de sanidad, encontrar un puesto de este tipo, dedicado a la planificación estratégica de los cuidados.

¿Y qué pasa en Atención Primaria (AP)? ¿Tienen las Direcciones de Enfermería poder real para organizar la provisión de servicios enfermeros de acuerdo a un modelo conceptual enfermero? ¿Qué impacto tendría esto en la organización de

los equipos de AP? En aras del trabajo en equipo, se ha renunciado históricamente a organizar los servicios enfermeros de forma que se dé respuesta a las necesidades de cuidados de la población según un modelo enfermero. En una organización descentralizada, como es la estructura de AP, con centros de salud dotados de cierto nivel de autonomía para organizarse, se hace más necesario que nunca una planificación estratégica de cómo debe ser la organización de los servicios enfermeros bajo un modelo teórico enfermero, pues de lo contrario las enfermeras seguirán organizadas de acuerdo a modelos biomédicos.

En un artículo publicado en esta revista en 2007, sobre el modelo de autogestión EBA, llama la atención leer, como un ejemplo de eficiencia, la organización de la actividad de los profesionales de enfermería, "que se organizan como un Servicio, para racionalizar su actividad, priorizando la actividad en el domicilio del paciente y la atención al paciente crónico, ... lo que implica asignar a cada paciente su enfermera de cabecera"². Se presenta esta organización como una ventaja de la autogestión, cuando la personalización y la continuidad asistencial son elementos imprescindibles para la calidad y la seguridad de los cuidados enfermeros y no deberían estar sujetos a que los decidan un equipo de profesiona-

ANDE

Asociación Nacional de
Directivos de Enfermería

les organizados para la autogestión.

Las Direcciones de Enfermería en AP, dotadas de cierta autonomía para la organización de los servicios enfermeros, aun siendo

imprescindibles, no son suficientes para adoptar los cambios necesarios para reorientar los servicios enfermeros hacia las necesidades actuales de la población. En ausencia de puestos formales con reconocido poder para la toma de decisiones, el liderazgo necesario para acometer los cambios es muy difícil de ejercer, ya que queda a menudo reducido a la capacidad de influir o convencer.

Se requiere, por tanto, que se definan puestos directivos para enfermeras al más alto nivel (Dirección General de Cuidados o como cada consejería estime), con poder ejecutivo para diseñar la estrategia de cuidados que han de desplegar las direcciones enfermeras.

Para acabar quiero detenerme en la función gestora en el centro de salud, en la figura del Responsable de Enfermería (RE) del Equipo de AP. Este puesto no acaba de tener el reconocimiento insti-

“SE REQUIERE QUE SE DEFINAN PUESTOS DIRECTIVOS PARA ENFERMERAS AL MÁS ALTO NIVEL, CON PODER EJECUTIVO PARA DISEÑAR LA ESTRATEGIA DE CUIDADOS QUE HAN DE DESPLEGAR LAS DIRECCIONES ENFERMERAS”

tucional de otros puestos directivos. A excepción del reconocimiento económico a través de un suplemento en las retribuciones, las funciones del RE no están definidas y por tanto su desempeño y reconocimiento es variable de unas áreas sanitarias a otras o en función de las circunstancias del centro de salud, moviéndose desde un papel secundario a otro en el que ejerce las funciones de director de centro en ausencia del mismo.

En la Comunidad de Madrid, con la entrada en vigor en octubre de 2010, del Decreto 52/2010³, se produce un cambio en la estructura básica sanitaria y en los órganos directivos en AP. El artículo 9 de este decreto pone a los centros de salud bajo la dirección de un Director de centro con el fin de avanzar en la descentralización de la gestión. Este decreto abre la posibilidad de que las enfermeras ejerzan la dirección de un centro de salud, hecho por

el cual este decreto está judicializado por el colectivo médico de atención primaria. Sin embargo, sin una política estratégica de cuidados y aunque el puesto del director de centro esté ocupado por

una enfermera, no queda garantizada una adecuada gestión de los mismos.

El Decreto 52/2010 de Madrid no menciona la figura del RE y, sin embargo, en el contexto de descentralización de la gestión de AP se hace imprescindible su presencia como líder de la gestión de los cuidados en una zona básica de salud, por lo que será necesario definir sus funciones y reconocer su papel gestor.

El RE, en su desempeño directivo como gestor de los cuidados, debe tener funciones propias que no pueden ser por delegación y que, siguiendo un esquema basado en los criterios agente del Modelo EFQM para la excelencia, debe abarcar funciones relativas al ejercicio del liderazgo, a la política y estrategia, a las personas, a las alianzas y recursos y a los procesos.

Sólo con liderazgo enfermero se podrá dar respuesta eficiente a las necesidades de cuidados de la población.

1. Ferrer Arnedo C. Claves de la visibilidad de los servicios enfermeros, e-ras revista on line de opinión y sanitaria. 2010.

2. Sellarès J. Autogestión en Atención Primaria. Cuando el médico decide. Medical economics. Edic. Española. Septiembre 2007.

3. DECRETO 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid.

Presidenta de Semap (Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria). E-mail: presidencia@semap.org

Sección patrocinada por:

abbvie

» **Neat expone sus soluciones de teleasistencia en la feria Cuidado y TIC 2013**

La feria Cuidado y TIC que concentró a cientos de empresas nacionales y multinacionales relacionadas con el desarrollo y fabricación de tecnología orientada al cuidado de la salud, ha contado con la presencia de la

empresa española Neat, que ha mostrado su tecnología de atención asistencial para personas mayores y enfermos con discapacidad física o intelectual.

Más de 200 empresas se han congregado en esta feria para dar a conocer los últimos avances tecnológicos en áreas como E-salud, telecomunicaciones, domótica, seguridad,

outsourcing, sistemas operativos y educación y formación de usuarios.

La feria se ha dirigido a empresas, hospitales, farmacias, gobierno, aseguradoras de salud, clínicas privadas, personal médico y gestores de servicio sociosanitario, entre otros.

Las soluciones tecnológicas que Neat ha expuesto son el Sistema TREX, Sistema DPOS, Sistema de Control de Errantes, Sistema D-Server y Sistema de Demencia.

Estos sistemas están diseñados para el cuidado y atención profesional de personas mayores y de pacientes con discapacidad física o intelectual.

Asimismo, Neat también ha exhibido su Sistema de Teleasistencia Domiciliaria con su

reconocido terminal de teleasistencia NEO, en sus tres versiones: NEO, NEO GSM y NEO IP. De igual forma, el perfeccionado diseño de este sistema se orienta a elevar la seguridad y la calidad asistencial de pacientes con distintos grados de dependencia.

» **2 Net, un sistema con acceso a la sanidad en cualquier momento y desde cualquier lugar**

Qualcomm Life ha aprovechado sus 25 años de experiencia en tecnologías y servicios de comunicación inalámbrica para garantizar la transmisión segura de datos médicos. Con el sistema 2 Net se captan, transmiten y almacenan datos seguros generados por múltiples dispositivos conectados, utilizados por los pacientes con enfermedades crónicas.

Una nueva tecnología de GE Healthcare reduce los costes de anestesia

GE Healthcare, la división de salud de GE, ha presentado en España CS2, un sistema que permite gestionar de manera más eficaz la administración de agentes anestésicos y facilita la utilización de la anestesia de bajos flujos.

El nuevo sistema de GE Healthcare se basa en la tecnología de anestesia guiada ecoFLOW, que puede aportar información constante a los anestesiólogos, facilitándoles la decisión sobre los niveles del flujo de gases frescos que han de administrar. A través de una pantalla táctil de 15 pulgadas los especialistas pueden obtener datos que les ayudan a gestionar de manera precisa los niveles de oxígeno necesarios para el paciente y, en función de los mismos, optimizar el uso de gases y agentes utilizados en cada paciente para reducir su exceso, que, de otro modo, sería desechado a la atmósfera. Además, la pantalla puede incorporar un indicador que informa del coste por hora de los agentes anestésicos utilizados. De este modo, los especialistas pueden ver de manera inmediata el impacto de los ajustes del nivel de flujo, tanto en lo que se refiere al volumen de anestésicos que llega al paciente como al coste de los mismos.



CS2 equipa la misma tecnología de pantalla táctil que puede encontrarse en los dispositivos digitales, lo que hace que la navegación y seguimiento para los clínicos sea intuitiva, contribuyendo a que los anestesiólogos pongan su enfoque máximo en el cuidado del paciente.

La tecnología de ventilación del CS2 permite a los especialistas alcanzar prestaciones ventilatorias similares a las que proporcionan los ventiladores de las UCI. Tal y como explicó en la presentación Javier García, Jefe de Anestesia del Hospital de Puerta de Hierro, "CS2 permite la realización de maniobras de reclutamiento pulmonar, y su uso en todo tipo de enfermos, desde los neonatos a los obesos mórbidos".

En lo que respecta a los costes, Mario González, Gerente de los sectores sanitarios de Aragón I y II, y Mejor Gestor de Salud 2011, destacó durante la presentación del producto la necesidad de que los centros hospitalarios incorporen tecnologías que se utilicen realmente y que puedan demostrar que ahorran dinero al hospital incrementando a la vez la eficacia y seguridad.

Multiva 1,5T MRI, la resonancia magnética que combina alta productividad con las aplicaciones estándar de RM

Philips ha lanzado en el Congreso Europeo de Radiología 2013 (ECR 2013), un nuevo sistema de resonancia magnética de 1,5T. El Multiva es un resonador magnético y económico que se basa en las tecnologías de Philips Ingenia y Achieva. Presenta también el flujo de trabajo FlexStream, que mejora la eficiencia para manejar la bobina en exámenes de cabeza, columna vertebral, músculo-esquelético, cuerpo y neurovasculares, reduciendo hasta el 40 por ciento del tiempo de preparación pre-escaneo y permite que las clínicas realicen un mayor número de resonancias.

Además, Multiva 1.5T ofrece una imagen hasta 16 veces más rápida, imágenes de alta calidad de grandes áreas anatómicas para una mayor confianza en el diagnóstico, e incluye varias características



para mejorar la comodidad general del paciente y su experiencia.

Según afirma Christof Walter, co-propietario del Centro de Radiología Trier en Alemania, "Multiva ofrece el mejor valor para el dinero en el mercado actual. Su calidad de imagen es excelente, y se pueden hacer análisis rutinarios, análisis avanzados e investigación con un coste muy razonable". "El tiempo que se tarda en cambiar de pacientes ha disminuido considerablemente, incluso para los pacientes de edad avanzada, permitiéndonos explorar a alrededor de 20 pacientes por día. Además se pueden obtener imágenes avanzadas en todas las regiones del cuerpo y el cerebro, obtener una buena visualización de las lesiones en el cartílago de la rodilla y pequeños ligamentos de la muñeca", concluye.

Algunos de los motivos que han llevado a la elaboración de este sistema han sido: que 100 millones de personas en Europa padecen al menos una enfermedad crónica y su cuidado supone más del 80 por ciento del total del gasto sanitario, las condiciones económicas desfavorables que han provocado la reducción de los presupuestos de los sistemas de salud de la mayoría de los países europeos y que los hospitales se han visto obligados a reducir el número de camas disponibles. Por todo ello se ha hecho necesario tratar a estos pacientes con enfermedades crónicas directamente desde su casa.

2Net es un modo Plug and Play que interactúa con la plataforma de servicios para garantizar la transmisión de datos, la configuración, la actualización y el mantenimiento

remoto. Transmite los datos automáticamente, reduciendo el posible mal uso por parte

de los pacientes. 2Net es un ecosistema abierto con más de 200 empresas, está certificado por la CE y clasificado como dispositivo médico Clase 1. Además cumple con las directivas de la CE y los reglamentos nacionales en la UE en cuanto a seguridad y privacidad de los datos. El sistema se puede encontrar en dos versiones: versión hardware (ya disponible), y una versión "virtual" para Smartphones, actualmente en desarrollo.

El Interfaz de Programación de Aplicaciones (IPA), para facilitar la integración y las nuevas tecnologías interactivas basadas en soluciones inalámbricas y cloud, permite la adopción masiva de servicios de tele-salud.

Sección patrocinada por:



Javier Peñarrocha Nebot, Gerente del departamento de Salud del Hospital de La Plana

“Hay margen para la mejora, sin que se vea afectada la calidad asistencial”



PREGUNTA: ¿Cómo se ve, desde su punto de vista, el modelo de gestión mixta que se implantará este año?

RESPUESTA: Tenemos un sistema sanitario eficaz, con un alto compromiso de los profesionales, pero con el problema de que no resulta sostenible. Estamos estudiando las diferentes medidas propuestas y vamos a priorizar aquellas con un mejor coste de oportunidad, es decir, aquellos que tienen un menor esfuerzo de implantación y suponen un mayor ahorro.

Respecto al anterior modelo ya hemos descartado los consultores externos, sin embargo ya se ha puesto en marcha el modelo de incentivos de los profesionales y hemos sacado ya a concurso los servicios de vigilancia, residuos, mantenimiento de instalaciones y oxigenoterapia. Otras áreas en las que estamos trabajando para sacarlo a concurso son mantenimiento de equipos de electromedicina, hostelería y lavandería. Estas nuevas contrataciones nos permitirán un ahorro por encima del 15-20% con respecto al coste actual.

P: ¿Cómo se consigue, desde la Gerencia, la implicación de los profesionales?

R: La clave está en el trabajo diario, en conseguir la implicación de todas las personas que trabajan alrededor mío, de modo que el esfuerzo en el trabajo sea de todos, y la satisfacción con los resultados obtenidos, también ha de ser de todos. Los profesionales trabajan en su ámbito de responsabilidad, con libertad de actuación, sabiendo que cuentan con el apoyo de la dirección. El secreto es transmitir esta

filosofía y esta conducta a toda la organización.

P: ¿Qué papel juega el medio hospitalario en el momento sanitario actual?

R: El medio hospitalario es una parte importante del sistema sanitario. La otra parte, también importante, es el centro de salud. Es decir, lo fundamental es conseguir la atención integral del paciente desde que entra en el sistema hasta que sale. La asistencia se divide en Atención Especializada y Atención Primaria, pero el paciente no debe notar este tránsito. El ciudadano acude a la sanidad cuando tiene un problema de salud y nuestro sistema debe dar la mejor solución a este problema. Actualmente, en la Comunidad Valenciana, la integración es total entre estos dos escalones asistenciales. Desde el año 2005, en La Plana, la asistencia sanitaria está bajo una misma gerencia y nuestro papel es garantizar la atención de toda la población.

P: ¿Cuál cree que es el papel del proveedor de servicios en el cumplimiento de sus objetivos?

R: El proveedor de servicios será una nueva figura que permitirá optimizar la eficiencia sanitaria. De momento no dispongo de suficientes datos para poder valorar de forma adecuada el beneficio que podemos obtener para mejorar el grado de cumplimiento de nuestros objetivos, pero cualquier herramienta que conlleve un ahorro y que no merme la calidad asistencial es bienvenida.

P: ¿Cuáles son los proyectos que afronta desde la Gerencia de La Plana?

R: Continuar trabajando en incrementar la eficiencia manteniendo e incluso mejorando los niveles óptimos de calidad asistencial. Aún hay margen para mejorar la gestión y ser más eficientes, sin que se vea afectada la calidad asistencial. Todos los puntos de mejora están recogidos en el Plan de Eficiencia impulsado por la Conselleria de Sanitat y que tiene como objetivo, precisamente este, mantener y mejorar los niveles de calidad asistencial al mejor coste posible. Cabe decir como ejemplo, que en el último año el Departamento de Salud de la Plana ha conseguido reducir en más de un millón de euros su factura energética y de material general y sin embargo han mejorado los resultados de las encuestas sobre la calidad percibida por el paciente.

Sanidad 2020: entre el futuro incierto y las soluciones posibles

EN UN MOMENTO DE INCERTIDUMBRE COMO EL ACTUAL, EN EL QUE SE PONE EN DUDA LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL, RESULTA DE ESPECIAL INTERÉS CONTAR CON UN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y CON RECOMENDACIONES DE MEJORA

El Círculo de la Sanidad presentó recientemente su quinto informe, que analiza la situación actual del Sistema Nacional de Salud y su evolución en los próximos años. Esta es la principal aportación del último Libro Azul que promueve el Círculo de la Sanidad, que se ha erigido en un documento de referencia y consulta habitual, abordando siempre temas controvertidos y de actualidad desde una perspectiva analítica y objetiva. Ahora, en su quinta edición, se presenta un documento que, desde un planteamiento racional y riguroso, analiza desde distintos puntos de vista la situación y los factores que pueden influir en la evolución del sistema sanitario español hasta 2020.

Para conseguir este enfoque multidisciplinar, el Círculo de la Sanidad ha contado con tres colaboradores de excepción, expertos del ámbito sanitario: Juan Manuel Cabasés Hita expone su visión de cuál será la trayectoria de la sanidad española en la perspectiva de 2020, en un capítulo titulado “La sanidad en España: marco conceptual, análisis de situación y recomendaciones en la perspectiva del 2020”; Gabriel Uguet Adrover aborda la “Realidad económica y de gestión del sistema sanitario en España y propuestas para un inmediato futuro”; y cierra este documento de indudable valor José M.^a Martín Moreno, que analiza los problemas que se plantean a nivel europeo

en la sanidad en su capítulo titulado “El marco de la Unión Europea y su influencia actual y potencial en nuestro Sistema Nacional de Salud”. Como complemento excepcional, abren el libro dos comentarios de antiguos ministros de Sanidad, José Manuel Romay Beccaría y Julián García Vargas, que contribuyen con su criterio objetivo y profundo conocimiento de la materia, aportando una opinión crítica de los tres trabajos.

Todos ellos se reunieron en la presentación del libro en Madrid, a la que asistieron numerosas personalidades del sector. Como destacó el presidente del Círculo de la Sanidad, Juan Ignacio Trillo, “aunque son muchos los mensajes que se desprenden de este libro, he de resaltar dos: debemos seguir trabajando en la mejora de la eficiencia de nuestro sistema y, por otra parte, quizás sea el momento de acabar con esa pretendida guerra de lo privado con lo público”.

PROPUESTAS DE MEJORA

La exposición argumental de Gabriel Uguet Adrover, asesor de diferentes entidades del sector sanitario y presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, versó en torno a la necesidad de mantener un sistema gratuito y universal, pero que sea libre. Para ello, aseguró que “es obligación de los políticos actuales llevar a cabo un cambio significativo en el modelo actual sanitario para garantizar su sostenibilidad y, por ello, los ciudadanos debemos exigirles valentía y visión de futuro, ya que solo con recortes y/o aumentos de impuestos no lograremos que nuestros hijos puedan disfrutar de una sanidad gratuita y universal”.

Igualmente, prestó una especial atención al modelo sanitario de Cataluña y al mutualismo administrativo de MUFACE. La fórmula de provisión y prestación del modelo MUFACE es de carácter mixto (la realizan tanto entidades públicas como privadas), siendo, en su opinión, “un modelo a imitar”. Tal y como manifestó, “soy un firme defensor del modelo MUFACE, suficientemente financiado y de que el sector privado no es parte del problema sino parte de la solución al grave problema de sostenibilidad que tiene el actual modelo sanitario español”.



José M.^a Martín Moreno, Juan Manuel Cabasés, José Manuel Romay Beccaría, Juan Ignacio Trillo, Gabriel Uguet y Julián García Vargas.



Los autores y el presidente del Círculo de la Sanidad, en la presentación del libro azul.



Al acto, celebrado en el hotel Wellington de Madrid, acudieron numerosos representantes del sector.



El exministro Romay Beccaría durante su intervención.



El exministro de Sanidad Julián García Vargas durante la presentación del libro.



Los exministros Romay Beccaría y García Vargas, junto a Juan Ignacio Trillo.



Juan Ignacio Trillo y Javier Rodríguez Mercadilla, gerente de la Fundación Nacional de Transporte Sanitario.



José Luis Perona, Julián García Vargas, José Luis Puerta, y el profesor José Manuel Ribera Casado.



Juan Ignacio Trillo y Gabriel Inclán, exconsejero de Sanidad del País Vasco.



Ana María Rodríguez de Viguri, Manuel García Abad y Honorio Bando.



Juan Ignacio Trillo, Ignacio Oyarzábal y Ángel Puente, departen con otros asistentes.



Manos a la obra: Medicina personalizada

LOS NUEVOS MODELOS DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA PASAN POR REDISEÑAR LA FÓRMULA ACTUAL Y TENER MUY EN CUENTA EL MODELO DE MEDICINA PERSONALIZADA, SEGÚN SE HIZO PATENTE EN EL XVIII CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

En el recientemente celebrado XVIII Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria, organizado por SEDISA (Sociedad Española de Directivos de la Salud) y ANDE (Asociación Nacional de Directivos de Enfermería) en Bilbao, se examinaron los problemas y se expusieron las soluciones del actual modelo sanitario en nuestro país. En este foro, se celebró la mesa “Medicina Personalizada y nuevos modelos de organización y gestión sanitaria”. Dicha mesa, organizada por Roche y el Instituto Roche, estuvo moderada por Jaime del Barrio, Director del Instituto Roche, y en ella participaron: Jose Luis de Sancho, Director Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; Manuel de la Puente, Director Gerente del Hospital Universitario de Fuenlabrada; Rosa Bermejo, Directora Gerente del Hospital Universitario Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes; y César Pascual, Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

Jaime del Barrio comenzó situando el concepto Medicina Individualizada o Personalizada, como “el diseño y aplicación de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento adaptadas al sustrato genético y molecular de cada paciente y cada enfermedad concreta”. Y concretó que “los tres factores que la están impulsando en este momento son: los avances en el conocimiento científico,

y en particular de las bases genéticas y moleculares de las enfermedades complejas; el perfeccionamiento, simplificación y abaratamiento de tecnologías clave como los microarrays y la secuenciación ultrarrápida; y el cambio de modelo de investigación y desarrollo de los nuevos medicamentos dirigidos a subgrupos concretos de pacientes”.

Abordar de una manera más explícita los retos y oportunidades que conlleva la implantación de la Medicina Personalizada (MP) en el conjunto del Sistema Nacional de Salud desde la óptica de los directivos de la salud ha sido el objetivo de esta mesa redonda. Autoridades, gestores, profesionales, sociedades científicas y asociaciones de pacientes coinciden en que el momento es idóneo para aprovechar la actual situación para situar a España en la vanguardia de los países más avanzados en este campo.

Concretamente, los miembros de la mesa, intentaron responder a cuál es el papel de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, y sobretodo qué piensan sus directores gerentes, que son los que están gestionando el ritmo a imprimir a todo lo anterior.

Los cuatro ponentes asumieron el reto. Así, José Luis de Sancho, comentó que “la definición e implantación de la MP depende de los grupos de interés involucrados en su desarrollo y requiere de la implicación de todos ellos

dependiendo de sus diferentes niveles de responsabilidad”, analizando posteriormente las herramientas y elementos facilitadores que influyen en su desarrollo e implantación en el conjunto del SNS, en cada CCAA y en los hospitales, y cómo se pueden ir incorporando de manera racional y eficiente los avances de la Genética, la Genómica y la Biología Molecular en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Manuel de la Puente, continuó abordando la incorporación ordenada y adecuada de los recursos basados en la MP, especialmente los destinados al diagnóstico genético-molecular, “lejos de la actual ausencia de planificación en esta área”, así como cuáles pueden ser los criterios relativos a la gestión de la MP, en cuanto a: la ordenación de los recursos, definición de su accesibilidad, formación a los profesionales, información a pacientes, desarrollo de procesos, y su inclusión o no en los contratos de gestión. Concluyó afirmando que: “Es conveniente la concentración y centralización de aquellas técnicas, procedimientos y tecnologías que requieren un alto grado de especialización del personal y utilizan equipos y recursos materiales altamente sofisticados, en aras de obtener una economía de escala y sinergias que lo hagan sostenible”.

Rosa Bermejo, analizó cómo se puede impulsar la incorporación de las técnicas, procedimientos y tecnologías relacionadas con este tipo de atención a la Cartera de Servicios común en el SNS, con el fin de garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones de la MP de todos los ciudadanos, y cómo podemos evaluar el cumplimiento de los estándares e impacto de las actuaciones fundamentales en la MP. Haciendo hincapié en que “debemos garantizar el cumplimiento de los requerimientos y estándares que acrediten la calidad de la prestación en los servicios clínicos y en los servicios de apoyo al diagnóstico”.

Finalmente, César Pascual, en una intervención más provocadora, incidió en cómo se debe promover la actualización del conocimiento de los profesionales sobre los avances en este campo y la incorporación en la práctica clínica de aquellas innovaciones de utilidad probada, que garanticen una asistencia de calidad y contribuyan a la sostenibilidad financiera del SNS, cómo se puede garantizar la preservación de los derechos de los pacientes y el respeto a los principios de la ética y la deontología médica. Y sobre todo en “¿Quién, qué, cuánto, y con qué fondos se ha de decidir la financiación del coste de la MP?”

En fin, una interesante mesa, que dejó muchos interrogantes a resolver, pero en lo que todos los intervinientes estuvieron de acuerdo es en los avances en el conocimiento científico, y en particular de las bases genéticas y moleculares de las enfermedades complejas, junto con el perfeccionamiento, simplificación y abaratamiento de tecnologías clave (como los microarrays y la secuenciación

ultrarrápida), que han contribuido a asentar la Medicina Individualizada o Personalizada como una realidad en los países avanzados, y que en el nuestro requiere ya de respuestas claras y rápidas, puesto que “ya está aquí”.

Todo lo anterior, impulsado además por una realidad económica y los presumibles beneficios (en términos de coste-eficacia) de esta evolucionada manera de afrontar los problemas de salud de la población, es lo que ha motivado el interés de los gestores, directivos y profesionales de la salud por reflexionar sobre el presente y futuro de la Medicina Individualizada en este Congreso Nacional de Directivos y fundamentalmente, promover propuestas firmes para crear un nuevo orden organizativo de la atención sanitaria basado en la Medicina Individualizada.

Para finalizar, el moderador, Jaime del Barrio, dijo que: “el desarrollo de la MP en el SNS español resulta capital,



De izquierda a derecha: José Luis de Sancho, Manuel de la Puente, Rosa Bermejo, César Pascual y Jaime del Barrio.

tanto desde el punto de vista de mejora de la práctica clínica como de la utilización y optimización de los recursos”. A su juicio, esto “implicaría otra forma de trabajar con una asistencia más racional y de calidad, fundamentada en: la acreditación de los laboratorios que realizan los biomarcadores, la protocolización de las actuaciones, la reducción de la variabilidad, la difusión del conocimiento, la formación reglada de los profesionales, la potenciación de la investigación y el impulso a la autonomía basada en la información proporcionada al paciente”.

Desde esta perspectiva, según Del Barrio, “el establecimiento de la atención sanitaria basada en la Medicina Personalizada presenta indudables beneficios tanto para los diferentes niveles de atención como para los diversos actores implicados, al contribuir a la resolución de los principales problemas y carencias que presenta el SNS español actualmente en este campo, impulsando una atención sanitaria de vanguardia, acorde con la ya implantada en los países líderes en este campo”.

Tras la reunión, los ponentes reafirmaron su compromiso de seguir trabajando, concluyendo con un: “¡Manos a la obra, en lo que a la Medicina Personalizada se refiere!”.



Empresas sanitarias cotizadas

El negocio internacional salva sus cuentas

MIENTRAS LAS COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS INCREMENTAN SU NEGOCIO INTERNACIONAL CON REPERCUSIÓN POSITIVA EN SUS RESULTADOS, LAS CLÍNICAS SUFREN EL DETERIORO DEL MERCADO INTERIOR.

[Por **GONZALO SAN SEGUNDO**]

Las compañías farmacéuticas que cotizan en la Bolsa española tuvieron unos resultados desiguales en 2012. Pero todas ellas cumplieron previsiones o mejoraron su facturación y/o beneficio gracias a la actividad exterior. El mercado nacional aún sigue constreñido por los efectos de la crisis: disminución del consumo, recortes sanitarios y copago farmacéutico, sin olvidar la política pro genéricos.

Almirall De “año histórico” calificó a 2012 el consejero delegado de la compañía, Eduardo Sanchiz Yrazu, a pesar de que las ventas netas disminuyeron un 11 por ciento y el beneficio cayó más de nueve puntos porcentuales respecto al ejercicio anterior. Yrazu se refería, sin duda, a los acuerdos de colaboración firmados y a la cancelación de la deuda, lo que sitúa a Almirall en una excelente posición para “entrar en un importante periodo de crecimiento”, que vendrá de la mano, sobre todo, del negocio internacional, cuya facturación creció un 5 por ciento y que representa casi el 60 por ciento de las ventas totales. En ese contexto, la empresa confirma su apuesta por la I+D, cuyas inversiones llegaron a superar el año pasado el 23 por ciento de los ingresos.

FAES FARMA La estrategia de diversificación consiste en conjugar internacionalización, comercialización de nuevos medicamentos y evolución de Bilastina, lo que ha dado sus frutos a la compañía presidida por Eduardo Fernández-Valderrama. A pesar de que los ingresos netos cayeron más de un 7 por ciento, el beneficio consolidado creció casi un 38 por ciento. Estos buenos

RESULTADOS DE 2012*

Empresa	Facturación	%/2011	Beneficio	%/2011
Almirall	683	-11,1	76,4	-9,3
Clínica Baviera	90	-4,0	-0,64	----
C. Dermoeestética	30	-18,2	-11	-59,3
Faes Farma	176	-7,4	19,5	37,6
Grifols	2.621	46,0	256,7	410,2
Rovi	202	9,3	19,5	7,7
Zeltia	138	-9,4	6,6	39,0

* En millones de euros. La facturación y el beneficio son netos.
Fuente: CNMV.

resultados permitirán a la empresa pagar un segundo dividendo este año un 100 por ciento más alto que el complementario del año anterior, así como realizar en primavera una ampliación de capital en la proporción de una acción nueva por cada 25 antiguas. Según Fernández-Valderrama, las perspectivas para 2013 "son muy optimistas": prevé un incremento del beneficio consolidado superior al 20 por ciento.

LA ESTÉTICA SE PONE FEA

Con el descenso general del consumo, y en particular el sunuario, los vientos que soplan para el negocio de la medicina estética y cirugía reparadora resultan negativos. Así lo ponen de manifiesto las cifras de las dos compañías españolas de este sector que cotizan en Bolsa.



Corporación Dermoesztica

Disminuyó notablemente su facturación y beneficio neto en 2012, respecto a las cifras registradas el año anterior. Los ingresos quedaron en 30 millones de euros, un 18 por ciento menos, y el beneficio neto se situó en 11 millones, un 59 por ciento menos. La compañía reconoce que "la situación existente de pérdidas ha venido suponiendo, en los últimos ejercicios, que los flujos de efectivo de las actividades de explotación hayan sido negativos de forma recurrente, habiendo financiado estos déficits con los excedentes de caja". Y sitúa las previsiones de las ventas para 2013 "en niveles similares a los alcanzados en el ejercicio 2012".

La situación de pérdidas continuadas y la disminución progresiva de los ingresos ha llevado a la compañía a poner en marcha tres expedientes de regulación de empleo, y abocado a una situación patrimonial negativa, corregida en parte con préstamos participativos de su accionista mayoritario, que ha solicitado a la CNMV la exclusión de la compañía de Bolsa mediante una oferta pública de adquisición de la totalidad de las acciones.

CLINICA BAVIERA

INSTITUTO OFTALMOLOGICO EUROPEO

También le fue mal su negocio de estética, que aporta el 13 por ciento de sus ingresos totales. En 2012, la facturación de estética disminuyó en un 20 por ciento, rozando los 12 millones de euros. El otro 87 por ciento de los ingresos lo representa la oftalmología, que el año pasado tuvo una caída del 5 por ciento en el mercado español. En conjunto, el Grupo Baviera disminuyó sus ingresos en un 4 por ciento y los beneficios netos pasaron de los seis millones largos de euros en 2011 a pérdidas de 641.000 euros en 2012, debido, según la compañía, a un ajuste contable por el deterioro del fondo de comercio generado en la compra de Policlínica Londres en el año 2006.

La importante contracción registrada en el mercado de cirugía y medicina estética en los últimos años y su impacto en los resultados, ha llevado a Clínica Baviera a reducir la plantilla en diversas clínicas y renegociar las condiciones salariales.

GRIFOLS

El año pasado fue una de las estrellas que más brillaron en el Íbex y la que mejores números obtuvo de entre las farmacéuticas cotizadas. Multiplicó por más de cinco veces su beneficio neto, hasta los 257 millones de euros, e incrementó su cifra de negocio en un 46 por ciento. Todo ello gracias, en buena medida, a la compra en 2011 de la estadounidense Talecris, que era su principal competidor. Tras esta adquisición, el 92 por ciento de los ingresos de la compañía se generan en mercados internacionales. Y gracias también a la política de contención de gastos operativos, que, según su presidente ejecutivo, Víctor Grifols, ha supuesto una disminución de casi el 21 por ciento sobre ventas. Grifols invirtió el año pasado 124,4 millones de euros en I+D, lo que representa el 4,7 por ciento de su facturación. De hecho, tiene 12 ensayos clínicos en marcha para nuevos productos y nuevas indicaciones.



Presentó unas cuentas con crecimientos en todos sus márgenes operativos. Así, la facturación aumentó más de un 9 por ciento, hasta los 202 millones de euros, y el resultado neto ascendió a 20 millones, un 7,7 por ciento más que en 2011, "como resultado de la fortaleza del negocio de fabricación a terceros, cuyas ventas crecieron un 34 por ciento", señaló el consejero delegado de la empresa, Juan López-Belmonte. Su previsión para este año es que el crecimiento de los ingresos operativos se sitúe en torno al 10 por ciento, a pesar del impacto del último paquete de medidas sanitarias decretadas por el Gobierno y la caída del mercado farmacéutico español, estimada por Farmaindustria en un 13 por ciento. Rovi, cuyo negocio internacional representa el 40 por ciento de sus ventas, enfoca sus proyectos de I+D hacia la plataforma ISM, un sistema de liberación de fármacos que tiene por objetivo mejorar el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.

Zeltia

El Grupo Zeltia obtuvo en 2012 un resultado neto atribuible de 6,6 millones de euros, lo que supone un incremento del 39 por ciento respecto al año anterior. Más de la mitad de los ingresos del Grupo, que exporta el 52 por ciento de sus ventas, con filiales en Italia y Alemania (área de oncología) y Suecia (área de diagnóstico), se generan con las ventas de productos biofarmacéuticos, y el resto lo aporta el segmento de química de gran consumo. Como consecuencia del fracaso de un ensayo clínico en fase II, la compañía decidió disolver Noscir, la sociedad que desarrollaba dicho ensayo. No obstante, la apuesta de Zeltia por la I+D es decidida: el año pasado invirtió en investigación casi 50 millones de euros, un 0,3 por ciento más que en 2011. El presidente del Grupo, José María Fernández-Sousa, resume los objetivos prioritarios: avanzar con los ensayos clínicos de fase IV de Yondelis, búsqueda de socios en alianzas estratégicas y expansión internacional del área de diagnóstico.

ENCUESTA : SALARIOS 2012

Aumentan los costes, pero no los ingresos

Medical Economics ofrece en este número un análisis de los salarios de los médicos durante el pasado año en Estados Unidos. En una entrega posterior se revisará la situación española. **Por BETH THOMAS HERTZ**

Según los nuevos resultados de la 84ª Encuesta Exclusiva sobre Ingresos de *Medical Economics*, los ingresos de los médicos de Atención Primaria (AP) se mantienen más o menos en el mismo nivel desde 2006, aunque los costes de gestión de las consultas siguen subiendo.

Al combinar los ingresos de todos los médicos asalariados y los de aquellos con participación accionarial en sus consultas para los 4200 encuestados en una amplia gama de especialidades, los ingresos medianos ascendieron a 188.000 dólares, mientras el medio se acercaba más a los 235.000 dólares. Esta cantidad representa un ligero aumento desde la encuesta del año pasado, cuando estas cifras fueron 180.000 y 224.000 dólares, respectivamente.

Sin embargo, cuando se examinaron los ingresos solo de médicos generales/de familia, internistas y pediatras, el salario mediano total fue de 163.000 dólares, una cifra casi idéntica a la observada cada año desde 2006, y que supone solo un leve aumento desde 2003.

A continuación se puede ver cómo los salarios medianos de los médicos de AP (en esta encuesta definidos como médicos generales/de familia, internistas y pediatras) en los últimos años se vienen abajo:

- 2003: 150.000 dólares
- 2004: 150.000 dólares
- 2005: 155.000 dólares
- 2006: 165.000 dólares
- 2007: 187.500 dólares*
- 2008: 162.500 dólares
- 2009: 163.000 dólares
- 2010: 163.000 dólares
- 2011: 163.000 dólares

*incremento en parte atribuible al aumento del sueldo en pediatría; al incluir solo a médicos de familia e internistas, el salario mediano fue de 162.500 dólares.

Aunque tener una participación accionarial ayuda a que los médicos ganen un poco más, no parece que

haya contribuido a incrementar el nivel de ingresos. Las encuestas de 2011 y 2012 revelaron que los ingresos medianos de todos los médicos participantes con participación accionarial en sus consultas se mantenían en 213.000 dólares. Los ingresos de todos los médicos asalariados en general tampoco variaron, con un salario mediano de 188.000 dólares en ambos años.

Los últimos datos provienen de una encuesta realizada a través de Internet en el mes de junio entre lectores de *Medical Economics* y de algunas de sus publicaciones hermanas producidas por Advanstar Communications. (Lea "Sobre la encuesta" en pág. 42 para conocer más detalles).

A pesar de que el nivel de ingresos se mantiene igual, muchos de los encuestados aseguraron que no eran más pesimistas que el año anterior. Al pedir que evaluaran el aspecto económico de sus consultas, el 16% respondió que era mejor que hacía un año y el 44% comentó que era más o menos el mismo, siendo estos porcentajes casi idénticos a las respuestas del año anterior, que fueron el 14% y el 43%, respectivamente. No obstante, "Peor que hace un año" siguió siendo una respuesta frecuente para el 37% este año, frente al 39% del año pasado.

Los salarios medianos combinados (médicos asalariados y propietarios) más elevados fueron los de cirujanos plásticos y cardiólogos (ambos 363.000 dólares), urólogos (338.000 dólares) y dermatólogos (300.000 dólares).

En la Atención Primaria, los ingresos medianos de médicos asalariados y propietarios fueron de 163.000 dólares en el caso de los médicos generales/de familia y de 188.000 dólares en el de los internistas. Estos ingresos fueron de 163.000 dólares para pediatras y de 238.000 dólares para

Ingresos de los médicos de Atención Primaria: revisión de 5 años

Medical
Economics

Médicos generales/de familia
Ingresos medianos en 2011 = **163.000 dólares**

Médicos de medicina interna
Ingresos medianos en 2011 = **188.000 dólares**

MÉDICOS GENERALES/DE FAMILIA

MÉDICOS DE MEDICINA INTERNA

	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
400.000 dólares o más	3%	4%	2%	4%	5%	5%	7%	4%	3%	6%
350.000 – 399.999 dólares	2%	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	4%	3%
300.000 – 349.999 dólares	4%	4%	3%	5%	4%	4%	4%	4%	6%	6%
250.000 – 299.999 dólares	9%	7%	7%	5%	9%	9%	5%	6%	7%	11%
200.000 – 249.999 dólares	12%	19%	13%	15%	15%	17%	15%	13%	16%	17%
175.000 – 199.999 dólares	9%	11%	12%	13%	12%	10%	16%	14%	15%	12%
150.000 – 174.999 dólares	12%	11%	16%	15%	16%	12%	10%	20%	12%	13%
120.000 – 149.999 dólares	18%	13%	18%	17%	12%	19%	13%	12%	13%	13%
Menos de 120.000 dólares	31%	29%	24%	24%	20%	22%	28%	21%	21%	17%

Fuente: Encuesta Exclusiva sobre Ingresos de 2012 de *Medical Economics*

Clave 0% a 5% 6% a 10% 11% a 15% 16% a 20% más del 21%

tocólogos/ginecólogos. La otra única especialidad en este mismo rango fue la psiquiatría (163.000 dólares).

OTRAS VARIABLES

Ingresos medianos según otras variables demográficas para todas las especialidades:

- **Género.** La encuesta reveló que los ingresos medianos fueron más elevados para los hombres (213.000 dólares) que para las mujeres (163.000 dólares), lo que probablemente refleja el hecho de que son más las mujeres que trabajan a media jornada.
- **Región.** Por región, los médicos mejor pagados fueron los del Medio Oeste (213.000 dólares), seguidos por los del Noreste, Sur y Oeste con 188.000 dólares.
- **Ubicación de la consulta.** Por comunidad, las consultas rurales fueron las más lucrativas para los médicos, con 213.000 dólares, seguidas por las situadas en zonas urbanas y residenciales, ambas con 188.000 dólares, y por aquellas en zonas urbanas marginales, con 163.000 dólares.
- **Propietario frente a empleado.** De todos los médicos con participación accionarial, los ingresos medianos fueron de 213.000 dólares. Los médicos asalariados tuvieron unos ingresos medianos de 188.000 dólares.

LA CAUSA DE QUE LOS INGRESOS NO SUBAN

¿Qué explica esta tendencia en los ingresos?

Judy Bee de Practice Performance Group en La Jolla, California, comenta que aunque algunos médicos han

experimentado incrementos en el reembolso en los últimos años, la mayor parte de estas ganancias se invierten en los mayores gastos, como el aumento de sueldo del personal y el coste de los beneficios, así como los costes de alquiler y servicios.

Señala que el elevado volumen de tráfico de pacientes en la mayoría de las consultas de Atención Primaria implica que estos médicos precisan un mayor número de empleados y más espacio que otros tipos de consultas. Los gastos generales de muchas consultas de medicina de familia superan el 61%, lo que suele dejar menos dinero para el sueldo de los médicos. (Para conocer algunos consejos sobre cómo compensar los mayores costes en su consulta, lea “Encontrar la satisfacción económica”).

IMPLICAR A LOS MÉDICOS DE AP

El Dr. Ray E. Stowers, presidente de la Asociación Americana de Osteopatía (AOA, por sus siglas en inglés), asegura que los crecientes costes de la gestión de una consulta suponen un problema. Explica que este incremento, que estima en más del 20%, hace que las reducidas tasas de reembolso sean aún más inquietantes.



Ray E. Stowers, DO

“Es cuestión de reconocer lo que internistas, médicos de familia y pediatras hacen en el proceso total de la atención médica”, comenta. “La AOA es partidaria de los centros médicos centrados en el paciente, pero es

“Muchos profesores de mi comunidad ingresan más dinero”. —Dr. Anselm Igbanugo

todo un reto intentar explicar al público que los médicos hacen muchas cosas por las que no reciben compensación”.

La AOA también apoya las organizaciones sanitarias responsables (ACO, por sus siglas en inglés), añade, porque implican a los médicos de AP en lugar de alejarlos de los especialistas, un fenómeno que ve como una causa importante de que los ingresos no suban.

“Apoyamos a todas las especialidades, pero reconocemos lo importante que pagar a los médicos de AP es para toda la profesión”, comenta Stowers.

Se muestra prudentemente optimista sobre el futuro de la Atención Primaria, sobre todo para los médicos asalariados y aquellos que ejercen en zonas metropolitanas y pueden unirse a alguna ACO.

“Creo que nos dirigimos a un momento en la historia de nuestro país en el que empezaremos a valorar el trabajo de los AP y su papel en los cuidados médicos de calidad”, asegura Stowers.

“Necesitamos un modelo de reembolso que reconozca todo esto. Y no debemos olvidar el amplio número de médicos que ejercen solos o en consultas pequeñas”, añade. “Debemos adaptarnos a todos los tipos y tamaños de consultas”.

APOYAR LA REFORMA

Aunque el Dr. David L. Bronson, miembro y presidente del Colegio Americano de Médicos (ACP, por sus siglas en inglés) e internista en Cleveland Clinic, también se muestra optimista sobre el futuro de los ingresos de la Atención Primaria ya que la reforma sanitaria aumenta su importancia, coincide con que los ingresos de la Atención Primaria se han estancado en los últimos años.



David L. Bronson, MD, FACP

“Tenemos que adoptar un sistema de pagadores diferente que recompense la relación médico-paciente”, explica. “La tendencia actual no es satisfactoria para los médicos ni para los pacientes”.

Bronson comenta que el ACP apoya un proyecto de ley del Congreso, HR 5707, la Ley de Innovación del Pago a Médicos de Medicare de 2012. Respaldada por la representante demócrata Allyson Schwartz de Pensilvania, el proyecto de ley modificaría la parte B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social para reformar el pago de Medicare por los servicios de los médicos eliminando el sistema de tasas de crecimiento sostenible y proporcionando incentivos para la adopción de modelos innovadores de pago y de administración de la atención médica con el fin de mejorar la calidad y la eficacia.

“Esto supone pasar de un entorno de servicios gratuitos a uno que recompensa la calidad y el valor global”, añade. “Se paga por la coordinación de los cuidados y por los centros médicos centrados en el paciente”.

Bronson también asegura que el ACP cree que hay que abordar las cuestiones de disparidad de ingresos entre AP y especialistas, sobre todo porque una buena Atención Primaria crea buenos patrones de derivación. “Su experiencia ayuda a aprovechar mejor el tiempo de los especialistas, porque se ha realizado un buen cribado”, añade.

MANTENER VIVA LA LUCHA

El Dr. Glen Stream, MBI, miembro del ACP y presidente de la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP, por sus siglas en inglés), comenta que la estabili-

ENCONTRAR LA SATISFACCIÓN ECONÓMICA

Para abordar los reembolsos invariables o decrecientes y los mayores costes operativos de su consulta, quizá se sienta tentado de reducir al mínimo los costes relacionados con el personal, pero Judy Bee de Practice Performance Group en La Jolla, California, aconseja tener en cuenta otras acciones antes siempre que sea posible.

“Recomendamos a los médicos que si tienen buenos empleados, no los dejen escapar por 50 céntimos más a la hora”, comenta. “Pagar sueldos competitivos le ahorrará tiempo en reemplazar y formar al nuevo personal”.

Este consejo es especialmente adecuado en el campo de los registros electrónicos del historial médico (EHR). La tecnología puede jugar un papel en el hecho de que los ingresos no aumenten, porque su instalación puede resultar costosa y su uso puede reducir la productividad, al menos al principio. Además, para maximizar su valor, los EHR pueden exigir empleados con más conocimientos informáticos, y este tipo de trabajadores puede imponer mayores sueldos.

Pero “los médicos deben afrontar el hecho de que los empleados con experiencia en EHR son valiosos”, añade Bee.

Así que si no puede reducir los costes relacionados con el personal, ¿qué puede hacer para sentirse mejor con su situación económica? Bee ofrece un par de consejos.

- **Deje de aceptar incrementos anuales y automáticos en el alquiler.** Con el mercado inmobiliario algo tocado en muchas zonas, comparar (por su cuenta en Internet y mediante otros recursos o con la ayuda de un agente profesional) antes de volver a firmar el contrato de arrendamiento puede ser beneficioso. Aunque cambiar de ubicación puede resultar algo caro, las bonificaciones por mudanza pueden compensar el coste. “No se limite a aceptar un incremento anual del alquiler como algo inevitable”, recomienda Bee. “Considere al menos cambiar de ubicación, y no dude en negociar con su casero”.
- **Utilice profesionales de nivel intermedio.** El uso de auxiliares médicos o enfermeros puede no contribuir a incrementar los ingresos, pero sí puede ayudar a reducir el volumen de trabajo de los médicos. “Los ingresos invariables son aceptables si un médico trabaja menos y puede estar en casa a las 6 en lugar de a las 8 de la tarde”, añade. “Un profesional de nivel intermedio puede ayudar a conseguir este objetivo”.

dad a la baja de los ingresos es uno de los motivos principales por los que la AAFP está tan comprometida con la defensa de los mayores niveles de reembolso.

“Los costes del negocio han aumentado, como todo, y los médicos deben mantener el ritmo. De lo contrario, les resultará muy difícil ampliar y desarrollar sus consultas”, explica.

Modestos incrementos como las primas de incentiva- ción para los pacientes de Medicare son útiles, pero no suficientes para que la mayoría de médicos consiga marcar una diferencia importante, añade Stream.

La diferencia entre los ingresos de los especialistas y los de los AP es otra gran preocupación para la AAFP. La mayor parte de los AP ingresa un 54% de lo que ingresan sus colegas especialistas, comenta, y la diferencia de ingresos a lo largo de la vida es de unos 3,5 millones de dólares.

“Esto plantea muchas cuestiones sobre la calidad de los cuidados médicos”, añade Stream. “Este es el motivo de que sigamos defendiendo un modelo de pago que reconozca el auténtico valor de la Atención Primaria”.

EN EL CAMPO

Algunos de los encuestados que aceptaron participar en entrevistas de seguimiento telefónicas expresaron algo más de escepticismo sobre el futuro ya que están luchando por mantener sus consultas a flote.

El Dr. Anselm Igbanugo trabaja solo en su consulta de medicina interna de Toms River, Nueva Jersey, desde 2000. Antes formaba parte de una consulta de grupo, pero se fue cuando las mayores expectativas de trabajo (atender a 50 o más pacientes al día) no le permitieron seguir ejerciendo el tipo de medicina que quería.

El año pasado aumentó su dependencia de hospitales después de acabar quemado de trabajar hasta las dos de la madrugada de forma regular, y su sueldo neto ha reflejado el cambio. El año pasado solo se llevó a casa 69.000 dólares, la mitad de lo que ingresó en años anteriores.

“Muchos profesores de mi comunidad ingresan más dinero”, asegura Igbanugo.

Ha dejado de aceptar muchos tipos de seguro, frustrado por las negaciones de los pagadores, el retraso en los pagos y las bajas tasas de reembolso. Su volumen de pacientes ha pasado de 30-40 a 10-15 al día.

Igbanugo, de 54 años de edad, no ve una buena manera de reducir sus gastos generales, porque no puede soportar el pensamiento de despedir a ninguno de sus seis empleados. Al vivir en la Costa Este, incluso el trabajador peor pagado gana 15 dólares la hora.

Se niega a relegar los cuidados de sus pacientes a profesionales de nivel intermedio y tampoco quiere seguir el camino que muchos de sus colegas han tomado: convertirse en un médico asalariado o aumentar los

¿VOLVERÍA A HACERLO?

Si pudiera volver atrás y elegir su profesión otra vez, ¿tomaría la misma decisión? Muchos médicos en activo encuestados a principios de este año responden “sí”.

Unas dos terceras partes (el 63%) aseguran que elegirían la misma especialidad, el 20% dice que elegiría otra y el 16% que estudiaría otra carrera.

Estas cifras son casi idénticas a las respuestas del año pasado.

Por campo principal, los profesionales de dermatología (el 89%), cardiología (el 85%) y cirugía plástica (el 84%) son los que con mayor incidencia repetirían la misma especialidad.

El año pasado, dermatólogos (el 90%), cardiólogos (el 78%) y pediatras (73%) encabezaron la lista.

La menor incidencia de elección de la misma especialidad se da entre los médicos de urgencias/cuidados intensivos (el 52%), los especialistas de medicina interna (el 46%) y los neurólogos/neurocirujanos (el 38%). La incidencia de los médicos de familia fue del 56%.

El grupo de edad que con menor probabilidad elegiría otra profesión es el de los mayores de 65 años, ya que solo el 11%

asegura que estudiaría otra carrera diferente a la medicina si pudiera. Aquellos con más probabilidades de cambiar de profesión son los menores de 30 años (el 20%), seguidos de cerca por el grupo de entre 50 y 54 años (el 19%).

Los médicos que con menor probabilidad seguirían en la misma especialidad son los que se encuentran en el centro de sus carreras, es decir, aquellos que tienen entre 40 y 44 años de edad (el 59%), seguidos de cerca por el grupo de entre 50 y 54 (el 60%), y de entre 45 y 49 y 55 y 59 años, ambos con el 61%. ¿Los médicos que con mayor probabilidad volverían a elegir su especialidad? Los más jóvenes (los menores de 30 con el 80% y aquellos entre 30 y 34 años con el 73%) y los mayores de 65 (el 72%).

Mujeres y hombres tienen prácticamente las mismas probabilidades de volver a elegir la misma especialidad (el 64% en el caso de los hombres y el 63% en el de las mujeres), aunque el número de mujeres que no volvería a estudiar medicina es ligeramente mayor (el 17% frente al 15% de los hombres).

A nivel regional, los médicos del Oeste y del Medio Oeste aseguran que muy probablemente elegirían la misma especialidad (el 65% en ambos casos), mientras los médicos del Sur representan el porcentaje más bajo (el 61%). El 70% de los médicos que ejercen en zonas urbanas

marginales volvería a elegir la misma especialidad, seguidos por los que trabajan en zonas urbanas (el 67%), zonas rurales (el 64%) y zonas residenciales (el 60%).

El número de horas que los encuestados dedican a su trabajo afecta a su percepción de haber tomado una buena decisión profesional. El 68% de los médicos que trabajan 30 o menos horas volvería a seguir el mismo camino. Esta cifra cae drásticamente a medida que aumenta el número de horas, hasta tocar fondo con solo el 50% de los médicos que trabajan más de 90 horas a la semana asegurando que tomaría la misma decisión.

Aparentemente, el dinero contribuye a la satisfacción laboral. De los médicos que ingresan más de 500.000 dólares al año, el 83% responde que volvería a elegir la misma especialidad. Esta cifra cae hasta el 75% entre aquellos que ingresan entre 400.000 y 499.999 dólares, y hasta el 61% en el caso de los médicos que ingresan entre 60.000 y 99.000 dólares.

Casi la mitad de los participantes (el 46%) indica que recomendarían a sus hijos o hijos de amigos estudiar medicina. El 25% no está seguro, y el 28% no lo recomendaría. El año pasado, el 46% aseguró que sí recomendaría estudiar medicina a sus hijos o hijos de amigos, mientras el 24% no estaba seguro, y el 30% respondió que no lo haría.

Ingresos por edad en 2011

Medical
Economics

	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+
Ingresos medianos	135.000	188.000	213.000	213.000	213.000	213.000	188.000	163.000
400.000 o más	1%	9%	13%	15%	14%	15%	12%	10%
350.000 - 399.999	0%	5%	4%	5%	4%	4%	4%	3%
300.000 - 349.999	1%	7%	8%	6%	9%	7%	8%	5%
250.000 - 299.999	6%	10%	10%	10%	10%	11%	12%	9%
200.000 - 249.999	14%	13%	17%	16%	14%	17%	12%	14%
175.000 - 199.999	10%	11%	9%	10%	10%	8%	9%	7%
150.000 - 174.999	14%	14%	11%	10%	11%	12%	13%	9%
120.000 - 149.999	17%	15%	10%	11%	11%	9%	10%	9%
Menos de 120.000	34%	17%	16%	14%	16%	17%	18%	33%

Fuente: Encuesta Exclusiva sobre Ingresos de 2012 de *Medical Economics*

ingresos vendiendo vitaminas u ofreciendo servicios de pago en efectivo.

Todo conduce a una conclusión: Igbanugo no sabe si su consulta sobrevivirá mucho más tiempo. Está pensando en utilizar su crédito sobre el valor de su vivienda para mantener las cosas en marcha, pero no está seguro de que pueda durar más de dos años a este ritmo.

“Los dinosaurios como yo tienen que desaparecer”, comenta.

Igbanugo es escéptico sobre que las reformas sanitarias de la Ley de Asistencia Asequible ayuden mucho, ya que los sueldos de los médicos representan solo el 9% del gasto sanitario nacional.

“Somos un objetivo fácil porque no tenemos la suficiente influencia política”, asegura.

Con todo, Igbanugo está dedicado a sus pacientes y piensa ocuparse de ellos todo el tiempo que le sea posible. “Con suerte, esto no durará para siempre”, añade.

REDUCIR PERSONAL

El Dr. Bradley Kline asegura que también teme verse forzado a la extinción. Ejerce solo en su consulta Brunswick Princeton Family Practice en South Brunswick, Nueva Jersey, donde en los últimos años ha visto un marcado descenso en sus ingresos por paciente y en el volumen de pacientes, y para compensar ha reducido su plantilla a la mitad.



“[Los profesionales de nivel intermedio] Al final serán la comunidad de Atención Primaria”. —Dr. Bradley Kline

“Cuando empezamos a notar esta reducción, contactamos con cuatro de mis colegas en la zona. Descubrí que dos de ellos estaban tan perjudicados que no veían más alternativa que intentar dejar de ejercer. Otro se encontraba en mi misma situación, pero él creía que podría continuar hasta capear el temporal, mientras el último aseguraba que le iba bastante bien”, comenta.

El que sigue ejerciendo sin problemas tiene una consulta con modelo boutique con un enfoque muy exclusivo. Recomendó a Kline seguir su ejemplo, pero él se resistió.

“Comprendo su predicción de que las consultas con modelo conserje o boutique serán la única forma de que los “médicos de familia” sobrevivan en el futuro. Creo que será algo terrible para nuestro país, ya que la opinión de mi amigo me suena al toque de difuntos para el modelo de Atención Primaria que se centra, en general, en que los médicos de la comunidad administran cuidados a través de múltiples plataformas y de múltiples perfiles demográficos y durante toda la vida de nuestros pacientes”, explica.

Kline rechaza invertir en nuevas tecnologías, como los registros electrónicos del historial médico (EHR), aunque sí utiliza un sistema informático diseñado por él mismo para mantenerse al corriente de los historiales de sus pacientes a nivel interno.

A los 57 años, asegura que le gustaría ejercer 15 o 20 años más, pero es pesimista sobre el futuro. Cree que los profesionales de nivel intermedio ocuparán poco a poco el lugar de los AP porque

Ingresos por género

Medical Economics

HOMBRES



MUJERES



	2009	2010	2011	2009	2010	2011
400.000 dólares o más	13%	14%	15%	2%	4%	6%
350.000 - 399.999 dólares	5%	5%	5%	3%	2%	2%
300.000 - 349.999 dólares	8%	9%	8%	4%	6%	6%
250.000 - 299.999 dólares	10%	10%	12%	5%	6%	7%
200.000 - 249.999 dólares	17%	16%	16%	12%	12%	13%
175.000 - 199.999 dólares	11%	10%	9%	10%	10%	9%
150.000 - 174.999 dólares	11%	9%	11%	14%	12%	13%
120.000 - 149.999 dólares	10%	10%	8%	16%	16%	16%
Menos de 20.000	15%	17%	15%	32%	30%	28%

Fuente: Encuesta Exclusiva sobre Ingresos de 2012 de Medical Economics

hospitales y aseguradoras pueden controlarlos más fácilmente.

“Al final serán la comunidad de Atención Primaria”, predice.

LA COSMÉTICA MANTIENE LAS PUERTAS ABIERTAS

Una médica que decidió añadir servicios cosméticos de pago en efectivo ha descubierto que este enfoque es la única forma de mantener su negocio a flote.

La Dra. Cynthia Hoffmeier, de Clarion, Pensilvania, ejerce la medicina de familia desde hace 26 años. Hace unos 15 años incorporó un componente estético, pero en los últimos tres o cuatro años lo ha incrementado hasta ocupar la mitad de su tiempo en la consulta.

Empieza cada día atendiendo a pacientes con enfermedades agudas, por orden de llegada de forma que no ve interrumpida su jornada de trabajo de forma constante. Los lunes y miércoles sigue su horario atendiendo a pacientes generales, pero los martes y jueves cambia al trabajo estético después de atender a los pacientes con enfermedades agudas. Los viernes son un combinado, explica.

“Probablemente la cosmética es lo que mantiene mis ingresos en un nivel uniforme”. —Dra. Cynthia Hoffmeier

Hoffmeier añade que se decidió a ofrecer más servicios para el cuidado de la piel por su deseo de empezar a cobrar en efectivo, pero ha descubierto que realmente disfruta del trabajo. “Es muy divertido. Además, esos días también realizo algunos procedimientos médicos tradicionales, como el tratamiento del acné o la psoriasis o la eliminación de lunares”, comenta.

Hoffmeier asegura que le gustaría pasar incluso más tiempo con los servicios estéticos, pero Clarion es una ciudad pequeña, por lo que no cree que haya suficiente negocio en este sentido. Además, sabe que sería complicado dejar a sus pacientes generales. Pero como muchos otros médicos de familia, ingresa menos dinero los días que atiende a pacientes generales.

“Probablemente la cosmética es lo que mantiene mis ingresos en un nivel uniforme”, comenta.

Sin duda esto ha ayudado a mantener la puerta abierta este año, añade, ya que problemas de comunicación entre su cámara de compensación y sus pagadores dejaron a la consulta sin pagos de ase-

guradoras durante seis meses. Entonces, en el proceso de obtención de la licencia para dispensar productos médicos duraderos, Medicare le exigió volver a presentar la solicitud de aceptación cuando descubrió que ella y su marido (también médico, pero que atiende sobre todo a pacientes de hospital) depositaban sus cheques en una cuenta conjunta.

“Tuvimos que rellenar páginas y páginas de formularios y presentarlos varias veces”, explica. “Todavía estamos intentado cobrar ese dinero. Ha sido una pesadilla”.

Sin los ingresos de los pacientes cosméticos, “hubiéramos tenido que pedir un préstamo bancario”, añade Hoffmeier.

Ella y su marido están en la cincuentena y tienen pensado aguantar el tipo en un futuro previsible, al mismo tiempo que “ahorramos frenéticamente para la jubilación”, comenta.

Al hablar sobre que muchas personas con menos formación y menos responsabilidades que ellos ingresan más dinero, Hoffmeier responde que no volvería a seguir el mismo camino si tuviera que hacerlo otra vez.

“Nunca”, asegura.

MEJORANDO, PERO CON PREOCUPACIÓN

La Dra. Mary Digel, que ejerce en Alleghany Family Practice en Sparta, Carolina del Norte, ha visto lo mucho que ha evolucionado su consulta en los 22 años que lleva trabajando en esta comunidad rural.



“El sueldo que podemos ofrecer, entre 120.000 y 150.000 dólares, es demasiado bajo como para atraer a alguien que está endeudado por sus estudios de medicina”. —Dra. Mary Digel

Cuando empezó, hizo de todo (atender partos, visitar residencias de ancianos, cubrir turnos en urgencias), al mismo tiempo que mantenía su consulta en la calle de enfrente del hospital de 25 camas de Sparta.

La tocología fue lo primero que salió de su consulta, ya que el hospital no podía adaptarse a las cambiantes necesidades del mantenimiento de una sala de maternidad. Luego, el hospital contrató auxiliares médicos para cubrir los turnos de urgencias, así que Digel dejó de desempeñar esas responsabilidades.

Después de que sus dos socios de la consulta decidieran dejar de atender pacientes en el hospital por las horas que esto exigía, durante un tiempo Digel se ocupó de todos los ingresos. Como en los últimos años

el hospital ha ido integrando poco a poco hospitalistas a su plantilla, ahora trabaja pocas horas allí.

Todos estos cambios han dejado a Digel con unos ingresos algo más elevados (los mayores de su carrera, de hecho) porque las visitas a pacientes ambulatorios suelen pagarse mejor que los cuidados a pacientes hospitalizados durante varios días.

“Algunas aseguradoras bajan de categoría una estancia de 48 horas a una visita de observación”, explica. “Atender a estos pacientes me alejaba de mi consulta y el pago no compensaba”.

Digel explica que fue a Sparta porque sabía que sería útil y porque pensó que era un entorno agradable en el que vivir con su familia. Pero le preocupa el futuro. Uno

SOBRE LA ENCUESTA

La Encuesta Exclusiva sobre Ingresos de 2012 fue parte del 84º Estudio Continuo anual realizado por *Medical Economics*. La muestra de la encuesta consistió de 131 843 médicos de la base de datos de Advanstar Communications con dirección de correo electrónico de trabajo. Esta base de datos se elaboró a partir de tiradas (impresas y digitales) de publicaciones producidas por Advanstar incluyendo *Medical Economics*, *Contemporary Pediatrics*, *Contemporary Ob/Gyn*, *Cosmetic Surgery Times*, *Dermatology Times*, *Ophthalmology Times*, y *Urology Times*.

La recopilación de datos tuvo lugar a través de Internet en el mes de junio. Readex Research envió la solicitud inicial por correo electrónico a todos los miembros de la muestra, invitándoles a participar en la encuesta visitando el sitio web de acceso controlado alojado por Readex.

Se recibieron más de 5100 respuestas. En la tabla final entraron los 4687 participantes que indicaron estar en activo (es decir, no jubilados) y cuyo campo principal de ejercicio no fuera la investigación/ámbito universitario u “otro” campo diferente de los 15 enumerados en la encuesta. De estos, 4200 fueron seleccionados aleatoriamente para la tabla final.

Los porcentajes están sujetos a un margen de error de $\pm 1,5\%$ a un nivel de confianza del 95%. Los porcentajes calculados en base a tablas menores, como el

campo principal o la edad, están sujetos a una mayor variabilidad estadística.

QUIÉN HA PARTICIPADO

La encuesta reveló que, en general, los médicos en ejercicio poseen una gran experiencia. Tres cuartas partes de los participantes (el 77%) ejercen desde hace más de 10 años, incluida casi la mitad (el 49%) que lleva más de 20 años trabajando. El 58% tiene más de 50 años, incluido el 27% que tiene al menos 60. Solo el 5% tiene menos de 35 años. El encuestado medio tiene 20 años de experiencia y 53 años de edad.

Dos terceras partes de los médicos participantes son hombres (el 66%), y el tercio restante son mujeres (el 33%). La representación de las mujeres incrementa considerablemente en las edades más jóvenes: de 40 a 49 (41% de mujeres), de 35 a 39 (43% de mujeres) y menos de 35 (el 58%).

La base de encuestados ofrece una amplia representación nacional. Acerca del estado en el que ejercen, la mayor parte lo hace en el Sur (el 35%), con porcentajes más o menos iguales en el Noreste (el 20%), Medio Oeste (el 20%) y Oeste (el 21%). Por estados individuales, la mayor representación estuvo en California (el 11%), Nueva York (el 7%), Texas (el 7%) y Florida (el 5%).

Según el tipo de comunidad, casi la mitad de los médicos participantes ejercen en zonas residenciales (el 45%). Una tercera parte lo hace en comunidades urbanas (el 28%) o en zonas urbanas marginales

(el 8%). Uno de cada seis trabaja en zonas rurales (el 18%).

La mitad tiene participación accionarial en su consulta, y la otra mitad está formada por empleados de una corporación, hospital o consulta (ingresos mediante sueldos y bonificaciones solamente).

El 28% trabaja solo. Entre aquellos que forman parte de una consulta de grupo, el tamaño más común es entre tres y diez médicos (el 28%). El 16% está en grupos de entre 11 y 50, y el 15% trabaja con grupos de más de 50 médicos.

La mayor parte de los médicos participantes forman parte de consultas de especialidad única (el 70%). Esta incidencia se mantiene en todos los campos de ejercicio. Las incidencias más altas se dan entre aquellos que trabajan en la cirugía plástica (el 85%) y la gastroenterología (el 80%).

COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura del seguro se investigó desde dos puntos de vista: el porcentaje de pacientes cubiertos por cada tipo y el porcentaje de ingresos derivados de cada uno.

Un 44% de los pacientes de los médicos encuestados cuenta con planes de salud privados, lo que representa un 47% de los ingresos. Medicare supone un 23% de los pacientes y un 22% de los ingresos; Medicaid supone un 20% de los pacientes y un 17% de los ingresos. El pago privado o los pacientes sin seguro representan el 8% y el 6% de los pacientes y el 9% y el 4,5% de los ingresos, respectivamente.



Suscribase a las mejores
publicaciones periódicas
para los profesionales
de la salud

Publicaciones

	Números	Instituciones	Profesional	Precio*
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68€	47€	
<input type="radio"/> Medicina y Seguridad del Trabajo	4	120€	80€	
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140€	113€	
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97€	65€	
<input type="radio"/> Dental Practice	6	90€	55€	
<input type="radio"/> El Dentista del siglo XXI	10	110€	80€**	
<input type="radio"/> EFC	8	120€	80€	

* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.
** Oferta de lanzamiento: 30 €

Nombre y apellidos: CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia:

Especialidad:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Forma de pago

- Cheque adjunto nº: a nombre de Spanish Publishers Associates
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Estrella Tabárez • Dpto. Suscripciones
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
suscripciones@drugfarma.com

de sus socios se jubila en febrero, y Digel está a punto de cumplir los 50. La consulta no ha tenido suerte en la contratación de nuevos médicos.

“El sueldo que podemos ofrecer, entre 120.000 y 150.000 dólares, es demasiado bajo como para atraer a alguien que está endeudado por sus estudios de medicina, incluso sin pedirle que haga guardias en el hospital”, comenta Digel.

La consulta capta cierto interés de médicos semi-jubilados, pero la ciudad necesita un servicio completo, asegura. Otros dos AP de la ciudad forman un grupo de medicina interna que está en fase de separación.

La consulta de Digel rechaza pacientes todos los días, por lo que está considerando contratar a un segundo profesional de nivel intermedio para echar una mano.

Mantenerse al día con la tecnología es otra de sus preocupaciones acerca del futuro. Su consulta adoptó un EHR en 2007, y ella valora la facilidad de acceso a la información que ofrece la tecnología, pero cree que llegar a utilizarlo de forma valiosa es un “dolor de cabeza”.

“Lo que denominan uso valioso no siempre lo es en la práctica. Puedo preguntar a un paciente por sus alergias a medicamentos, pero si no marco la casilla para indicar que lo he preguntado, no cuenta. Además, tenemos que introducir la altura de los pacientes en cada visita, incluso de los adultos”, explica. “Preocuparse por hacer que el historial médico quede bien es una pérdida de tiempo para nuestros pacientes”.

El requisito de mantener un portal del paciente es otra carga que no utiliza demasiado con sus pacientes, muchos de los cuales son mayores o tienen pocos recursos y están poco dispuestos a utilizar Internet, asegura Digel.

“Este es otro problema y una responsabilidad potencial si el envío de correos electrónicos reduce el número de veces que veo a un paciente, lo que no es una buena atención. Y no es reembolsable”, añade. “Esto enseña a los pacientes a esperar cuidados médicos gratuitos”.

Aunque también bromea con que ella y su marido están “ahorrando como locos para la jubilación”, Digel asegura que le sigue gustando ir a trabajar y que se siente bien con el hecho de que la jubilación esté aún lejana.

“Atiendo a la tercera generación de las familias de algunos de mis pacientes, y eso es realmente genial”, concluye.

Envíe sus comentarios a medec@advanstar.com. También puede participar en www.twitter.com/MedEconocmis y www.facebook.com/MedicalEconomics.



Mantener una conexión

ESCUCHAMOS A NUESTROS PACIENTES, PERO EN ESTOS TIEMPOS TECNOLÓGICOS, ¿LES PRESTAMOS ATENCIÓN?

[Por **ANTOINETTE CHENEY**]

Mis ojos se posaron de inmediato en el espantoso letrado: «Por favor, tengan paciencia, estamos utilizando un nuevo sistema de registro electrónico del historial médico (historia electrónica, HE). Su tiempo de espera y de visita pueden prolongarse. Gracias por su colaboración durante estos momentos». ¡Uf! Quizá mi temor no hubiera sido tan grande si hubiera estado sola en la sala de esperada absorta en una buena revista. En cambio, estaba atrapada en la consulta de nuestro pediatra, viendo una vieja película de Disney entre intermitentes berrinches de niños.

Por un momento, mi mente volvió a los primeros meses en los que aprendía a utilizar una HE (no son recuerdos especialmente gratos).

De vuelta a la visita médica actual: Aunque hubo un breve momento de contacto ocular durante la con-

versación sobre cómo lleva mi hijo probar una comida nueva cada día (hoy toca la remolacha), la interacción más importante de la visita giró en torno a la empleada de nivel intermedio y a su teclado. No la culpo a ella; yo he hecho lo mismo. Pero al verlo desde el otro lado, ahora puedo reflexionar sobre cómo deben sentirse mis pacientes durante esos momentos tan incómodos.

UN CAMBIO EN LAS RELACIONES

Mucho se ha escrito sobre los usos financieros y prácticos, y sobre los pros y contras, de una HE, pero ¿qué cambios produce en la relación con nuestros pacientes? Como las capas de una tarta, la invención e implementación de la HE puede basarse en una de las primeras quejas que los pacientes tienen de los médicos desde el juramento hipocrático: no les escuchamos.

Este concepto sigue siendo un tema candente en los medios de comunicación y la prensa de divulgación. En televisión he visto un programa diario de entrevistas (de una hora de duración) dedicado por completo a miembros del público que contaban historias sobre cómo sus médicos no escuchan. Era una pena ver el programa, pero con todo, como ocurre con los accidentes de coche, me quedé mirando, hipnotizada y ofendida, queriendo defender nuestra profesión.

En la caja del supermercado, podemos ver las frases ingeniosas de las portadas de las revistas diciendo «Cómo hacer que su médico le escuche» y «Aprovechar al máximo su visita médica», justo al lado de «Nuevas maneras de conseguir un vientre plano». Eso dice mucho.

Quizá sea una queja válida por parte de los pacien-

tes. Con este tiempo estimado de interrupción, junto con la «tecnología punta» de la HE, ¿no me extraña que los pacientes piensen que no escuchamos!

MANTENERSE AL DÍA

Mantener nuestras habilidades de escucha, y dominar la HE, es parte del «nuevo» arte de la medicina en este entorno sanitario tan cambiante.

Mi primer contacto con una HE vino después de mi familia y de que me mudara y empezara a trabajar en una nueva consulta. El triple golpe de una consulta totalmente nueva, pacientes nuevos y el uso de una HE me dejó desconcertada, y me vi obligada a encontrar algunas tácticas para hacerme más fácil el proceso (a continuación resumo algunas de ellas).

Para mí, todo se reduce a comprender que parte del motivo por el que quise estudiar medicina era

“EL ARTE DE ATENDER A UN PACIENTE AL MISMO TIEMPO QUE TECLEAMOS EN EL ORDENADOR ES UNA OPERACIÓN MULTITAREA QUE POCOS PODEMOS LLEGAR A DOMINAR CON CIERTA DELICADEZA.”

tes. Si un árbol se cae en un bosque y no hay nadie cerca que lo pueda escuchar, ¿hace ruido? Si los labios de un paciente se mueven y el médico está demasiado ocupado en el ordenador, ¿alguien escucha al paciente?

Vale, es obvio que escuchamos, pero ¿realmente prestamos atención a lo que el paciente nos dice? Si nuestros pacientes se quejaban de nuestras habilidades de escucha antes, es bastante probable que el ordenador que tenemos en frente no contribuya a solucionar el problema. Al utilizar una HE, esperamos que todo el mundo se beneficie a largo plazo, pero sin duda no implica una satisfacción inmediata para el paciente o para el médico.

Si recuerdo correctamente las estadísticas de la facultad de medicina, la mayor parte de los médicos interrumpirán al paciente en los primeros 15 segundos de escucha de la dolencia principal. Me gustaría saber si estas cifras han cambiado en las consultas que cuentan con una HE. ¿Han mejorado los tiempos, han empeorado, o estamos tan centrados en meter toda la información en nuestros ordenadores que escuchamos incluso menos? Por mi experiencia personal, diría que mi tiempo antes de la primera interrupción ha mejorado, pero solo porque estaba demasiado ocupada intentando adivinar qué plantilla de la HE iba a utilizar o si debería estar redactando una dolencia compleja.

porque realmente disfrutaba interactuando con mis pacientes, y no iba a dejar que la HE me apartara de eso.

1 | PARAR, MIRAR Y ESCUCHAR

El arte de atender a un paciente al mismo tiempo que tecleamos en el ordenador es una operación multitarea que pocos podemos llegar a dominar con cierta delicadeza. Nunca valoré las clases de mecanografía del instituto como cuando empecé a utilizar la HE.

La mayor parte de los pacientes son comprensivos con el proceso, pero no por ello dejan de querer ser tratados como seres humanos. A veces, hablamos con un paciente sobre una dolencia muy simple que encaja en la plantilla de la HE, por lo que mantener una conexión con el paciente será relativamente fácil. Sin embargo, si nos damos cuenta de que la visita va a ser mucho más complicada, será mejor dejar de teclear y prestar atención. Escuchar su historia, hacer nuestras preguntas, introducir la información mientras resumimos la historia en voz alta como forma de asegurarnos de los hechos. He descubierto que en algunos casos extremos, lo mejor es simplemente tomar notas y esperar hasta que la visita haya terminado para empezar el trabajo en el ordenador.

“EN ALGÚN MOMENTO, ENCONTRAREMOS UN EQUILIBRIO EN EL QUE NOSOTROS ESTEMOS CÓMODOS CON LA HISTORIA ELECTRÓNICA, Y NUESTROS PACIENTES TAMBIÉN.”

2 | PRACTICAR, PRACTICAR, PRACTICAR

La resistencia es inútil. Cuanto más luchemos contra la incómoda sensación de aprender a utilizar la HE, más frustrados nos sentiremos. Al menos este fue mi caso.

La primera HE que utilicé tenía la opción de practicar con pacientes «muestra», lo que me resultó bastante útil. Además, durante los primeros meses, me llevé un montón de trabajo a casa, volviendo a repasar los cuadros médicos para asegurarme de que lo estaba haciendo bien y aprendiendo de mis errores. Descubrí que establecer un patrón repetitivo y hacer cada visita en el mismo orden básico era como memoria muscular para mí, y después de un tiempo todo fue más como «volver a montar en bicicleta».

3 | INTERCAMBIAR CONSEJOS CON LOS COLEGAS

Son incontables las veces que he dicho «¡No sabía que se podía hacer eso!» a uno de mis compañeros de trabajo. Suelen tener grandes ideas para abreviar los procesos que pueden ahorrar mucho tiempo valioso.

Por otro lado, también debemos ser conscientes de que aunque nuestros compañeros trabajen en la misma HE, todos tendremos formas diferentes de introducir la información de manera eficaz. Lo que funciona bien para unos puede no funcionar para otros. Por ejemplo, yo suelo incluir un montón de información porque no me importa teclear y me gusta utilizar las palabras exactas de los pacientes, pero mis compañeros que teclean con un solo dedo creen que mi método es una locura.

4 | LA PACIENCIA ES UNA VIRTUD

Inevitablemente, nuestro ordenador acabará por frustrarnos, pero hay que intentar que la HE no nos amargue la vida: sus beneficios a largo plazo pueden ser extremadamente gratificantes. Es posible que debamos recordárselo a nuestros pacientes, pero ellos también acabarán acostumbrándose al HE.

La mayor parte de los médicos coincidirá en que cuando se llega a poseer las habilidades básicas para manejar la HE, las cosas empiezan a funcionar. Al final, incluso (suspiro) se disfruta de los beneficios adicionales de la

HE, como tener toda la información de los pacientes en la punta de los dedos cuando estamos de guardia. ¡Aún más asombroso es que los pacientes llegan a valorar no tener que llevar las recetas a la farmacia todos los meses!

5 | NO OLVIDE POR QUÉ ESTUDIÓ MEDICINA

La realidad es que los especialistas en informática no se matriculan en la facultad de medicina porque sueñan con trabajar con una HE. Apuesto a que la mayoría de médicos estará de acuerdo en que uno de los motivos por los que estudiaron medicina era compartir esa valiosa interacción y ese lazo que solo los médicos pueden tener con sus pacientes; la HE es una herramienta que nos ayuda a servir a los pacientes mejor y de forma más eficaz.

Sobre todo al principio, el ordenador tendrá el efecto de alejarnos de esa relación si no tenemos cuidado. No debemos cometer el error de hacer una montaña (no escuchar *más* la distracción de la HE) de un grano de arena (que a veces no escuchamos a los pacientes como debiéramos).

Quizá haya tenido el placer de intentar saber por qué un paciente está en su consulta mientras escribe un mensaje de texto a algún destinatario misterioso, sin establecer contacto ocular con usted. Todos sabemos lo que se siente, cuando queremos gritar «¡Hola! ¡Deja el teléfono!». Bueno, siendo sinceros, eso debe ser exactamente lo que sienten nuestros pacientes cuando somos incapaces de despegarnos de la pantalla del ordenador. En algún momento encontraremos un equilibrio en el que nosotros estemos cómodos con nuestra HE, y nuestros pacientes también.

Hasta entonces, la próxima vez que sienta deseos de tirar su ordenador por la ventana, pare, respire hondo y ocúpese de lo que la persona sentada al otro lado de la mesa tiene que decirle. Puede que no acabe los cuadros médicos para las cinco, pero al menos nadie podrá decir que no estaba escuchando.



La autora ejerce la medicina de familia desde hace 10 años y recientemente se ha mudado a Colorado.



Por **JOSÉ IGNACIO ALEMANY**

Cómo determinar la cuota del IRPF en 2013

III. Retribuciones en especie

En esta entrega vamos a analizar las principales cuestiones sobre la tributación de los rendimientos del trabajo en especie a efectos del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), que pueden utilizarse como forma de retribución de los empleados de sociedades médicas, hospitales, clínicas y farmacias, por ejemplo.

Los rendimientos del trabajo a efectos del IRPF. Se consideran rendimientos íntegros del trabajo todas las contraprestaciones o utilidades, cualquiera que sea su denominación o naturaleza, dinerarias o en especie, que deriven directa o indirectamente del trabajo personal o de la relación laboral o estatutaria y no tengan el carácter de rendimientos de actividades económicas. La ley del IRPF contiene una larga lista de conceptos que se consideran rendimientos del trabajo. Destacamos los siguientes:

Sueldos y salarios, prestaciones por desempleo, dietas y asignaciones para gastos de viaje, excepto los de locomoción y los normales de manutención y estancia en establecimiento de hostelería, con determinados límites (estas son consideradas dietas exceptuadas de gravamen); contribuciones o aportaciones satisfechas por los empresarios para hacer frente a los compromisos por pensiones, prestaciones percibidas por los beneficiarios de planes de pensiones; rendimientos derivados de impartir cursos, conferencias, coloquios, seminarios y similares; rendimientos derivados de la elaboración de obras literarias, artísticas

o científicas, siempre que se ceda el derecho a su explotación; retribuciones de los administradores y miembros de los consejos de administración, de las juntas que hagan sus veces y demás miembros de otros órganos representativos, y las becas que no cumplan los requisitos para estar exentas.

Retribuciones que se consideran en especie. Constituyen rentas en especie la utilización, consumo u obtención para fines particulares de bienes, derechos o servicios de forma gratuita o por precio inferior al normal de mercado, aun cuando no supongan un gasto real para quien las conceda. Por ejemplo, un comedor de empresa, un parking, el servicio de guardería o el de transporte.

Sin embargo, la retribución será dineraria cuando el pagador de las rentas entregue al trabajador importes en metálico para que éste adquiera los bienes o derechos en cuestión. Por ejemplo: supuestos en los que los empresarios entregan a sus empleados el dinero para que éstos paguen el alquiler de su vivienda habitual. Por el contrario, si el empresario paga directamente al arrendatario la renta se considerará en especie.

En todo caso, no se considerarán retribuciones en especie y por lo tanto estarán exceptuadas de gravamen las siguientes:

1. La entrega a los trabajadores en activo, de forma gratuita o por precio inferior al normal de mercado, de acciones o participaciones de la propia empresa o de otras empresas del grupo de sociedades,

en la parte que no exceda, para el conjunto de las entregadas a cada trabajador, de 12.000 euros anuales.

2. Las cantidades destinadas a la actualización, capacitación o reciclaje del personal empleado, cuando vengán exigidos por el desarrollo de sus actividades o las características de los puestos de trabajo y sean directamente financiados por el empleador.

3. Las entregas a empleados de productos a precios rebajados que se realicen en cantinas o comedores de empresa o economatos de carácter social cuando concurren los siguientes requisitos:

- Que la prestación tenga lugar durante los días hábiles.
- Que la prestación no tenga lugar los días en los que el trabajador devenga dietas por manutención exceptuadas de gravamen.

También caben fórmulas indirectas de entregas de productos o servicios a precios rebajados, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- La cuantía no puede superar los 9 euros diarios.
- Si se entregan al trabajador vales comida o documentos similares:
- Deberán estar numerados, expedidos de forma nominativa, figurar el nombre de la empresa emisora y el importe.
- Serán intransferibles y la cuantía no consumida en un día no podrá acumularse a otro día.
- No se podrá obtener su reembolso.
- Válidos exclusivamente en establecimientos de hostelería.
- Quien los entregue deberá llevar una relación de los mismos.

4. La utilización de los bienes destinados a los servicios sociales y culturales del personal empleado. Tendrán esta consideración, entre otros, los espacios

SEGÚN LA LEGISLACIÓN LABORAL, LAS RETRIBUCIONES EN ESPECIE NO PODRÁN EXCEDER DEL 30% DE LAS RESTANTES RETRIBUCIONES SALARIALES Y DEBEN SER APROPIADAS AL USO PERSONAL DEL TRABAJADOR Y DE SU FAMILIA

y locales, debidamente homologados por la Administración pública competente, destinados por las empresas o empleadores a prestar el servicio de primer ciclo de educación infantil a los hijos de sus trabajadores, así como la contratación, directa o indirectamente, de este servicio con terceros debidamente autorizados.

5. Las primas o cuotas satisfechas por la empresa en virtud de contrato de seguro de accidente laboral o de responsabilidad civil del trabajador.

6. Las primas o cuotas satisfechas a entidades aseguradoras para la cobertura de enfermedad (seguro de salud), cuando se cumplan los siguientes requisitos y límites:

a. Que la cobertura de enfermedad alcance al propio trabajador, pudiendo también alcanzar a su cónyuge y descendientes.

b. Que las primas o cuotas satisfechas no excedan de 500 euros anuales por cada una de las personas señaladas en el párrafo anterior. El exceso sobre dicha cuantía constituirá retribución en especie.

7. La prestación del servicio de educación preescolar, infantil, primaria, secundaria obligatoria, bachillerato y formación profesional por centros educativos autorizados, a los hijos de sus empleados, con carácter gratuito o por precio inferior al normal de mercado.

8. Las cantidades satisfechas a las entidades encargadas de prestar el servicio público de transporte colectivo de viajeros con la finalidad de favorecer el desplazamiento de los empleados entre su lugar de residencia y el centro de tra-

bajo, con el límite de 136,36 mensuales, 1.500 euros anuales (el exceso sobre estas cantidades se considerará retribución en especie) Requisitos de las tarjetas o cualquier otro medio electrónico:

a. Deberán estar numerados, expedidos de forma nominativa y en ellas deberá figurar el nombre de la empresa. (El abono transporte)

b. Intransmisibles.

c. No reembolsables.

d. La empresa que los entregue deberá llevar y conservar una relación de los mismos.

Límite de las retribuciones en especie y su valoración. Según la legislación laboral, las retribuciones en especie no podrán exceder del 30% de las restantes retribuciones salariales y deben ser apropiadas al uso personal del trabajador y de su familia. Con carácter general, las retribuciones en especie se valorarán por su valor normal de mercado (aunque quien las satisfaga sea una empresa cuya actividad habitual sea la realización de las actividades que ofrece como rentas en especie) con las siguientes especialidades:

1. Utilización de viviendas propiedad del empresario: 10% sobre el valor catastral de la misma. Cuando se trate de viviendas cuyos valores catastrales hayan sido revisados a partir de enero del 1994, el porcentaje aplicable sobre el valor catastral será del 5%.

2. Utilización de viviendas que no son propiedad del empresario: el importe del

alquiler que tenga que asumir el empleador, con inclusión de los tributos a los que tenga que hacer frente el mismo

como consecuencia de este arrendamiento.

3. Entrega de vehículos: coste de adquisición del mismo para el empresario, incluyendo los impuestos que tenga que soportar el empresario como consecuencia de la compra del vehículo.

4. Cesión de vehículos: 20% anual del coste que soportó el empresario en el momento en que adquirió el vehículo.

5. Cesión de vehículos para su posterior entrega: la valoración se calculará teniendo en cuenta la valoración que resultó del periodo en que el trabajador disfrutó del uso del vehículo.

6. Préstamos concedidos por la empresa al empleado a un tipo inferior al legal del dinero: diferencia entre el interés pagado y el interés legal del dinero vigente en ese ejercicio.

Importante: a la hora de cumplimentar las declaraciones del IRPF, a estos valores hay que sumar el del ingreso a cuenta que el pagador tiene que realizar. En general, sobre todas las retribuciones en especie (con la importante excepción de las aportaciones a planes de pensiones) el pagador tiene que practicar un ingreso a cuenta que se calcula aplicando el porcentaje de retención de los rendimientos del trabajo sobre el valor de la retribución en especie. Dado que el pagador ingresa ese importe en Hacienda y el perceptor puede deducirlo de la cuota, éste reconocerá como rendimiento el valor de la retribución en especie más el del ingreso a cuenta practicado.

* Socio director del bufete Alemany, Escalona & De Fuentes. Artículo escrito con la colaboración de Patricia García Pérez. Para contactar: info@alescab.es



Por OFELIA DE LORENZO APARICI

Respuestas a sus preguntas sobre...

Edición de receta médica privada

En relación con el Real Decreto sobre receta médica y órdenes de dispensación, ¿pueden los centros sanitarios privados editar las recetas de conformidad con las exigencias de dicha normativa o bien resulta preceptivo acogerse al modelo de receta médica privada generada por los consejos generales facultados para prescribir?

En primer lugar, se debe informar que el nuevo modelo de receta médica privada, que se encuentra regulada en el Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, precisa de una orden ministerial para su efectiva ejecución y para establecer las obligaciones y controles de los agentes intervinientes. Esta orden será competencia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y, según se indica, probablemente estará disponible en un plazo no superior a tres meses durante los cuales convivirán la receta privada actual y el nuevo modelo.

Sin perjuicio de lo anterior, los responsables de la edición, control e inspección de la impresión, distribución y entrega de sus talonarios e impresos de recetas médicas, de conformidad con el artículo 4.3 de dicho Real Decreto, correrán a cargo de las mutualidades Muface, Isfas y Mugeju, y de consultas médicas (profesionales independientes con capacidad para prescribir), establecimientos o servicios sanitarios privados y consejos generales de las organizaciones colegiales corporativas de médicos,

odontólogos y podólogos con actividad privada y/o libre ejercicio profesional.

Es decir, el Real Decreto 1718/2010 permite otros sistemas de edición de recetas médicas privadas. Ahora bien estos sistemas elaborados por personas distintas a los consejos generales plantean un inconveniente, y es que con ellos no se puede verificar la correcta dispensación del medicamento, fundamentalmente por la falta de conexión entre la base de datos de prescripción con la base de datos de dispensación. No se puede obviar que el objetivo de este Real Decreto es tener una trazabilidad exhaustiva de las recetas médicas hasta su efectiva invalidación, esto es, hasta su dispensación.

En conclusión, si bien la edición de un modelo de receta médica privada por parte de los centros sanitarios privados es plenamente factible siempre respetando los mínimos exigidos en el Real Decreto, no obstante estos presentan el inconveniente de ausencia de interoperabilidad entre su plataforma y la plataforma de dispensación que en la actualidad el Consejo General de Colegios Farmacéuticos está desarrollando.

Seguro de responsabilidad civil y hereditaria

Una vez que dejo de ejercer mi actividad profesional, ¿es necesario mantener mi seguro de responsabilidad profesional?

Sí, no solo tras el cese de actividad, sino igualmente lo deberán mantener sus herederos tras su fallecimiento. Legalmen-

te y de conformidad con el artículo 659 del Código Civil, la herencia comprende todos los bienes, derechos y obligaciones de una persona que no se extingan por su muerte, y no se extinguen por la muerte los derechos y obligaciones patrimoniales, como puede ser el derecho a solicitar y a percibir una indemnización. A ello añadir que los herederos suceden al difunto por el solo hecho de su muerte en todos sus derechos y obligaciones. De ahí se deduce con toda evidencia que la posible deuda, aunque en el momento de su fallecimiento no estuviera declarada, ni siquiera se sospechara su posible existencia, forma parte de la herencia del profesional sanitario y de ella deben responder sus herederos solidariamente y entre cada uno en la parte correspondiente a su participación hereditaria con todos sus bienes, procedan o no de la herencia.

La responsabilidad profesional derivada de contrato, que es la práctica totalidad de la responsabilidad profesional del médico en el sector privado, tiene un plazo de prescripción de 15 años; plazo que, además, se cuenta no desde que ocurrió el daño o se produjo el perjuicio, sino desde que la acción pudo ejercitarse. Esto ha sido interpretado por la jurisprudencia como el día en el que se conoce el alcance exacto de las lesiones, que por supuesto puede no coincidir con el diagnóstico inicial de las secuelas.

Por todo ello es recomendable antes de la jubilación revisar las condiciones de su seguro de responsabilidad profesional, buscando la cobertura tras el cese de su actividad y, en su caso, la de sus herederos tras su fallecimiento, o bien contratar un seguro que le cubra la actividad que ha desarrollado en su carrera profesional.



Por **ÓSCAR GIL GARCÍA**

Nuevos sistemas de información hospitalarios

Superada ya la época del *boom* de la historia clínica electrónica, y el diagnóstico por imagen soportado en sistemas de información, ¿cuál es el siguiente paso? Muchos dirían, y no sin razón, “que funcione bien”, “que sea más ergonómico”, “que los sistemas estén integrados y que compartan información entre sí” o “que pueda explotar la información para tomar decisiones”. Sin ser ajeno a estos problemas, que, por otro lado, aparecen en mayor o menor grado de resolución en todas las organizaciones sanitarias, en este artículo trataremos de presentar algunas soluciones o tecnologías que, sobre esta base fundamental, nos permitan dar un paso más, en beneficio del profesional y del paciente.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN A FAMILIARES EN QUIRÓFANOS Y URGENCIAS

Esta solución consiste en una serie de pantallas situadas en las salas de espera que informan a los familiares del lugar en el que se encuentra el paciente. Para cumplir con los requerimientos de la Ley de Protección de Datos, lo que se hace normalmente es facilitar un código de identificación a los familiares que es el que se presenta en pantalla. Como complemento a estas pantallas, incluso en la propia web del hospital, se puede generar una sección con una vista de la misma, para que pueda seguirse incluso desde fuera del centro. Tecnológicamente, consiste en poner una pulsera RFID (*Radio Frequency Identification*) al paciente que permita localizarlo en las distintas estancias del centro (a través de arcos RFID, o actualmente por resultar

más económico y versátil, por triangulación *wifi*). Su aplicación principal está en los procesos de cirugía, para informar si el paciente está en planta, ha entrado o no en quirófano, o está ya en reanimación, y también en el servicio de urgencias, con localizaciones como sala de triage, box, observación, prueba rayos, etc.

SISTEMAS DE MEJORA DE LA SEGURIDAD AL PACIENTE EN CIRUGÍA

Más allá de la planificación quirúrgica y la generación de formularios como la hoja circulante, que ya tienen todos los sistemas hospitalarios, existen otros complementos que contribuyen a una mejor seguridad en el proceso y a un mayor control de gasto. Uno de ellos es la informatización de la lista de verificación definida por la OMS para la seguridad en las prácticas quirúrgicas (Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, creada por la OMS en el 2004, Segundo Reto), que consiste en una serie de ítems a verificar que se agrupan en tres fases: antes de la anestesia, antes de la incisión, y antes de que el paciente abandone el quirófano. Para que su uso sea cómodo y operativo, dicha lista de verificación se presenta mediante pantallas táctiles en el propio quirófano.

HERRAMIENTAS DE CONTROL POR VOZ EN QUIRÓFANOS

Permiten realizar un registro por voz de todos los elementos empleados durante la intervención quirúrgica. Consiste en un micrófono que se coloca normalmente la

enfermera instrumentista que transmite una señal al sistema, accesible en una pantalla para su visualización desde el propio quirófano. Se puede utilizar tanto para el instrumental como para el resto de elementos:

PUNTOS CLAVE

Las nuevas tecnologías permiten diseñar soluciones que supervisan y garantizan los procesos, tanto asistenciales como informativos, en beneficio del paciente y del propio profesional

Con el sistema de identificación del paciente en la administración de la medicación se identifica a cada paciente mediante una pulsera que contiene un código de barras

fármacos, material sanitario, prótesis, etc. Como es obvio además de la facilidad del registro al interaccionar el sistema directamente con la voz, se contribuye a la mejora de la seguridad del paciente, y también facilita y automatiza otros procesos como el de facturación. Para ponerlos en marcha, con carácter previo se introduce el catálogo completo de elementos a identificar por voz para que su reconocimiento sea inmediato.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Con este sistema se identifica a cada paciente mediante una pulsera que contiene un código de barras. En el momento de la administración, enfermería puede leer esta información con una pistola y que de forma automática se presenta en la pantalla (que debe estar en el lugar donde se encuentra el paciente) la medicación prescrita para el mismo y su pauta, permitiendo incluso que en ese momento capture la actividad de la administración de dicha medicación.



Grandes torneos

Nace el Ocho Golf Ladies Open Galicia

Encuadrado dentro del Circuito Europeo LET Access Series, se celebrará del 1 al 3 de mayo.

El Ocho Golf Ladies Open Galicia 2013, torneo de carácter profesional femenino integrado dentro del Circuito Europeo LET Access Series, se ha presentado en sociedad, una competición que se celebrará en Augas Santas Balneario & Golf Resort, en la localidad lucense de Pantón, entre el 1 y el 3 de mayo del presente año. Este torneo nace con el objetivo de apoyar al golf femenino profesional español, un colectivo que precisa, según opinión generalizada, “de apoyo para demostrar la calidad y las oportunidades de promoción de un ámbito que aúna tanto cuestiones de indudable interés deportivo como turístico”.

El Ocho Golf Ladies Open Galicia 2013 es, por el momento, el único torneo femenino profesional que se disputa esta temporada en España dentro del LET Access Series, un circuito satélite creado como puente hacia el Ladies European Tour y destinado para un buen número de golfistas de gran nivel, tanto españolas como europeas, que precisan de competiciones donde adquirir experiencia para acceder a las pruebas del máximo nivel.

Jorge López, promotor del Ocho Golf Ladies Open Galicia 2013, manifestó que el torneo “saldrá adelante más con el corazón que con la razón, ya que es una apuesta realizada en unos momentos complicados con la convicción de que es un buen escaparate para difundir la imagen del golf y las bondades de las tierras gallegas”, deseando que sea “una competición muy digna para que todas



Presentación del torneo, que se celebrará del 1 al 3 de mayo.

las personas que están poniendo de su parte se sientan orgullosas de ello”. Y remarcó: “Vamos a hacerlo muy bien, nos vamos a divertir y vamos a ‘vender’ Galicia, que es una tierra extraordinaria, además de por sus productos tradicionales ya conocidos, también por sus maravillosos campos de golf, como por ejemplo Augas Santas Balneario & Golf Resort”, que contará con la presencia de televisiones como Golf Channel o Televisa.

Por su parte, Ignacio Evangelio, responsable comercial del Ladies European Tour, resaltó la figura del presidente de la Federación Gallega de Golf, Daniel Fernández: “Su implicación ha sido muy importante para que el torneo sea una realidad. Es una prueba relevante dentro del calendario del LET Access Series, un circuito que este año ya tiene aseguradas doce pruebas en siete países diferentes. Durante sus años de existencia, en el LET Access Series han participado más de 500 golfistas, 160 de ellas *amateurs* de gran proyección”.

En nombre de las jugadoras, la canaria Emma Cabrera agradeció a todas las partes implicadas el nacimiento del Ocho Golf Ladies Open Galicia 2013, “especialmente porque las circunstancias económicas han propiciado que las profesionales estemos este año algo ‘cojas’ por la reducción del número de torneos. Esta competición supone una oportunidad para todas, para demostrar las bondades de un campo de golf muy interesante, Augas Santas, y los beneficios y belleza de nuestro deporte”.

Los ‘seniors’ arrasan

María Castillo y Marta Estany son las campeonas del Internacional de España Senior Dobles Femenino 2013 celebrado en el campo gaditano de Arcos Gardens. La pareja, con una ronda final de 71 golpes, terminó con un total de 143, cinco golpes menos que las holandesas Tita McCart y Nan Croockewit, que finalizaron en segunda posición. A ocho golpes de las campeonas quedaron Rocío Ruiz de Velasco y María Orueta después

de haber firmado 78 golpes en la segunda jornada. En esta ocasión, la pareja ganadora en 2012, la formada por Catalina Castillejo y María Orueta, jugaron por separado con otras compañeras; la primera lo hizo con su hermana Casilda (hándicap de juego acumulado 4,1), mientras que la segunda estuvo acompañada de la actual campeona de Europa, Rocío Ruiz de Velasco (0,9). La pareja de hermanas terminó a nueve

golpes de las campeonas después de una segunda jornada de 82 golpes, mientras que Orueta y Ruiz de Velasco consiguieron tercera posición. Por su parte, la pareja formada por el cántabro Gustavo Larrazábal y el asturiano Juan Carlos Tinturé obtuvo el triunfo en una emocionante segunda jornada del Campeonato Internacional de España Senior Dobles Masculino 2013 en Costa Ballena Ocean Golf Club (Rota, Cádiz).