

Medical Economics

EDICIÓN ESPAÑOLA

DOSSIER:
La Sanidad en Aragón

PÁG. 31

19 DE ABRIL DE 2013

Nº 189

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es

EL IMPACTO DE LA SUBIDA del IVA

Más

**¿Quién puede resolver
la crisis sanitaria?**

PÁGINA 47

**Cómo pensar en
sus inversiones
para la jubilación**

PÁGINA 55



Mesa redonda

EL IMPACTO DE LA SUBIDA del IVA



22

EN PORTADA

22 El impacto de la subida del IVA

Los expertos calculan que la subida del IVA del 10 al 21 por ciento en los productos sanitarios tendrá una repercusión de unos 800 millones de euros en la sanidad española, pero los efectos negativos en el sector sanitario privado pondrían en peligro a muchas empresas y a uno de cada cinco empleos.

DOSSIER

31 La Sanidad en Aragón

Con el Plan Estratégico 2012-2015, Aragón quiere dar un vuelco a su sistema público de salud. Objetivos: que la Sanidad sea sostenible y competitiva y conseguir déficit cero.

REPORTAJES

47 ¿Quién puede resolver la crisis sanitaria? Los médicos pueden, ¡y deben hacerlo!

Un médico con 31 años de ejercicio en la misma empresa descubre que la estructura en la que trabaja ya no es sostenible debido a la crisis y plantea si las medidas adoptadas por la dirección de la misma son las adecuadas.

55 Cómo pensar en sus inversiones para la jubilación

Para tomar las decisiones correctas en inversión hay que comprender el presente, el pasado y el futuro.

DOSSIER: LA SANIDAD EN ARAGÓN



31



55

continúa en página 3 ➔

EDITORIAL

EDITOR Manuel García Abad

DIRECTORES ASOCIADOS José María Martínez García, Gonzalo San Segundo Prieto

COORDINADORA EDITORIAL Mayte Segura

REDACCIÓN Javier Robledo, Carmen M.ª Tomero
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. Paveras

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Pilar Uviedo
p.uviedo.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

Balmes, 191, 6.º 1.ª, despacho 3. 08006 Barcelona
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-6163

D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



SECCIONES

- 5 **Mi punto de vista**
Fidelización o deserción.
- 7 **Con ojo clínico**
Desconecten sus móviles: se opera.
- 10 **Actualidad**
- 14 **Tecnología y Salud**
- 20 **Boletín Infotecnología**
- 58 **Impuestos**
- 60 **Medioambiente**
- 62 **Capital riesgo**
- 64 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Está de acuerdo con las nuevas condiciones para seguir ejerciendo tras la jubilación, que se establecen en el RD 5/2013?



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

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

© Copyright 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.

EDITORIAL

Benjamín Abarca Buján
PRESIDENTE SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MÉDICOS GENERALES Y DE FAMILIA

Juan Abarca Campal
CONSEJERO DELEGADO.
GRUPO HM HOSPITALES

Juan Abarca Cidón
SECRETARIO GENERAL DEL I.D.I.S.

Marta Aguilera Guzmán
PRESIDENTA. SEDAP

Margarita Alfonso Jaén
SECRETARIA GENERAL. FENIN

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

Humberto Arnés Corellano
DIRECTOR GENERAL. FARMAINDUSTRIA

Manuel Asín Llorca
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS
PRIVADAS DE DERMATOLOGÍA

Mariano Avilés Muñoz
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE DERECHO FARMACÉUTICO

Victoria Ayala Vargas
DIRECTORA CIENTÍFICA OXIMESA.
GRUPO PRAXAIR

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

Josep Basora Gallisà
PRESIDENTE. SEMFYC

Carlos Belmonte Martínez
DIRECTOR. INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS DE ALICANTE

Vicente Bertomeu Martínez
PRESIDENTE SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CARDIOLOGÍA

María Luisa Calderón Calleja
DIRECTORA DE RR. II., PROTOCOLO,
COMUNICACIÓN Y MARKETING DE HM
HOSPITALES

Fidel Campoy Domenech
DIRECTOR GENERAL DE SALUD.
DKV SEGUROS

Miguel Carrero López
PRESIDENTE. PSN

Guillermo Castillo Acero
DIRECTOR. FUNDACIÓN GRÜNENTHAL

Enrique Catalán López
ASESOR. GRUPO EMPRESARIAL
DE LA ONCE

Felipe Chavida García
PRESIDENTE. IDEPRO

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

Jaime del Barrio Seoane
DIRECTOR GENERAL. INSTITUTO ROCHE

Manuel Díaz-Rubio García
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS
NACIONALES DE MEDICINA (ALANAM)

José Antonio Dotú Roteta
PRESIDENTE. FUNDACIÓN
MEDICINA Y HUMANIDADES MÉDICAS

Joaquín Estévez Lucas
PRESIDENTE. SEDISA

Julio Fernández Llamazares
DIRECTOR CORPORATIVO
DE COMUNICACIÓN. CAPIO SANIDAD

José Fernández-Vigo López
CATEDRÁTICO DE OFTALMOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Francisco Vicente Fornés Ubeda
EXPRESIDENTE. SEMST

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

Fernando García Alonso
DIRECTOR CIENTÍFICO EN GRUPO
FERRER INTERNACIONAL

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

Enrique Gargallo Santa Eulalia
DIRECTOR MÉDICO.
CLÍNICA MEDINORTE DE VALENCIA

José Antonio Gutiérrez Fuentes
CONSEJERO HONORARIO.
FUNDACIÓN LILLY

Abraham Herrera Lima
SOCIO DIRECTOR DE
FILLINGTHEGAPES

Gabriel Herrero Beaumont
JEFE DE Sº DE REUMATOLOGÍA.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

Álvaro Hidalgo Vega
DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA.
UNIV. DE CASTILLA-LA MANCHA

Héctor Jausás Farré
SOCIO DIRECTOR. JAUSÁS
ABOGADOS

Albert Jovell Fernández
PRESIDENTE. FORO ESPAÑOL
DE PACIENTES

Carlos Lens Cabrera
SUBDIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS
SANITARIOS

José Luis Llisterri Caro
PRESIDENTE. SEMERGEN

Diego López Llorente
PRESIDENTE. CLUB MÉDICO

Ricardo de Lorenzo y Montero
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE DERECHO SANITARIO

José Manuel López Abuín
DIRECTOR. INSTITUTO DE SALUD
RURAL. LA CORUÑA

Manuel Martín Cortés
CONSULTOR INDEPENDIENTE

**Santiago Martínez-Fornés
Hernández**
REAL ACADEMIA DE MEDICINA
DE ZARAGOZA

Rafael Matesanz Acedos
COORDINADOR NACIONAL
DE TRASPLANTES

Teresa Millán Rusillo
DIRECTORA DE RELACIONES
INSTITUCIONALES. LILLY

Basilio Moreno Esteban
PRESIDENTE. FUNDACIÓN SEEDO

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

Alfonso Moreno González
PRESIDENTE. CONSEJO NACIONAL
DE ESPECIALIDADES EN CC. SALUD

Diego Murillo Carrasco
PRESIDENTE. A.M.A.

Regina Muzquiz Vicente-Arche
DIRECTORA DE RELACIONES
INSTITUCIONALES. PHARMAMAR

Juan Oliva Moreno
PRESIDENTE. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Silvia Ondategui-Parra
DIRECTORA. UNIDAD DE SALUD
Y FARMACIA. ERNST & YOUNG

José Palacios Carvajal
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL LA ZARZUELA. MADRID

Santiago Palacios Gil-Antuñano
DIRECTOR. INSTITUTO PALACIOS
DE SALUD Y MEDICINA DE LA MUJER

Enrique Palau Beato
DIRECTOR. DESARROLLO ESTRATÉGI-
CO EN SANIDAD. ATOS ORIGIN

Federico Plaza Piñol
DIRECTOR GENERAL. FUNDACIÓN
ASTRAZENECA

Eduard Portella
PRESIDENTE. ANTARES
CONSULTING, S.A.

Regina Revilla Pedreira
DIRECTORA DE RELACIONES EXTER-
NAS. MERCK SHARP & DOHME ESPAÑA

José Manuel Ribera Casado
CATEDRÁTICO EMÉRITO
DE GERIATRÍA. UCM

Ignacio Riesgo González
DIRECTOR DE SANIDAD.
PRICEWATERHOUSECOOPERS

Helena Ris
DIRECTORA GENERAL. UNIO CATALANA
D'HOSPITALS

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

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

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

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

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

Asunción Somoza Gimeno
DIRECTORA DE RELACIONES INSTITU-
CIONALES EN ASTELLAS PHARMA

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

Luis Truchado Velasco
DIRECTOR. EUROGALENUS-EXECUTIVE
SEARCH CONSULTANTS

Gabriel Uguet Adrover
PRESIDENTE. FEDERACIÓN NACIONAL
DE CLÍNICAS PRIVADAS

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

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

EXPERTOS

GESTIÓN PROFESIONAL



Luisa Bautista
RESPONSABLE DE GESTIÓN
DE PROYECTOS Y CALIDAD. ASISA



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



Elisa Herrera Fernández
EXPERTA JURÍDICA
EN DERECHO AMBIENTAL



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

DERECHO/MALPRAXIS



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



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



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

IMPUESTOS/FINANZAS



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



José Ignacio Alemany
SOCIO DIRECTOR.
ALEMANY, ESCALONA
& DE FUENTES

CAPITAL RIESGO



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

NUEVAS TECNOLOGÍAS



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



Óscar Gil García
JEFE DE ORGANIZACIÓN
Y SISTEMAS DEL GRUPO
HOSPITALARIO VITHAS

Fidelización o deserción

Por **MARIO UTRILLA**

El marketing y su gestión han evolucionado en los últimos tiempos, desde las técnicas tradicionales antiguas hasta las más novedosas tendencias actuales, en las que se reconoce el principio de que el cliente debe estar en el primer lugar de las prioridades de las empresas, en un nuevo enfoque dirigido primordialmente a tratar de fortalecer las relaciones con sus clientes, buscando cómo integrar y gestionar todas las relaciones entre una organización y sus clientes de forma individualizada, con el objetivo de construir relaciones duraderas en el tiempo y así crear valor añadido y sostenido en el tiempo.

A principios de los años 90, la distribución era la clave del mercado. Es entonces cuando aparecen las técnicas de fidelización del consumidor. A partir de este momento comienza a desarrollarse el marketing de relaciones mediante acciones que permiten conocer con profundidad a los clientes buscando obtener la información necesaria para desarrollar estrategias que eviten que se vayan a la competencia; se busca la satisfacción del cliente, minimizando los motivos para que éste intente encontrar otra opción y maximizando los incentivos para que el cliente repita la compra de nuestros bienes o servicios.

El Marketing Relacional se ocupa de que los clientes – pacientes en nuestro caso– sigan comprando una y otra vez (Fidelización) como consecuencia de ofrecerles servicios que satisfacen todas sus necesidades, deseos y expectativas en el área de la calidad externa.

El Marketing Relacional tiene como objetivo la maximización de la lealtad, enmarcando su acción en la consecución de un aumento del valor a largo plazo de la empresa. Las actividades típicas son el hecho de escuchar a los pacientes, la comunicación individualizada, la preocupación

desinteresada, servicios individualizados y recompensa de la lealtad. Esto da lugar al compromiso y confianza, así como a aumentar la satisfacción mutua. Estos efectos llevan a establecer relaciones duraderas, retención de pacientes y una ventaja competitiva sostenible.



En el ámbito de la gestión de pacientes y dentro de esta filosofía de Marketing Relacional cabe destacar también otras actuaciones como son: analizar el ciclo de abandono para diagnosticar las causas de la pérdida de pacientes y prevenir los abandonos, elaborar una política de gestión de reclamaciones acorde con los planteamientos relacionales, es decir utilizar las quejas y reclamaciones

de los pacientes para fidelizarlos.

Según un estudio sobre la gestión comercial y marketing realizado por *Marketing Alliance* entre 1.000 pymes, los tres factores definitorios de la política comercial de las empresas son:

**“LA FIDELIZACIÓN DE PACIENTES
FORMA PARTE DE UNA ESTRATEGIA
DE ORIENTACIÓN DE LA CLÍNICA
HACIA LOS PACIENTES”**

el aumento de beneficios, la fidelización de los clientes y el incremento de los ingresos. En esta encuesta se muestra también que, además, las organizaciones valoran la reducción de los gastos, la protección de los márgenes y el aumento de la cuota de mercado.

La fidelización de pacientes forma parte, por lo tanto, de una estrategia de orientación de la clínica hacia sus pacientes. A medida que las clínicas crecen, encuentran más competencia y por ende se ven presionadas a añadir más valor a sus pacientes más rentables y a ir incorporando acciones que podrían encuadrarse en un plan de fidelización.

Este objetivo sólo se consigue cuando los pacientes están satisfechos y abiertos no sólo a seguir comprando nuestros servicios, sino también a recomendarnos.

Para poder decir con certeza que una clínica se encuentra en una buena situación de crecimiento y rentabilidad

Mi Punto de Vista



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

Publicaciones

	Precio*		
	Números	Instituciones	Profesional
<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

debe estar preocupada por no perder ni uno solo de sus pacientes, esto es, debe estar preocupada por la fidelización de los mismos.

En el mercado actual en el que la competencia es grande, la fidelización de los pacientes es un indicador de buena perspectiva de futuro para la consulta. Nos encontramos ante el hecho de crear un valor extra para nuestros pacientes, mayor del que ofrece nuestra competencia, y así aumentar la rentabilidad de la clínica.

Una empresa fideliza a sus pacientes cuando es capaz de conseguir la repetición de los mismos en el uso de los servicios ofrecidos.

La fidelización de pacientes se define como la repetición de compra en un determinado período de tiempo, o más concretamente para una clínica, un paciente fidelizado es aquel que visita nuestra consulta con la frecuencia recomendada.

Existe otro indicador de fidelización: las referencias. Podemos considerar que el paciente que nos continúa mandando pacientes referidos, aunque él no acuda, es un paciente fidelizado. Y además, de los más fidelizados.

A los pacientes que no repiten las visitas a nuestra consulta se les denomina desertores. La tasa de deserción es un indicador de gestión de gran importancia para determinar la salud de la clínica. El paciente desertor es aquel que pasado un período de tiempo, a definir, no ha vuelto a solicitar nuestros servicios. Estos pacientes es deseable evitarlos y para lograrlo es imprescindible conocer las causas que provocaron dicha deserción.

Para poder conocer la tasa de deserción en una empresa de servicios hay que definir:

- Qué se considera una deserción: cada empresa, cada clínica en particular, debe definir qué considera un paciente desertor. En unos casos consideraremos desertor al paciente que no acude a consulta pero refiere otros pacientes; otras, aquel que ni viene ni refiere; el que tras pedir un presupuesto no acepta el tratamiento, pero no sabemos si es que acude a otra clínica o lo pospone transitoriamente. Cada clínica definirá para su situación particular lo que considera deserción.
- Determinar el período que ha de transcurrir para que se contabilice una deserción. Este período de tiempo también variará según la situación particular de cada clínica.

En la franja entre 3 y 5 años está la discusión sobre si el paciente sigue siendo fiel o no.

Director del Máster de Gestión y Dirección de Clínicas Dentales y Secretario General de la Sociedad Española de Gerencia y Gestión Odontológica (SEGGO)

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L. Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.

Desconecten sus móviles: se opera

Por JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA

Se estima que la radiación electromagnética que emiten los teléfonos móviles penetra en la cabeza humana a una profundidad de varios centímetros, suficiente para alcanzar diversas estructuras nerviosas y llegar a aumentar la temperatura del cerebro casi un grado. Además, los teléfonos inteligentes y otros dispositivos electrónicos de uso particular son un importante elemento de distracción y peligro en el entorno sanitario. Los profesionales sanitarios españoles no son inmunes a este hecho, habitual en cualquier otro hospital (en EE.UU se reconoce que lo practican un 55% de ellos, hablando o enviando mensajes de texto durante la cirugía).

Debemos alertar y concienciar a médicos, técnicos y pacientes sobre la inconveniencia de hablar por teléfono en áreas sensibles de los centros sanitarios, como los quirófanos y las salas de terapias intensivas porque también, según fuentes de EE.UU, en el 80 por ciento de ellos se desconocían los efectos nocivos del uso tanto telefónico como de otros equipos pero se veían a médicos operando y al mismo tiempo hablando por ellos. Yo también lo he visto, personalmente, con sistemas de manos libres, eso sí, incluso con el paciente simplemente sedado, enterándose... Y es algo grave que puede afectar al comportamiento del interlocutor si recibe noticias desagradables durante una intervención, por ejemplo.

Y es una primera paradoja, cuando en todo el territorio español la legislación prohíbe realizar conversaciones telefónicas y mensajes de texto mientras se conduce. Pero existen otros problemas relacionados; por ejemplo, las interferencias electromagnéticas que proceden de esos dispositivos (incluidas las tablets, tan de moda) y que pueden afectar no ya solo al médico sino a los equipos electromédicos. En los hospitales existen aparatos que funcionan mediante señales eléctricas de muy baja amplitud que emite el cuerpo del paciente, por lo que una mínima interferencia podría generar graves perjuicios en la salud de éste. Esta es la segunda paradoja: la industria aérea prohíbe el uso de móviles en vuelo, porque ha comprobado las interferencias que se producen si se habla cerca de una computadora, entonces ¿por qué en el ámbito hospitalario el desconocimiento de los efectos nocivos es tan grande?

El otro gran problema son las contaminaciones por bacterias, de las que algunas pueden causar una simple erupción en la piel pero otras pueden llevar directamente a la defunción. Y los contagios se pueden producir tanto en el quirófano como si el médico ausculta a un paciente y, mientras, recibe una llamada en su móvil, habla, y luego continúa con el examen. Si el teléfono no está limpio, las bacterias pueden pasar de sus manos al enfermo.

Y ante estos problemas surge la pregunta clave: ¿son estos

avances tecnológicos en Medicina una herramienta de prevención de riesgos o una trampa potencial de responsabilidad? La respuesta a ambos supuestos es sí.

La conciencia entre los pacientes sobre la correlación entre su seguridad personal y el uso de dispositivos electrónicos personales está creciendo y ya existe amplia bibliografía (anglosajona, claro) sobre cómo el uso de estos dispositivos ha dado lugar a accidentes y errores médicos. Esto genera trabajo para los abogados, que siempre intentarán correctamente que, si usted es demandado por usar un teléfono móvil durante la cirugía u otro tratamiento, el juicio se lleve a cabo a un nivel más alto incluso que por causar un accidente automovilístico debido al mismo uso, pues debería haber actuado de forma sensata en su práctica.

Utilizarán estudios recientes (aunque sean de otros países) y comentarios demostrando que la atención de los médicos, a menudo, se desvía debido a los teléfonos inteligentes. Incluso usarán pistas para determinar el uso particular de dichos teléfonos (sus tiempos de las llamadas) y las presentarán como pruebas, junto a testimonios de otras personas.

Y ¿cómo deberíamos de estar ya previniendo este tema de forma profesional? En primer lugar, desarrollando directrices sobre el uso de estos aparatos y su limitación y, por supuesto, educando a los profesionales sanitarios sobre las políticas a seguir, estableciendo espacios personales para su uso y notificar a los pacientes por escrito cuando uno de estos dispositivos es imprescindible para su tratamiento. Los colegios de médicos y enfermería deben ser los primeros y vitales en este proceso imparabile, pero yo aún no he leído nada al respecto... Por otro lado, en los centros antiguos, se deberían realizar continuos análisis de emisiones, divulgar su peligro y proponer demarcaciones con situaciones críticas y donde, sin duda, debe haber una señalización especial impidiendo el ingreso con móviles.

El optimismo tiene que venirnos gracias a que la arquitectura hospitalaria es una disciplina de enorme crecimiento y futuro en España y de que está construyendo centros nuevos donde los riesgos de interferencias electromagnéticas están bien controlados, y los progresos realizados en el ámbito de la compatibilidad electromagnética permiten el desarrollo de tecnologías de comunicación inalámbrica. Con un acertado diseño se disponen las diferentes especialidades en los espacios apropiados y así se evitan errores como el de poner una terapia cerca del estacionamiento de las ambulancias, dotadas de sistemas de radio.

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



JUBILACIÓN

RECHAZO AL REAL DECRETO DE JUBILACIONES

El colectivo reunido en la asamblea en la sede de la Organización Médica Colegial (OMC) ha mostrado su sorpresa e indignación por la reciente publicación del Real Decreto 5/2013 de 15 de marzo mediante el cual, sin previo debate ni posibilidad de alegaciones, se cambian las condiciones de los médicos para poder seguir ejerciendo tras la jubilación.

Desde el colectivo médico se ha solicitado al Gobierno la paralización de la aplicación de este decreto o que al menos se arbitren amplios plazos de aplicación, de varios años, para no perjudicar de forma irreversible a quienes en su proyecto vital han optado por prolongar el ejercicio profesional más allá de la jubilación, y dar opción a buscar otras alternativas a los médicos

más jóvenes, que quedarían advertidos del cambio de las condiciones para cuando accedan a la jubilación.

En la asamblea, se puso de manifiesto el desacuerdo de la totalidad de los vocales asistentes con el nuevo decreto.

Para este colectivo, a esta medida se añade el daño ocasionado por la reducción de la vida laboral de los 70 a los 65 años en la mayoría de comunidades autónomas por un simple afán de ahorro, y que una vez más contraviene el contrato entre los profesionales médicos y la sociedad, en que a cambio de entrar muy tarde en la vida laboral por la larga duración de los estudios, y de mantener la formación continuada y el perfeccionamiento profesional, el médico pueda ejercerlas mientras mantenga en orden sus condiciones físicas y mentales.

RECORTES

EL MINISTERIO NEGOCIARÁ, ANTE LA INSISTENCIA DE LOS SINDICATOS

Ante los reiterados llamamientos de los sindicatos mayoritarios del sector sanitario, el Ministerio de Sanidad ha mostrado una actitud favorable a la negociación, según ha informado el presidente del Sector de Sanidad del CSI-F, Fernando Molina, quien ha añadido que las conversaciones se producirán antes de fin de mes. Asimismo indicó que no se constituirá una mesa sectorial, sino que será creado un órgano de negociación nacional, fórmula que le parece más efectiva.

El presidente de sanidad CSI-F valoró muy positivamente la respuesta y aseguró que estaba justificada y que era lógico que finalmente se negociara con

quienes tienen la representación legal de los trabajadores y los estamos respaldados por sus votos.

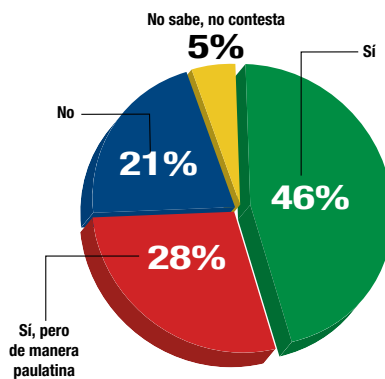
Recientemente los cinco sindicatos mayoritarios a nivel nacional (CSI-F, UGT-FSP, FSS-CCOO, SATSE y USAE) convocaron una rueda de prensa en la que denunciaron que estaban siendo apartados de las negociaciones y sustituidos por plataformas, foros y otras organizaciones sin respaldo legal; así que enumeraron una serie de acciones a emprender en caso de que su voz fuera desoída una vez más. Además, presentaron una queja ante la Defensora del Pueblo denunciando las leyes que el Ministerio estaba conculcando.

ENCUESTA

¿CREE QUE LA MAYOR AUTOGESTIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DESEMBOCARÍA EN LA IMPLANTACIÓN DEL MODELO EBA DE MANERA GENERALIZADA?

Según los resultados de la encuesta de *Medical Economics*, casi la mitad de los participantes manifiesta que la mayor autogestión en la Atención Primaria significaría la implantación del modelo EBA (Entidades de Base Asociativa) de manera generalizada. Un considerable porcentaje afirma que es posible, pero que en cualquier caso se implantaría de manera paulatina.

Un veintiuno por ciento asegura que este modelo no se implantará como consecuencia de la mayor autogestión en los centros de salud, mientras una parte casi no representativa ha decidido no manifestarse al respecto y elegir la opción "no sabe, no contesta".



ESTADÍSTICAS

FALTA DE DATOS COMPARATIVOS DE LOS HOSPITALES

De todas las Comunidades Autónomas, sólo Cataluña ofrece, desde 2012, resultados de gestión y calidad asistencial comparados entre sus centros para valorar, entre otros, la tasa de mortalidad, reingresos, o complicaciones de un hospital frente a otro. También la Comunidad de Madrid se sumará a esta iniciativa a partir de mayo.

Para ello, Madrid tiene previsto lanzar su propio Observatorio con

datos sobre el estado de la salud de la población e indicadores de atención primaria y especializada que permitirán medir, entre otras variables, la efectividad clínica de sus hospitales. Se podrán así comparar las tasas de mortalidad, reingresos, complicaciones e infecciones de sus centros, según avanzó la viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Patricia Flores.

PROFESIÓN

LA PROFESIÓN MÉDICA, LA MÁS VALORADA POR LOS ESPAÑOLES

Según el Barómetro de Marzo del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), la profesión médica es la más valorada por los españoles, con una calificación de 8,52 sobre diez. Según esta encuesta, para la que se ha consultado a 2.500 personas, también es la profesión de médico la que más recomendarían a sus hijos o a algún buen amigo.

Por otra parte, según este mismo estudio, la sanidad se mantiene entre los principales problemas que los españoles consideran que existen actualmente en España. Sigue en primer lugar el paro (81,6%), la corrupción y el fraude (44,5%), los problemas económicos (34,4%) y la sanidad (10,1%).

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

CRECEN UN 86% LAS CONDENAS POR AGRESIONES A SANITARIOS EN ANDALUCÍA

El número de condenas por delito de atentado tras agresiones a los profesionales sanitarios se ha incrementado en Andalucía un 86% desde 2009, según ha informado en comisión parlamentaria la consejera de Salud, María Jesús Montero. También ha recordado que fue en 2007 cuando, a este respecto, se iniciaron reuniones y conversaciones con el Fiscal Jefe del Tribunal Superior de Justicia de esta Comunidad Autónoma.

En dichas reuniones, según Montero, se le trasladó al citado fiscal el empeño de la Consejería en que este tipo de situaciones se condenaran como delito de atentado hacia un funcionario de la Administración pública. Desde entonces, "los órganos judiciales han demostrado una gran sensibilidad hacia este asunto, aumentándose sensiblemente el número de condenas de este tipo durante los últimos años".

De hecho, de las 245 asistencias letradas registradas en 2012, un total de 201 han sido sentencias condenatorias, y de ellas, 21 lo han sido por atentado. Esto supone que las condenas por delito de atentado se han incrementado en un 86% desde 2009 (cuando se registraron tres).

DEUDA

LAS CC.AA ADEUDAN 2.550 MILLONES AL SECTOR DE TECNOLOGÍA SANITARIA

Según los últimos datos del Observatorio de Deuda de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin), el importe de facturación pendiente de cobro por parte de las Comunidades Autónomas alcanzó a finales del mes de febrero de 2013 la cantidad de 2.550 millones de euros, con un plazo medio de pago de 278 días.

Las cifras han supuesto un descenso del 9,12 por ciento respecto al volumen de deuda referente al mes de diciembre de 2012, y del 4,7 por ciento respecto a las cantidades que se debían hasta el 31 de enero de este año.

Entre las cifras más positivas, cabría destacar algunas Comunidades cuya deuda responde a menos del 2 por ciento del total, como Asturias, Baleares o el País Vasco. La Comunidad con la deuda más reducida ha sido La Rioja, con un 0,61 por ciento del total. En la nota negativa se situarían Valencia con un 18 por ciento y Andalucía, la Comunidad más adeudada con un 22,52 por ciento. La Comunidad de Madrid presentó el 11,52 por ciento.

OJO AL DATO / FONDOS DE INVERSIÓN

En el primer trimestre de este año los fondos registraron un saldo positivo de

3.490 millones de euros.

El patrimonio de estos productos ascendió a

133.160 millones hasta marzo.

Su rentabilidad media en este periodo fue del

1,87%

Los fondos de renta variable son los que han contabilizado el retorno trimestral más alto, un

6,3%

Fuente: Ahorro Corporación.

HM hospitales inaugura su unidad de donación de sangre

Conscientes de la necesidad de componentes sanguíneos que tienen todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, HM Hospitales ha puesto en marcha su propia Unidad de Donación de Sangre. Este proyecto, el primero llevado a cabo en un entorno privado en España, se ha desarrollado en virtud del acuerdo suscrito por HM Hospitales y el Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid (CTCM), encargado de gestionar y asegurar las reservas de sangre de la región.

A la inauguración de la Unidad de Donación de Sangre, que ha tenido lugar en el hospital HM Universitario Sanchinarro, han asistido la viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Patricia Flores; Juan Abarca Cidón, director general de HM Hospitales y Luz Barbolla, directora gerente del Centro de Transfusión de la Comunidad de Madrid.



De izquierda a derecha; Juan Abarca, Patricia Flores, Luz Barbolla y Elena Abarca.

La presentación comenzó con una charla magistral impartida por Luz Barbolla "Hemoterapia en la Comunidad de Madrid". Destacó que la principal función del Centro de Transfusión es "asegurar abastecimientos de donación necesaria, voluntaria y altruista. Las unidades de sangre donadas en todos los centros de Madrid van destinadas al CTCM, allí nos encargamos de su procedimiento y análisis, así como de su distribución según las necesidades de los hospitales". También aludió a la baja población que, en la actualidad, se ofrece a ser donante, "vivimos en una sociedad donde las grandes ciudades tienen problemas singulares para la donación. La oferta y la demanda de la sangre tendría que estar en equilibrio, pero en estos momentos hay limitación de oferta y un incremento de la demanda". El Centro de Transfusión tiene 100,000 donantes fenotipados, también tienen un banco de sangre de cordón umbilical, pero a pesar de sus avances, Barbolla aseguró que "estamos deseando crecer".

Acto seguido, Juan Abarca, mostró su agradecimiento a la Consejería de Sanidad de Madrid por permitirles poner en marcha esta unidad de transfusión por primera vez en un centro privado. La Unidad de Donación de Sangre de HM Hospitales ha sido promovida por parte de los Laboratorios del Grupo, AbaCid.

La única revista que integra información profesional, social y personal de interés para el dentista moderno

Asegúrese la recepción de todos los números de la revista, en su domicilio o consulta, por sólo 3€ por ejemplar.

**Contacte con:
suscripciones@drugfarma.com
o el teléfono 91 500 20 77
(Estrella Tabárez)**

**Edición digital en
www.dentistasiglo21.com**

Sanofi y el CCFC, acuerdo pionero para el seguimiento farmacoterapéutico en Cataluña

El Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña (CCFC) y Sanofi firmaron recientemente un acuerdo de colaboración para desarrollar actividades en los ámbitos de investigación, formación científica, atención sanitaria integral e integrada, y educación sanitaria, dirigidas a la mejora del uso de los medicamentos y la atención al paciente crónico.

La firma del acuerdo durará doce meses prorrogables, y se ha llevado a cabo en la sede del CCFC. Más de 1.500 farmacias y sus respectivos pacientes se beneficiarían del convenio. Jordi de Dalmases Balañá, presidente del CCFC, y el presidente para España y Portugal de Sanofi, Marc-Antoine Lucchini, han destacado la necesidad de reforzar el rol del colectivo de farmacéuticos en la



Marc-Antoine Lucchini, director general de Sanofi a España y Portugal y Jordi de Dalmases Balañá, presidente del CCFC.

gestión de los pacientes polimedcados para continuar colaborando en la sostenibilidad del sistema sanitario garantizando la calidad asistencial.

Ambas entidades desarrollarán un programa formativo al colectivo de farmacias para gestionar el Seguimien-

to Farmacoterapéutico con Sistemas Personalizados de Dosificación al Paciente (SPD). El programa requiere la autorización de las farmacias por la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña, y se llevará a cabo en una primera fase a las aproximadamente 1.500 oficinas de farmacia de Cataluña. “Los farmacéuticos catalanes estamos trabajando progresivamente para otorgar siempre un servicio de calidad, y acciones como esta refuerzan nuestra posición de agentes sanitarios”, declaró el

presidente del CCFC. Por otra parte, Lucchini ha querido remarcar “el compromiso como compañía que tenemos con los pacientes y el resto de intermedarios de la salud. Hemos de garantizar tanto la viabilidad económica como asistencial”.

Nueva sede para la Federación Nacional de Clínicas Privadas

La Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) ha trasladado, desde el 5 de abril, sus oficinas a la sede de la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE), en la calle Príncipe de Vergara, 74, de Madrid.

La FNCP se fundó en 1977 y tradicionalmente ha pertenecido a la CEOE, como la patronal de la Sanidad Privada en España. Actualmente cuenta con más de 350 asociados y se encuentra desarrollando importantes proyectos, como su propia central de compras o el proyecto de turismo sanitario, bajo la presidencia de Gabriel Uguet.

Gracias a este cambio, se materializa la integración total de la Federación en CEOE, algo que, según su presidente, agilizará el trabajo diario de la FNCP, que acude regularmente a reuniones y es miembro de trece comisiones, entre las que se encuentran la de Sanidad, Diálogo Social o Turismo. Desde la nueva sede, la FNCP seguirá defendiendo los intereses de sus asociados y representándolos ante las instituciones y empresas.



Pronokal® Group aumenta su presencia en Europa

La empresa multinacional española sigue su proceso de internacionalización en Europa con la reciente apertura de una nueva filial en Bélgica que, según Joan Fondevila, CEO de Pronokal® Group, le permitirá dar mayor servicio a este país, además de introducirse en Holanda y próximamente en Luxemburgo. La ampliación de la presencia de la empresa en el país es el resultado de la buena acogida que ha tenido el tratamiento de pérdida de peso basado en Dieta Proteinada que la compañía ha desarrollado desde sus comienzos. Más de 4.000 belgas han confiado en el método, posicionándose así como uno de los tratamientos de pérdida de peso de referencia en el país.

Joan Fondevila explicó las intenciones de Pronokal® Group en la inauguración del centro: “Esta nueva apertura nos permite consolidar la marca a nivel europeo, afianzando nuestra presencia en Bélgica e introduciéndonos en países vecinos.

Dado la multiplicidad de idiomas presentes en esta zona, todos los servicios del método que la firma comercializa han sido adaptados al holandés y al francés, y dispondrán de médicos prescriptores locales específicamente formados, así como un servicio de asesoramiento específico en actividad física y *coaching*.

semFYC conciencia a los profesionales para que difundan el autocuidado

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) ha elaborado una encuesta que ha difundido en la presentación de la semana del autocuidado bajo el lema *Cuidate. ¡Depende de ti!*. Un lema que responde a la idea de que los pacientes deben ser los responsables en última instancia de buscar y utilizar los medios para prevenir enfermedades acudiendo a las fuentes adecuadas. El objetivo principal también consiste en concienciar a los profesionales



Josep Basora, presidente de semFYC, y Francisco Camarells, coordinador de la Semana del Autocuidado.

sanitarios sobre la importancia de esta estrategia.

Según la encuesta, que se realizó a un millar de profesionales, aproximadamente tres de cada cuatro médicos creen que deberían enseñar más autocuidados a los pacientes. El 94,8 por ciento de ellos opinó que es una medida eficaz y casi el 98 por ciento creyó que de esta manera se evitarían consultas innecesarias. La mitad de los encuestados señaló la falta de tiempo como uno de los motivos de mayor peso por el que no se fomenta correctamente el autocuidado, seguido de la medicalización de la sociedad (17,8 por ciento), que lleva a la población a no aceptar medidas que no sean farmacológicas.

Los trastornos más relacionados para los médicos con el autocuidado son la gastroenteritis (27 por ciento), seguido de la fiebre (23 por ciento), la lumbalgia (23 por ciento) y la infección respiratoria (16,5 por ciento). En menor medida mencionaron otros dolores como cervicalgias, dorsalgias, cefaleas y traumatismos leves o heridas superficiales.

PSN incrementa su beneficio un 21%

El Consejo de Administración de Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha formulado las cuentas del ejercicio 2012, que arrojan un resultado de 8,6 millones de euros, frente a los 7,1 atribuidos en 2011. Los resultados financieros obtenidos por la gestión de las provisiones matemáticas han permitido también destinar 5,2 millones de euros a los mutualistas con seguros con participaciones en beneficios (un 5,66 por ciento más que hace un año). Estos resultados han permitido que los fondos propios de la Mutua crezcan un 23,6 por ciento hasta superar los 45 millones de euros.

Adicionalmente, PSN abonó en 2012 casi 78 millones de euros en concepto de prestaciones, principalmente por ju-

bilaciones, fallecimientos, invalideces y bajas laborales, así como rentas vitalicias y capitales por vencimiento.

El ahorro gestionado superó los 730 millones de euros, casi un 10,4 por ciento más que en 2011 y multiplican prácticamente por diez el incremento sectorial. Los ingresos financieros también tuvieron un comportamiento positivo, y crecieron un 26,78 por ciento, hasta superar los 42,5 millones.

El informe de gestión recoge también la evolución del empleo generado por la Mutua, que creció más de un 12 por ciento, superando los 400 empleados y con un volumen de contratos indefinidos del 85 por ciento, en contraposición con el panorama de destrucción continuada de puestos de trabajo que sufre España.

GENTE

Nombramientos

A continuación se detallan algunos de los nombramientos más recientes en las diferentes Comunidades Autónomas. En Castilla y León, **José Ángel Amo Martín es el nuevo Secretario General de la Consejería de Sanidad**, en sustitución de María Paz Rodríguez Cantero. Simultaneará su nuevo cargo con su actual posición de Director General de Administración e Infraestructuras en la Gerencia Regional de Salud (Sacyl).

En Castilla La Mancha, **Miguel Moreno Verdugo ha sido nombrado nuevo Director General de Recursos Humanos del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)**, en sustitución de María Esther Fernández González.

En Canarias, **Manuel Jesús Herrera Armas** será el nuevo Director del Área de Salud de La Gomera en sustitución de Elena Padilla Padrón que cesa en el cargo. Manuel Jesús Herrera Armas era hasta la fecha Presidente del Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia, posición que ha pasado a ocupar **Alicia Esther Méndez Cabrera**.

En Galicia, **Antonio García Quintán** ha sido nuevo director gerente del Hospital Universitario Lucus Augusti (Lugo) sustituyendo en el cargo a **Francisco José Vilanova Fraga**, que pasa a ser gerente de Gestión Integrada de A Coruña.

Por otro lado, en el ámbito de la medicina privada, **Carlos Aparicio** será el presidente de Barcelona Centro Médico (BCM). Aparicio es pionero en España en la técnica de implantes osteointegrados y ha declarado su intención de convertir a la Ciudad Condal en capital europea de la salud.

Información cortesía de Fillingthegap.es



Finaliza la II edición del Programa de Liderazgo en Gestión de Servicios Clínicos

Médicos de las áreas de trasplantes, enfermedades infecciosas y oftalmología de toda España han finalizado con éxito la segunda edición del Programa de Liderazgo en Gestión Estratégica de Servicios Clínicos puesto en marcha por Novartis. El proyecto, que concluyó recientemente tras doce meses de formación, fue diseñado con la colaboración de ESADE Business School y la Escuela Europea de Coaching, con el objetivo de optimizar las habilidades de mando y de dirección estratégica de los jefes y futuros jefes de servicio.

El programa, según los organizadores, proporcionó una visión global del sistema de salud, que les permite interpretar los cambios del entorno sanitario y sus impactos, además de novedosos instrumentos y técnicas de gestión. En opinión de Rafael Bañares, jefe de sección de Transplante Hepático del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, “la iniciativa ha sido muy útil para la planificación de un servicio clínico porque pone a disposición de los jefes y futuros jefes de servicio una serie de herramientas de gran utilidad para crear un mejor servicio o sección. La estructura organizativa es muy relevante porque aunque muchos de los conceptos son de sentido común, están elaborados y adaptados a



Asistentes en el programa de liderazgo.

la gestión sanitaria, ámbito en el que existe una importante laguna durante la carrera de Medicina”.

Josep María Cruzado, jefe de sección de la Unidad de Transplante Renal del Servicio de Nefrología del barcelonés Hospital de Bellvitge, destacó que “los médicos tenemos un déficit formativo en temas de gestión. Nuestra formación en medicina e investigación es muy extensa, pero nos faltan conocimientos en la gestión de recursos humanos y económicos, algo muy importante, y aún más en época de crisis”.

Asimismo, Emiliano Hernández Galilea, jefe de servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Universitario de

Salamanca, expuso que “nuestra labor es fundamentalmente asistencial, sin embargo necesitamos teorías empresariales para la gestión de los servicios clínicos. El programa simplificaba éstas cuestiones, y ha proporcionado una serie de contenidos que no tenemos los clínicos”.

Tras esta segunda edición de aprendizaje en gestión, medio centenar de profesionales médicos de toda España han adquirido nuevas habilidades para la organización de sus centros. Para Novartis, apostar por la formación médica continuada es parte de su compromiso con los profesionales sanitarios para ayudarles a liderar el cambio en el sistema nacional de salud.

AMOSP presenta una web de emisión de recetas privadas

La Asociación Nacional de Actividades Médicas y Odontológicas de la Sanidad Privada (AMOSP) organizó recientemente la presentación de recetamedicaprivada.com, una plataforma web de emisión de recetas médicas privadas de última generación.

El soporte, considerado por la AMOSP como muy ventajoso para todos aquellos centros sanitarios que quieran implementarla, está dotado de medidas de seguridad que garantizan su autenticidad. Una de ellas es que un profesional médico no puede emitir recetas a nombre de cualquier centro. Será el propio centro quien controle

y dé alta a los profesionales médicos a los que les va a emitir la receta. La web no requiere instalación de software de ningún tipo, lo que permite su acceso desde cualquier equipo con conexión a internet.

Según la Asociación, una importante ventaja de la plataforma es el gran ahorro que supone frente a otras alternativas, y que significaría entre un 80 por ciento y un 92 por ciento, dependiendo de la cantidad de recetas que se usen. El sistema puede comunicarse de forma segura con el software de gestión de Historia Clínica para que al profesional le llegue la receta confeccionada con los datos del paciente, medicación, po-

sología y fecha de prescripción ya incluidos. Durante la presentación, también se explicó que esta plataforma web podría servir de sistema de validación y dispensación de las recetas emitidas en las farmacias, ya que dispondría de un formato de codificación compatible con ellas.

AMOSP es la única asociación patronal que representa a médicos y odontólogos del sector privado de toda España. Su objetivo es el fomento del espíritu empresarial. Agrupa a importantes profesionales y trabaja para promover la práctica y la imagen de la excelencia en las actividades médicas y odontológicas en toda la sanidad privada.

La innovación se convierte en necesidad para la internacionalización de las empresas

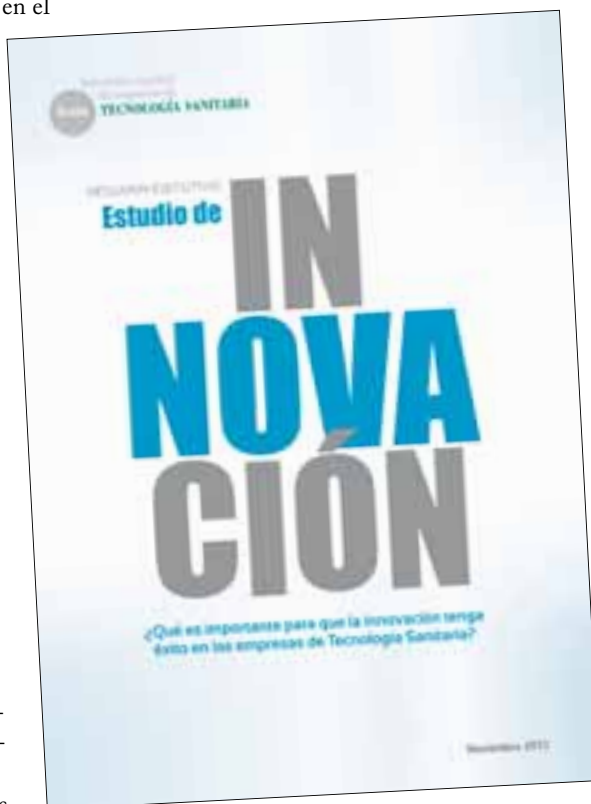
Fenin y la Plataforma Española de Innovación en Tecnología Sanitaria elaboran un estudio de innovación con el objetivo de incentivar el éxito global

Pese al contexto de crisis que vivimos actualmente, la consecuente caída de la innovación y el descenso generalizado del gasto público en I+D+i, el desembolso medio por parte de las empresas, según el informe que ha elaborado Fenin, se situaría en el 9,5 por ciento, siendo éste un factor de crecimiento decisivo para prosperar en el mercado. El documento puede descargarse en la página www.fenin.es.

Mientras el comercio nacional está casi en su totalidad estancado e incluso en recesión, la exportación de las empresas innovadoras crece tres veces más deprisa. Según explica Daniel Carreño, presidente de Fenin, esta tendencia pone de relieve la apuesta de la Federación por la internacionalización de las empresas del sector como motor de crecimiento y desarrollo empresarial. "Abrirse camino en el mercado exterior no es tarea sencilla, por eso, desde Fenin contamos con los instrumentos necesarios para ayudarles a exportar la marca España y posicionarse fuera de nuestras fronteras", asegura.

El documento desvela que una de las noticias más positivas es el hecho de que las pymes concentren gran parte del esfuerzo innovador del sector de Tecnología Sanitaria. Igualmente, se

asegura que el éxito en los mercados exteriores es de enorme importancia para asegurar el desarrollo de las empresas, especialmente en momentos de crisis con fuerte retroceso de demanda interna.



El 38 por ciento de las empresas encuestadas en el dossier manifiestan tener dificultades para obtener recursos financieros, mientras que un 35 por ciento apela al alto coste de innovar en

tecnología sanitaria y un 32 por ciento acusa a un mercado mayoritariamente dominado por grandes empresas. Éstos datos clarifican los impedimentos que tienen las compañías para abrirse paso en las exportaciones y en los canales de comercialización.

Pese a las dificultades, el informe matiza que la experiencia confirma la necesidad de nuevas fórmulas de negocio que permitan incrementar la inversión en innovación, mejorar la eficiencia sin que entre en riesgo la calidad de las prestaciones, optimizar la productividad e introducir indicadores para medir los resultados en salud.

Los datos del informe evidencian que, por tamaño, las empresas más exitosas en materia de innovación son las de tamaño mediano, seguido por las pequeñas y en último lugar las grandes.

MOTIVOS PARA INNOVAR

Los principales motivos que llevan a las empresas a innovar son la demanda de productos y servicios no satisfechos (42 por ciento), las oportunidades de diversificación para entrar en nuevos mercados (40 por ciento), las nuevas tecnologías que permitan aplicaciones asistenciales y comerciales, así como el incremento de la presión por parte de los competidores (29 por ciento). Sorprende, según el informe, que uno de los motivos me-

ALGUNOS DE LOS MOTIVOS QUE LLEVAN A LAS EMPRESAS A INNOVAR SON LA DEMANDA DE SERVICIOS NO SATISFECHOS Y LAS OPORTUNIDADES DE DIVERSIFICACIÓN PARA ENTRAR EN NUEVOS MERCADOS

nos valorado, con un 13 por ciento, sea las demandas del Sistema Nacional de Salud a través de concursos públicos.

Entre las estrategias para impulsar la innovación tecnológica, las fórmulas más valoradas son el desarrollo de pro-

ductos a nivel mundial (58 por ciento), el desarrollo de productos innovadores para exportación (46 por ciento) y los nuevos modelos de negocio o canales de comercialización (44 por ciento).

En cuanto a las fuentes de financiación

elegidas por este tipo de empresas, destacan los fondos propios (42 por ciento), públicos (41 por ciento) y europeos (14 por ciento), seguido de los fondos de capital privado y capital riesgo, con un 3 por ciento.

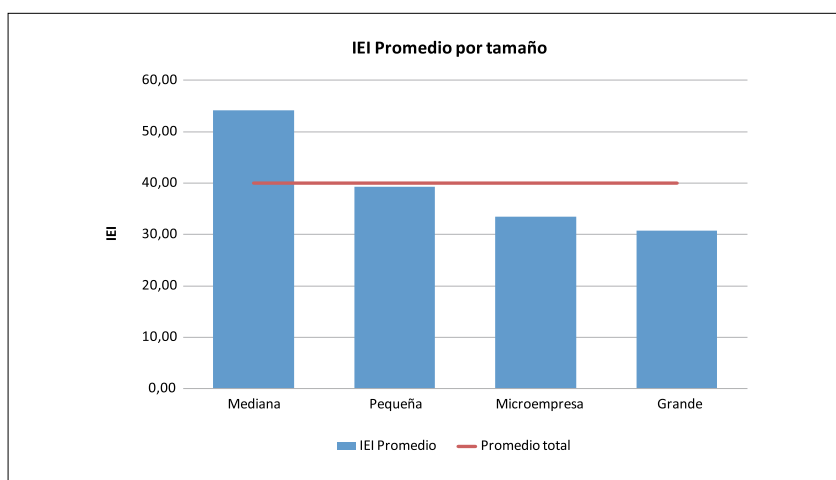


Figura 1.

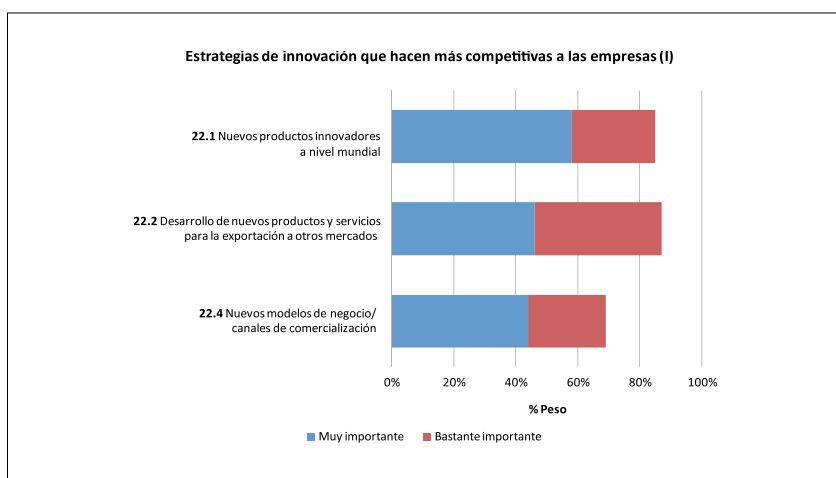


Figura 2.

¿DONDE SE INNOVA MÁS?

Las empresas de carácter innovador se concentran entre Cataluña (35 por ciento) y Madrid (18,5 por ciento), y también entre las dos comunidades poseen el 55 por ciento de las sedes centrales.

La facturación total de las 118 empresas asciende a 1.497 millones de euros e incluye los productos y servicios distribuidos y fabricados en su totalidad. La facturación de los productos y servicios fabricados en España asciende a 747 millones de euros, representa el 50 por ciento en volumen de facturación total y contrasta con el 76 por ciento de empresas que afirman tener fabricación.

VALORACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Según el informe, el 34 por ciento de las empresas innovadoras dice no estar interesada en la venta por concurso público y por tanto no ha participado. Solo el 66 por ciento de las empresas ha participado alguna vez en concursos públicos en los últimos tres años, de ellas el 48 por ciento declara que alguna vez ha sido adjudicataria por parte de la Administración Pública de algún producto o servicio de innovación propia, mientras que el 18 por ciento ha participado, pero nunca ha tenido éxito.



Digitalización e informatización en el entorno hospitalario

EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA SE SUMA AL CARRO DE LA INNOVACIÓN GRACIAS A LAS TIC Y HA DIGITALIZADO, EN COLABORACIÓN CON VADEMECUM, SU GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA (GFT) E INFORMATIZADO SU PROGRAMA DE EQUIVALENTES TERAPÉUTICOS (PET).

Conseguir instalar una aplicación de consulta sobre una base de datos de medicamentos informatizada y completa, y que además cuente con actualizaciones automáticas; todo ello en un entorno hospitalario. Ese era el objetivo que perseguía el Hospital Universitario de Guadalajara al querer digitalizar la Guía Farmacoterapéutica (GFT) del centro hospitalario e informatizar su Programa de Equivalentes Terapéuticos (PET).

En paralelo, el hospital también deseaba dar mayor difusión a la continua actualización de la Guía Farmacoterapéutica (GFT) y al Programa de Equivalentes Terapéuticos (PET) del centro, lo que les permite acceder a consultas rápidas, sencillas y ágiles sobre los medicamentos empleados, consiguiendo de este modo que cualquier profesional sanitario del centro pueda acceder al PET desde cualquier ordenador del hospital.

Todo ello es ahora posible gracias al esfuerzo y desempeño de los profesionales del servicio de farmacia del Hospital de Guadalajara que, con la colaboración de Vademecum, han hecho realidad este proyecto que puede

ser considerado como un ejemplo de gestión eficaz en el entorno hospitalario.

Además, el Hospital Universitario de Guadalajara, para una mejor gestión de su GFT se encuentra trabajando con la aplicación web Vademecum Data Solutions (VDS), de Vademecum, que contiene una completa base de conocimiento farmacológico y soporte a la decisión terapéutica. También cuenta con datos estructurados que permiten integrar la información oficial de todos los medicamentos autorizados en España, tanto por principio activo como por marca comercial.

La aplicación informática STANDALONE de Vademecum con la que trabaja dicho hospital incluye módulos de soporte a la decisión terapéutica como módulo de gestión de interacciones, contraindicaciones, alergias, dopaje, de equivalencias extranjeras que sin duda redundan en la seguridad del paciente al dotar al médico de más información en la consulta.

VENTAJAS DE GESTIONAR UNA GFT DIGITALIZADA E INFORMATIZADA

El Hospital Universitario de Guadalajara puede ahora realizar una serie de funciones, antes no disponibles, como la importación, exportación y actualización de la guía, creación de un medicamento y configuración de

PUNTOS CLAVE

En este proyecto se ha realizado la revisión sistemática de Códigos Nacionales de todos los medicamentos incluidos en la GFT.

La difusión del Programa de Equivalentes Terapéuticos se amplía a todos los profesionales sanitarios del centro.

El servicio de farmacia hospitalaria contribuye al uso racional del medicamento y a la sostenibilidad del sistema sanitario consiguiendo un importante ahorro de recursos.



Ejemplo de una búsqueda realizada en el Programa de Equivalentes Terapéuticos del Hospital de Guadalajara.

campos internos; la gestión documental de protocolos, guía de administración, formularios propios del hospital vinculados a los medicamentos de su GFT o la impresión/exportación a PDF por marca comercial o principio activo. Asimismo, la nueva Guía Farmacoterapéutica cuenta con motor de búsqueda fonética y adaptada para cada perfil (médico, enfermería y farmacia).

¿CÓMO SE HA DESARROLLADO EL PROYECTO?

En primer lugar, se ha llevado a cabo una tarea previa de reconocimiento de códigos nacionales incluidos en la GFT del hospital para vincularlos a la aplicación web de consulta Vademecum Data Solutions (VDS). Por su parte, el departamento científico de Vademecum ha elaborado un programa, actualmente incluido dentro de la aplicación web de consulta Vademecum Data Solutions, que permite consultar los equivalentes terapéuticos definidos por cada hospital de forma dinámica e interrelacionarlos con todos los medicamentos autorizados en España. Así se ha conseguido que el PET cobre vida, esté automatizado y conectado con el arsenal terapéutico existente en el mercado en cada momento.

En el caso concreto del Hospital Universitario de Guadalajara, el servicio de farmacia envía, normalmente en formato PDF, la información de sus equivalentes terapéuticos consensuada por la comisión de farmacia y terapéutica. El departamento científico de Vademecum interpreta dicha información y la trabaja en la base de datos de Vademecum, particularizándola para este hospital y manteniendo comunicación cercana con el centro, además de supervisar el proyecto. De esta manera se logra que, cuando un paciente llega al hospital tomando medicación previa, el personal médico y

BASE DE DATOS DE VADEMECUM EN CIFRAS

- **14.340** medicamentos con ficha técnica
- **15.061** medicamentos con prospecto para el paciente
- Productos sanitarios (**6.012** presentaciones)
- Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (EFP): **1.170** medicamentos y **1.739** presentaciones
- **7.000** principios activos, sales clasificadas y todos los excipientes de declaración obligatoria
- **2.392** fichas farmacológicas de principios activos ATC con información clínica para médicos, farmacia y enfermería

farmacéutico sepan rápidamente por qué medicamento de la Guía Farmacoterapéutica pueden sustituirlo, o si deben mantenerlo o suspenderlo.

La comisión de farmacia del Hospital de Guadalajara también realiza un seguimiento de los medicamentos que estén en la GFT del centro y modifica las altas y bajas de medicamentos de su guía, con el fin de tenerla siempre actualizada. Asimismo, se lleva a cabo una revisión sistemática de grupos terapéuticos para confeccionar su programa de intercambio terapéutico informatizado y posterior transmisión al departamento científico de Vademecum para efectuar los cambios.

RESULTADOS

Los medicamentos analizados en el proyecto para crear la Guía Farmacoterapéutica son aproximadamente 1.420 y la participación de Vademecum en el mismo, instalando y parametrizando su aplicación web de consulta VDS que reside en los servidores locales del hospital, ha posibilitado que la información disponible para los profesionales sanitarios sea accesible y estructurada, consiguiéndose una guía actualizada y dinámica.

» **Nuevo sistema para la seguridad de los enfermos en centros asistenciales**

La empresa multinacional Neat Group ha creado recientemente el llamado ‘Sistema de Errantes’. Se trata de una solución tecnológica que permite la creación de diferentes zonas de paso, mediante la división de las instalaciones de un centro en zonas permitidas y zonas restringidas para los pacientes. Éstas zonas se configuran en unas unidades denominadas D-ATOM Y UDAT, dos cómodos aparatos

con forma de pulsera que usa el residente del centro asistencial.

Gracias a la pulsera, el paciente clínico puede acceder con total libertad a las zonas que le sean autorizadas. De esta manera el gestor del centro puede obtener cierta tranquilidad, ya que en caso de que algún enfermo acceda a una zona no permitida, como la calle, por ejemplo, la unidad lanza una alerta llamada Sistema de Errantes. Los avisos son recibidos por los profesionales a través de una pequeña unidad portátil llamada TREX-2G, cuya forma es similar a la de un teléfono móvil. La rapidez de la alarma permite que los trabajadores del centro actúen rápidamente y prevengan posibles incidentes. También el personal sanitario tiene libertad de movimientos, gracias a que la unidad TREX-2G es portátil y cuenta con una cobertura ilimitada.

Las pulseras que portan los pacientes han sido diseñadas para cubrir distintos perfiles; un aspecto a tener en cuenta de la pulsera UDAT es que resulta prácticamente imposible que el portador pueda quitársela sin la ayuda de un profesional, ya que cuenta con una correa con máxima resistencia al corte y un cierre de seguridad que impide su extracción. Según Manuel Tamames, Director de Nuevos Proyectos del Grupo Neat, la fortaleza de la pulsera incrementa la seguridad del residente y permite una cierta serenidad a los gestores de los centros clínicos.

Toshiba presenta su nuevo dispositivo de teleasistencia

Toshiba ha presentado Silmee, un pequeño aparato portátil que tan sólo pesa 10 gramos, tiene forma de parche y mide el pulso, la temperatura corporal y hace electrocardiogramas. El nombre del dispositivo procede del acrónimo *Smart Healthcare Intelligent Monitor Engine & Ecosystem*, y registra las constantes vitales del usuario para después enviarlas inalámbricamente a un teléfono, una tableta o una aplicación web.



El prototipo es ligero y apenas mide 2,5 cm de ancho y 6 cm de largo. Su corazón tecnológico es un chip ARM de 32 bit que incluye un módulo Bluetooth, al que Toshiba ha añadido una antena, una batería y una serie de cabezales sensores. Según Toshiba, permite monitorizar la salud de forma continuada, y podría ayudar a mejorar los servicios de teleasistencia y crear nuevas aplicaciones web.

Hasta ahora se contaba con dispositivos de medición tradicionales, como tensiómetros o termómetros clínicos, que, mediante el uso de las nuevas tecnologías en el área de la salud, quedarían relegados en su uso por ser demasiado grandes y desfasados con respecto a los más modernos instrumentos como Silmee.

Toshiba es actualmente la séptima empresa en la lista de grandes compañías de manufactura de aparatos electrónicos. Gracias a este nuevo aparato portátil, se comienza a posicionar también en la innovación sanitaria.

» **Dose Watch: control de la radiación de los equipos de diagnóstico digital**

El jefe de Radiofísica y Protección Radiológica de HM Hospitales, Pedro Fernández Letón presentó recientemente Dose Watch, un equipamiento que permite registrar la dosis de radiación que reciben los pacientes cuando son sometidos a una prueba con radiaciones ionizantes. El especialista explicó este nuevo avance en el contexto del desarrollo de una nueva normativa por parte de la Comunidad Europea a lo largo de este año o principios de 2014, que pretende evitar las probabilidades de padecer cáncer radioinducido por exploraciones radiológicas.

Fernández Letón señaló que “hay que encontrar una solución a este problema por lo que, entre otras cuestiones, se obligará a los hospitales a registrar las dosis de los pacientes para todos los procedimientos de TAC e intervencionistas, transferir a la historia clínica la información dosimétrica de los pacientes en el diagnóstico, evaluar periódicamente la dosis a la población por grupos de edad y sexo, establecer niveles de referencia de dosis para procedimientos intervencionistas y, por último, registrar y analizar todos los incidentes en diagnóstico y terapia”.

Llega el electrocardiógrafo portátil más pequeño

Las empresas Think-in-Pharma y Mediform Plus, ambas especializadas en el sector de marketing de la salud, se han asociado para comercializar en España un moderno electrocardiógrafo portátil, *ECG PORTABLE TIF® Medical* que, según estas compañías, es el más pequeño del mercado. Consiste en un dispositivo ultraportátil de doce canales de gran utilidad para el campo de la medicina. Este instrumento no requiere alimentación por vías externas, ya que toda la energía que precisa la recibe a través de un puerto USB conectado directamente a un PC. El único requisito necesario en el aparato es que integre un sistema operativo Windows.

El *ECG PORTABLE TIF® Medical* registra electrocardiogramas sin necesidad de usar máquinas ni papel. Los datos se registran y se almacenan directamente en el disco duro del ordenador y posteriormente se convierten en imagen o PDF, para su envío vía e-mail a cualquier dispositivo (PC, Tablet, Smartphone...).



Si es necesario, mediante una impresora, el paciente puede disponer de los resultados del electrocardiograma al instante en papel. El peso neto del dispositivo es de 0,29 kg, sumamente ligero, y la facilidad de su instalación en consultas médicas y farmacias le confieren una posición preferente para su uso.

Otra de las novedades que ofrece al paciente es el sistema de interpretación por parte de un cardiólogo. En unas horas, atendiendo a la urgencia, el médico o farmacéutico recibe un completo estudio del paciente para su posterior derivación al médico especialista. Su flexibilidad indica que podría ser de gran interés para su colocación en cualquier lugar: gimnasios, clubes deportivos, mutuas de trabajo o colegios, además de los recintos estrictamente sanitarios. El nuevo *ECG PORTABLE TIF® Medical* cuenta además con la certificación CE y la aprobación de la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) para su distribución en España.

HM Hospitales ya dispone de varios equipos conectados al sistema Dose Watch: los cinco TAC (tres en HM Universitario Sanchinarro, uno en HM Universitario Torrelodones y otro en HM Universitario Madrid), tres equipos de Radiología Intervencionista de HM Universitario Montepíncipe y un mamógrafo con tomosíntesis en HM Universitario Sanchinarro. “Próximamente se conectará el nuevo TAC de HM Universitario Montepíncipe y el resto de equipos digitales del grupo”, apuntó Fernández Letón. Además, señaló la posibilidad de elaborar informes dosimétricos individualizados de todas las exploraciones que se realicen en cualquier equipo de HM Hospitales. “Las dosis se van acumulando y podría-

mos tener un carné radiológico para cada paciente”, según el jefe de Radiofísica y Protección Radiológica del grupo.

El objetivo será dar la mejor calidad de imagen con la dosis de radiación más baja que sea posible. Según el equipo de HM Hospitales, otro de los progresos que posee el sistema Dose Watch es una alarma que indica la existencia de una anomalía. Las causas por las que puede saltar el aviso son: mal funcionamiento del equipo, que el técnico que la esté realizando haga una elección inadecuada de protocolo o una mala colocación del paciente, o que éste haya sido sometido a demasiadas pruebas en un tiempo determinado.

Sección patrocinada por:



EL IMPACTO DE LA SUBIDA del IVA



[Por **GONZALO SAN SEGUNDO**]

LOS EXPERTOS CALCULAN QUE LA SUBIDA DEL IVA DEL 10 AL 21 POR CIENTO EN LOS PRODUCTOS SANITARIOS TENDRÁ UNA REPERCUSIÓN DE UNOS 800 MILLONES DE EUROS EN LA SANIDAD ESPAÑOLA, PERO LOS EFECTOS NEGATIVOS EN EL SECTOR SANITARIO PRIVADO PONDRÍAN EN PELIGRO A MUCHAS EMPRESAS Y A UNO DE CADA CINCO EMPLEOS.

El Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha revolucionado el sector sanitario español con una sentencia dada a conocer el pasado 17 de enero que obliga a España a incrementar el tipo reducido del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) del 10 al 21 por ciento en los productos sanitarios de uso común, como equipos e instrumental médico, alimentación y vestuario de quirófano. La medida afecta a todo

el sector sanitario, especialmente al privado, excepto a los medicamentos y material para discapacitados.

Alarmado por la que se le viene encima, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) elaboró un documentado y pormenorizado informe en el que demuestra, con datos de 19 hospitales, el perjuicio económico y social que tal medida supondría para la sanidad privada: clínicas, empresas de tecnología

sanitaria y compañías aseguradoras, entre otros proveedores del sector sanitario. También los médicos con ejercicio independiente y los pacientes/clientes sufrirán los efectos de esta subida del IVA.

El impacto negativo del incremento del IVA tendría, según dicho informe, estas consecuencias esperables, entre otras: se pondrían en peligro 20.000 puestos de trabajo, el 20 por ciento del empleo en los hospitales privados; la prima media de los seguros médicos se encarecería 23 euros al mes; además, las comunidades autónomas verían agravada su situación financiera en al menos mil millones de euros.

Como medidas que de alguna manera palien los efectos negativos citados, el mencionado informe, titulado Análisis del impacto de la subida del IVA en el sector sanitario privado español, recomienda la desgravación fiscal de los seguros médicos y la extensión de la cobertura del sistema Muface a los funcionarios de las comunidades autónomas.

Para analizar en profundidad las repercusiones y consecuencias de la sentencia del Tribunal Europeo, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda moderada por los directores asociados de la revista, José María Martínez y Gonzalo San Segundo, en la que participaron Álvaro Hidalgo Vega, presidente del Instituto Max Weber; Carlos Rus Palacios, director gerente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas; Carlos Sisternas Suris, director de Fenin en Cataluña; Francisco Veloso Aguirre, gerente de Dokesim, S. L. (empresa de limpieza de hospitales), y Manuel Vilches Martínez, director de Operaciones del IDIS y director general de Hospitales Nisa.

MEDICAL ECONOMICS: ¿Qué análisis hacen ustedes de la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea que obliga a España a elevar del 10 al 21 por ciento los productos sanitarios?

CARLOS RUS: Lo importante de la sentencia es que trata de igualar una situación que España está incumpliendo con respecto al resto de los países europeos.



“La parte fácil sería que las aseguradoras repercutieran la subida del IVA a sus asegurados, pero creo que habrá negociación para que se asuma entre los hospitales y la industria”

– **ÁLVARO HIDALGO VEGA**

Supone un incremento del 300 por ciento en el IVA en los dos últimos años. La afectación directa, tanto para el sector como para la inversión en tecnologías como para el paciente, va a ser un aumento directo de costes para todos los actores sanitarios.

ÁLVARO HIDALGO: La sentencia no ha sido una sorpresa porque creo que la homogeneización de tipos impositivos en el IVA en la Unión Europea ya nos decía que iba a ir en ese sentido. El problema es cuándo ha venido la sentencia. Probablemente, esto hace tres o cuatro años hubiese sido un golpe, pero el tipo del IVA era el 16 por ciento y el ciclo económico era distinto.



“En la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid hemos encontrado muy buena recepción en el tema de la desgravación del seguro de salud, no así en la de Economía”.

– **CARLOS RUS PALACIOS**

Aquí se está añadiendo una sentencia que va a repercutir en el sector público y, sobre todo, en el privado y, en tercer lugar, en los pacientes, que además acaban de tener muy recientemente el tema del copago. Con lo cual se están sumando muchas acciones que van todas en la misma vía en muy poco tiempo y puede generar problemas importantes a la hora de una provisión adecuada de servicios sanitarios en nuestro país.

MANUEL VILCHES: Es un golpe más. A perro flaco, todo son pulgas y el sector en su conjunto (público y privado) estaba ya más que suficientemente maltratado. La sanidad pública está con una crisis absolutamente brutal, con unas deudas que superan los 6.000 millones de euros, y que esto lo único que va a hacer es incrementarlas todavía un poquito más, un 11 por ciento directo en el porcentaje del capítulo de compras y materiales. La sanidad privada, que tiene un momento complicado porque la sanidad pública ha reducido los conciertos en una cantidad prácticamente insostenible, en torno a un 50 por ciento, las aseguradoras no van a asumir, ni muchísimo menos, la compensación de ese 11 por ciento, que al final lo tenemos que asumir directamente en nuestra cuenta de resultados. Pensemos que la sentencia es lógica, razonable, nos la tenían que aplicar. Hay que asumirla y punto. Ahora bien, lo

que sí hay que tratar de hacer –y creo que por una vez estamos todos de acuerdo, todas las partes incluido el Gobierno– es buscar la manera para que las consecuencias se reduzcan al máximo porque si no, nos podemos encontrar con un gravísimo problema en el sector.

FRANCISCO VELOSO: No podemos hacer nada porque viene impuesto. Entendemos que puede ser más o menos justo si lo comparamos con otros países, pero creo que no nos queda más remedio que ir buscando



“La sentencia del Tribunal de Justicia Europeo es demoledora, llega en una situación muy crítica, con problemas de deuda y una presión tremenda en los precios y márgenes”.

– **CARLOS SISTERNAS SURIS**

medidas para solventar esta situación, que afecta a clínicas privadas, a empresas de mantenimiento, etcétera.

CARLOS SISTERNAS: Es una sentencia demoledora porque este es un IVA que no se repercute, con lo cual es un gasto final para la parte, sea pública o privada; un gasto que se añade en un momento en el que tenemos problemas de deuda, una presión en los precios y en los márgenes tremenda. Lo que tenemos que hacer es aplicarla de la manera menos dolorosa o menos perjudicial para la sanidad.

MEDICAL ECONOMICS: ¿Qué impacto socioeconómico y sanitario tendrá la medida en los respectivos sectores afectados?

CARLOS RUS: Yo me iría a ver cuál es la facturación que tiene un hospital y cómo está compuesta y

ver un poco lo que va a ir afectando y cómo va a ir afectando, porque hay distintas líneas. Si la facturación media de un hospital está en torno a un 65 por ciento en compañías aseguradoras... se están reduciendo de forma generalizada los conciertos en las comunidades autónomas como medida para paliar el déficit. Además, tenemos una mayor afectación por parte de las compañías aseguradoras y del paciente privado que, dada la situación de crisis, también va disminuyendo. ¿Cómo va a repercutir esta subida del IVA? Si nosotros no conseguimos que ese IVA lo repercute la compañía aseguradora, y estamos solamente en la línea de asistencia, no tenemos forma de repercutir al paciente final el incremento del coste que vamos a tener. No estamos solo a favor de la desgravación del seguro de salud, sino de todo el gasto sanitario que se realiza en el sistema privado, algo que ya existía. Ésta podría ser una medida en la parte asistencial de mejora interesante, incluso desde un punto de vista fiscal también podría ser muy interesante para el Gobierno, y puede ayudar incluso como descarga de la sanidad pública, que cada vez está más cargada por las listas de espera. Y por parte de la compañía aseguradora entiendo que tiene que repercutir a su cliente ese incremento de IVA porque si no, al final lo va a asumir el hospital.

CARLOS SISTERNAS: El problema para la industria es doble. El primer ámbito sería que la parte compradora presione para que parte de esa subida la asuma la parte vendedora, lo que significaría una presión más en los márgenes en un momento en que ya hay muchísima presión en los márgenes. Segundo escenario: la industria mantiene las bases impositivas pero el precio final del producto aumenta un 11 por ciento. ¿Qué significa? Que la parte compradora dispone de un 11 por ciento menos de capital para comprar, o sea, el presupuesto disponible es el mismo pero la capacidad para comprar se minorará. Éste es el escenario de lo que puede pasar y dentro de este escenario viene obsolescencia de los equipos, menos disponibilidad de tecnologías a disposición del paciente porque en ese momento quien hace la compra y que no puede repercutir el IVA la va a pagar más cara. No más cara como tal, sino que se

ÁLVARO HIDALGO VEGA



PRESIDENTE DEL INSTITUTO MAX WEBER

“¿No puede ser una oportunidad para racionalizar la inversión en tecnología y comprar solo lo necesario, lo que fuera rentable?”

CARLOS RUS PALACIOS



DIRECTOR GERENTE DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE CLÍNICAS PRIVADAS

“Esta subida del IVA es una recaudación directa para el Estado y, además, impuesta, que se suma a la que hubo en septiembre del año pasado”.

EFFECTOS NEGATIVOS EN LOS HOSPITALES PRIVADOS

Según un informe del Instituto para el Desarrollo e Integración e la Sanidad (IDIS), la subida del tipo reducido del IVA del 10 por ciento al tipo general del 21 por ciento en los productos sanitarios de uso común tendría los siguientes impactos en el sector hospitalario privado. El estudio se ha realizado en base a una muestra de 19 hospitales con 1.300 camas en conjunto, de un total de 462 centros privados, incluidos los benéficos, y 229 empresas.

- 132.390 euros de coste adicional en suministros para cada hospital.
- 40.102 euros de coste adicional por hospital en inversiones en equipos de alta tecnología.
- 20.125 puestos de trabajo en peligro, el 20 por ciento del empleo total.
- Reducción en un 11 por ciento del Ebitda (beneficios antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones, en sus siglas en inglés).
- El número de empresas con Ebitda negativo pasaría de 75 a 85, el 18 por ciento del total.
- 23 euros de subida media en los seguros médicos.



Nos están rescindiendo contratos por esta subida del IVA. En tres meses han prescindido de nuestros servicios tres clínicas privadas que decidieron subrogar la plantilla”.

- FRANCISCO VELOSO AGUIRRE

entiende que su precio final va a ser más alto. ¿Cuál es la solución? La solución sería dotar económicamente, cuando hablamos del público, a la parte compradora con el dinero suficiente para cubrir ese incremento del IVA, o cuando es la privada, que la privada pudiera repercutir a su cliente el incremento del coste del IVA. Así es cómo deberían ser las cosas, pero esto va a ser muy difícil. ¿A qué aspiramos desde FENIN? A intentar que las partes privadas puedan trasladar a los compradores finales una parte de ese coste porque es obvio que ellos no se van a beneficiar, y desde el punto de la Administración que les reconozcan que el tipo de IVA cambiará la necesidad presupuestaria y que se doten de forma conveniente. ¿Creemos en eso? No mucho.

Lo que creemos básicamente es que como siempre en esta vida no hay nada blanco ni negro, hay una gama de grises. Creo que se va a mezclar con una pérdida de la capacidad de compra y con una presión muy fuerte a la industria para que asuma parte de esa minoración. Que no es minoración del precio –quiero dejarlo muy claro–, es minoración de la base imponible para asumir ese diferencial de IVA.

FRANCISCO VELOSO: Como es lógico, con este 21 por ciento los centros privados empiezan a hacer sus números. Por el mero hecho de subcontratar ya tenemos el 21 por ciento. El hecho de subcontratar una empresa de limpieza, de mantenimiento, la repercusión en sus gastos es 21 por ciento sobre el coste de personal. Evidentemente, existen clínicas que ya tienen personal propio. Estamos hablando, probablemente, en torno a 15.000-17.000 empleados solo en limpieza, sin contar mantenimiento en el ámbito privado. Pero la grandísima mayoría todavía funcionan con personal externalizado. Nosotros lo que proponemos para compensar un poco esta subida es que tenemos que adaptarnos, porque la realidad es que ya nos están rescindiendo contratos por este hecho. Escasamente en tres meses han prescindido de nuestros servicios tres clínicas privadas porque han decidido subrogar la plantilla.

CARLOS SISTERNAS SURIS



DIRECTOR DE FENIN EN CATALUÑA

“Los hospitales harán lo que puedan por tener la mejor tecnología, pero su uso e innovación se resentirán, habrá más obsolescencia”

FRANCISCO VELOSO AGUIRRE



GERENTE DE DOKESIM, S.L.

“Muchos centros privados se plantean quedarse con las plantillas de limpieza en vez de externalizar este servicio, para ahorrarse el 21 por ciento”.

REPERCUSIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO

Sector	Facturación afectada(1)	Incremento del precio de venta(1)
Productos sanitarios de un solo uso	1.536	169
Electromedicina	1.229	135
Diagnóstico in Vitro	922	101
Dental	320	35
Efectos y accesorios	320	35
Implantes	320	35
Ortopedia técnica	256	28
Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias	205	23
Cardiología	154	17
Ofatología	102	11
Nefrología	51	6
Total	5.414	596

(1) Millones de euros.
Fuente: Sector sanitario privado.

MANUEL VILCHES: Con la subida del IVA, los más afectados sin duda son los hospitales, el sector de la provisión directa, y el sector de la industria, la tecnología. También se ven afectados los proveedores de batas de quirófano, guantes, mascarillas... Todo lo que está relacionado con el acto médico, fungible sanitario en el más amplio sentido de la palabra. Tengo confianza en la responsabilidad del sector, pero no veo a las aseguradoras repercutiendo en sus primas la subida que compensara este efecto. Lo que estaba planteando Carlos de traspasar al proveedor, a la industria, parte del efecto sin duda se va a intentar. No tenemos posibilidad de repercutir ese IVA, pero hay más alternativas. Una de las cosas que hemos planteado a nivel de todas las instituciones es tener muy claro que no se aplique antes de haberla analizado con suficiente racionalidad y profundidad. Luego, habrá que definir muy bien lo que es producto farmacéutico o producto sanitario, porque la Ley no lo deja muy claro. Y a mí que me digan que un

ibuprofeno –con perdón– puede seguir al 4 por ciento y que una prótesis de cadera hay que llevarla al 21 por ciento me genera muchas dudas. Que a un catéter balón para dilatarle la coronaria a un señor le peguen un incremento del 11 por ciento me genera muchas dudas. Y creo que esos mensajes son los que habría que transmitir al gran público.

CARLOS SISTERNAS: Sólo un pequeño detalle, Manuel. Estoy absolutamente de acuerdo con todo. Si nos vamos al 2010 ya no es una subida de 11, sino de 14 puntos. En tres años se ha pasado de una situación impositiva del 7 por ciento a otra del 21 por ciento.

ÁLVARO HIDALGO: Desde un punto de vista macro las soluciones que yo veo son complejas. Por un lado, creo que la parte fácil sería que las aseguradoras repercutieran el IVA a sus asegurados, es decir, que subieran las cuotas de las compañías privadas, que luego veríamos qué es lo que pasa por parte de la demanda de esos seguros por parte de la gente porque la gente está muy achuchada y si les subes, probablemente haya una parte de la gente que lo rechace. Como decía tanto Carlos como Manuel, creo que va a ver un intento de negociación de asumir una parte vosotros y una parte la industria. Y lo que veo francamente complejo en este escenario y que sería una de las soluciones que desde mi punto de vista sería correcta, es lo de la desgravación fiscal. No porque no me parezca un elemento adecuado, sino porque en esta situación creo que el Gobierno es muy reactivo a cualquier cosa que le suponga una reducción de ingresos fiscales de forma importante, con lo cual probablemente será posible a nivel de algún gobierno autónomo pero no a nivel del Gobierno central.

CARLOS RUS: Los intentos que estamos haciendo por nuestra parte son a nivel de la cuota autonómica. Entendemos que es más sencillo esas 17 batallas que la general. El Gobierno subió el IVA en septiembre del año pasado. Ahora viene una normativa europea que le obliga a recaudar más. Una subida del IVA para estos mismos productos del 10 al 21 por ciento es una recaudación directa para el Estado y, además, impuesta. Se está trabajando la línea de decirle al Gobierno: en la medida de lo posible, y sabiendo cómo funciona Europa, vamos a hacer una aplicación de esta sentencia posponiéndolo todo lo que se pueda. Es decir, me parece lógico que no lo haga hasta enero del próximo año para que entre en los presupuestos tanto de las comunidades autónomas, del Estado, como también en los presupuestos de las empresas. Y hay que trabajar una segunda línea con el Gobierno: cómo hacemos para paliar esto internamente. El Gobierno se ha visto obligado a gravar algo que él no quería, porque tanto el Gobierno

MANUEL VILCHES MARTÍNEZ



DIRECTOR DE OPERACIONES DEL IDIS Y DIRECTOR GENERAL DE HOSPITALES NISA

“Es un triunfo el que en esto estemos todos unidos. Hay que lograr que las más significativas familias de productos sigan en el tipo reducido”

del PP como el PSOE siempre han estado en contra de esta subida.

MEDICAL ECONOMICS: ¿Hay margen para negociar que el impacto de la subida del IVA sea menor del previsto? ¿Qué acciones a este respecto se están desarrollando?

CARLOS RUS: En la Comunidad de Madrid, la recepción por parte de la Consejería de Sanidad fue muy buena sobre el tema de la desgravación del seguro de salud. Al nivel de la Consejería de Economía, nos han solicitado información. Y en Castilla y León también mantuvimos una reunión, y no hay una mala percepción.

MANUEL VILCHES: Nosotros estamos trabajando en esa línea y ya tenemos una consulta hecha para dos comunidades autónomas al respecto.

MEDICAL ECONOMICS: O sea, que las comunidades autónomas os están pidiendo datos de repercusión.

CARLOS RUS: Sí. Por ejemplo, en Baleares ha habido un cambio del número de asegurados que había en la escala de edad en la que se ha favorecido la desgravación del seguro de salud, y nos piden información al respecto, cuál ha sido el comportamiento y el efecto de esa aplicación.

MANUEL VILCHES: Baleares es un mercado un poco especial, porque tiene una penetración tan alta de sanidad privada que el 51 por ciento de la cirugía en se hace en centros privados.

CARLOS RUS: Lo que no va a hacer la Unión Europea es sancionarte siempre que tú vayas dando los pasos hacia lo que sería la aplicación de la sentencia. Parece lógico que sea en enero de 2014, porque el Gobierno podría sacar ese cambio normativo —cambiar la ley del IVA—, aplicarlo ya y decir que se pone en marcha en enero, y estaría cumpliendo la sentencia. Nosotros estamos diciendo al Gobierno: dénos un período de adaptación y si puede, alérguelo. Y el Gobierno ahí está totalmente de acuerdo y si hace falta y pudiera, recurriría y además a nivel europeo apoyaría otra serie de medidas para un cambio de concepto a nivel europeo que también se está trabajando. Pero al final, lo que hay que pedir al Gobierno son medidas concretas que ayuden.

MEDICAL ECONOMICS: ¿Y qué medidas serían esas?

CARLOS RUS: Una medida sería empezar a tratar con la Administración el concepto de discapacitado, que la Unión Europea no define.



“La sentencia hay que asumirla y punto. Lo que tenemos que hacer es buscar la manera de que las consecuencias se reduzcan al máximo. En esto estamos todos de acuerdo”.

– MANUEL VILCHES MARTÍNEZ

MANUEL VILCHES: El problema que tenemos es que la clasificación de productos sanitarios no es que sea anticuada, creo que no se había modificado desde el 91-92. Estamos hablando de veintitantos años después. Han surgido infinitas familias de productos nuevas, han surgido materiales que no están ni recogidos en el esquema. El hacer tabla rasa nos está llevando a cometer una injusticia de base. Entre esa línea del discapacitado, que yo la veo compleja porque cómo gestionas tú que en cada acto tengas que diferenciar si es o no discapacitado y cómo aplicas dos tipos de IVA diferentes al mismo producto dependiendo de a quién se lo apliques. Yo lo veo complicado por eso.

CARLOS RUS: Pero nos pasa ya con la estética.

MANUEL VILCHES: Pero el volumen de la estética no es el de la cardio, la trauma. La estética se puede gestionar y lo otro podría desbordar. Creo que es mucho más importante trabajar en la línea que planteábamos de definir el producto farmacéutico o entrar en determinadas familia. Yo asumo que todas no van a poder entrar, pero que algunas entren y que esas familias puedan seguir manteniendo un tipo reducido global para todo el mundo, se aplique a quien se aplique, independientemente de la diferenciación del discapacitado, que también considero que es buena y que se debe trabajar. Lo que pretendemos es que consideren que muchos de los productores que se ven afectados tienen exactamente la misma finalidad que el producto farmacéutico y van destinados a lo mismo, que es solucionar un problema de salud. Un ejemplo: Hay dos tipos de stents coronarios: unos normales y otros recubiertos de medicamentos. ¿A los que llevan medicamentos se les aplica el 4 por ciento y a los otros el 21 por ciento o cómo lo vamos a hacer? Nadie sabe responder a esta pregunta. Hagamos números sencillos. En Alemania, un stent no recubierto, un stent de nitinol cuesta 700 euros; un stent recubierto cuesta casi el doble.

Otra medida es ampliar el sistema Muface a más gente. ¿Por qué no se va a poder ampliar un sistema

que demuestra claramente y día tras días que tiene una altísima aceptación por parte de los pacientes, que cubre exactamente igual que en la pública y que genera 300 y pico euros de ahorro directo por mutualista sobre el coste medio de cualquier sistema público de salud?

CARLOS SISTERNAS: Desde FENIN lo que intentamos es salvar lo que más podamos dentro de lo que es la sentencia. Por ejemplo, una gasa o una venda podría ser un producto farmacéutico, tener tipo impositivo reducido y actualmente, sin ser medicamento, beneficiarse de un trato fiscal favorable. Lo que ha dicho muy bien Carlos, la idea de las discapacidades funcionales. Y tenemos que usar un sistema sencillo, lo más sencillo posible porque si no, no va a ser operativo. Y otra rama del trabajo que podríamos hacer es que hemos visto que en muchos países de Europa sí están admitiendo las enfermedades crónicas. Por ejemplo, Italia tiene un tipo impositivo general para todo producto sanitario, sin embargo una tira de autocontrol de la diabetes, que es para tratamiento de una enfermedad crónica ejemplar, tiene un tipo impositivo del 4 por ciento. Intentaríamos decir que también un enfermo crónico, que tiene una discapacidad crónica, tiene derecho a mantener eso.

CARLOS RUS: Hay que aprovechar la receptividad que tiene el Gobierno para estudiar medidas como la ampliación del concepto de discapacitado, y ahí hay que implicar al Ministerio de Sanidad, porque lo que está claro es que Hacienda está viendo, que si se am-

pliara ese concepto a los enfermos crónicos, como han hecho en Italia, el impacto sería brutal, ya que el 70 por ciento del presupuesto del gasto sanitario de cada comunidad autónoma va destinado al tratamiento integral de crónicos.

FRANCISCO VELOSO: Nosotros estamos facturando al 18 por ciento, pero esos tres puntos de subida que tendremos que aplicar es lo que ha motivado que los propios centros privados se planteen si se quedan con las plantillas para ahorrarse el 21 por ciento, ya de partida.

CARLOS RUS: Pero el ahorro es mayor todavía. El primer ahorro que tiene esa subcontratación es que la aplicación del convenio de limpieza suele ser menor que el de sanidad. El segundo, que nosotros hemos conseguido la modificación normativa este año en la Ley de Presupuestos en el sentido de que las agrupaciones de interés económico estén exentas del IVA, que antes no lo estaban. Con lo cual ahora sí se puede conseguir que se haga la subcontratación del servicio de limpieza sin el coste del 21 por ciento. Se tiende a hacer una agrupación de interés económico entre varios centros hospitalarios donde sea una empresa especializada la que gestione esa agrupación y dé el servicio con personal propio.

FRANCISCO VELOSO: Esto supone una gran oportunidad de negocio. Lo que me temo es que las empresas medias, como puede ser la mía, con unos 2.000



En la fila de arriba, Gonzalo San Segundo, Carlos Rus, Manuel Vilches y José M^a Martínez. En la fila de abajo, Alvaro Hidalgo, Carlos Sisternas y Francisco Veloso.

empleados, no serían las más beneficiadas. Serían las grandes constructoras que están metidas en este sector las que se llevarían, por un problema de financiación, la mayor parte del pastel. En la situación actual directamente estamos perdiendo contratos. Y esto vale tanto para el sector privado como público. De hecho, ahora en Madrid, en el próximo concurso que va a salir de limpieza va a haber cuatro grandes lotes de todos los hospitales, donde va uno como referencia, La Paz, Ramón y Cajal, Hospital de La Princesa y todos los ambulatorios o centros de especialidades que correspondan.

MEDICAL ECONOMICS: ¿Cómo está el tema del IVA sanitario en los otros países europeos?

CARLOS SISTERNAS: El problema está en que España hizo una cosa que los otros países han hecho con un poco más de vista. España cogió el producto sanitario y lo adscribió al concepto de producto farmacéutico y dijo que todo producto sanitario era producto farmacéutico. Para todos los productos sanitarios, tipo reducido. ¿Qué ha hecho el resto de Europa? Sin excepción, prácticamente todos los países europeos tienen un tipo impositivo general. ¿Qué dice la Directiva del IVA en su anexo III? Que sólo los productos de uso exclusivo para los minusválidos pueden tener el tipo impositivo reducido. España interpretó de esta manera que la minusvalía existía para todos y que todos los productos sanitarios se aplicaban a minusválidos, con lo cual tipo impositivo reducido para todos, 7 por ciento en aquel tiempo. Y el resto de Europa lo ha hecho de otra manera: han admitido lo que ha dicho la Directiva y han aplicado un tipo general, pero han trabajado muy bien las exclusiones. Por ejemplo, Italia tiene muchas exclusiones pero también las tiene Irlanda (tiene los stents a IVA cero), o Bélgica.

CARLOS RUS: Ahora mismo la línea ideológica en Europa es tipo generalizado y lo que queremos es que tengamos uno generalizado para toda Europa.

MEDICAL ECONOMICS: Otro aspecto son las consecuencias que en el sector privado tendrá la repercusión negativa de esta subida del IVA para las comunidades autónomas.

MANUEL VILCHES: Ya nos han reducido el 30 por ciento en los conciertos, por este motivo y por la crisis en general. Nosotros estamos haciendo de todo, pero lo estamos pasando mal y los números que vienen no nos gustan. Ellos ya tienen un problema de base mucho más grande y han reducido conciertos, pero más conciertos no pueden reducir porque entonces las listas de espera se irían al infinito.

CARLOS RUS: Los planteamientos son claros y los hemos visto en la prensa las últimas semanas. El nuevo consejero en el País Vasco va a apostar por lo público. El consejero de Aragón ya ha dejado muy claro que él irá a lo público y a lo privado en la medida que lo crea necesario. Y así en otras comunidades.

FRANCISCO VELOSO: Por ejemplo, en Castilla-La Mancha hemos tenido una reducción media de diez hospitales y centros de Atención Primaria. Por el artículo 33 nos han reducido una media de un 15 por ciento en la facturación.

ÁLVARO HIDALGO: Estamos en presupuestos del año 2004 y ahora mismo el presupuesto medio que tienen las comunidades autónomas está entre el 2003 y 2004. Estamos en 2013 y diez años después gastamos como en el año 2004, cuando había una presión asistencial distinta, cuando los costes eran distintos. Es imposible que a las comunidades autónomas les salgan las cuentas.

MEDICAL ECONOMICS: ¿Qué esperáis de todo esto al final? ¿Qué esperáis conseguir?

CARLOS SISTERNAS: Lo que se puede pedir ahora a la Administración es implicación y valentía para defender ese tema a fondo, además de dotaciones presupuestarias, tanto para poder pagar los conciertos al precio que realmente tienen como para pagar las prestaciones, cuyo su precio final va a ser más alto. Y por último, el pago de la deuda. Con estas tres cosas, me doy por satisfecho.

MANUEL VILCHES: Ya hemos conseguido al menos la comprensión y la colaboración de las instituciones, que me parece que es un muy buen paso inicial. El que estemos trabajando juntos me parece un triunfo. Todas las agrupaciones del sector estamos en el mismo sitio y la Administración también. Primer punto conseguido. El segundo punto dependerá un poco de que hagamos bien el trabajo que hemos empezado, de que consigamos que la mayoría o, al menos, las más significativas de las familias de productos puedan mantenerse a un tipo reducido, que consigamos ampliar la catalogación de minusvalía o de discapacidad para poder incluir otra serie de familias de productos en ello y que, por otra parte, el Gobierno o las autoridades autonómicas sean receptivos al problema y entiendan que se puedan promover acciones complementarias o compensatorias, por así decirlo, desde deducciones de IVA para los seguros sanitarios a incremento de posibilidad de funcionarios, del sistema mutualista a incluso desgravaciones directas por compra de nueva tecnología. Que seamos capaces de entender la repercusión del problema.

DOSSIER: LA SANIDAD EN ARAGÓN

Medical Economics[®]

EDICIÓN ESPAÑOLA

19 DE ABRIL DE 2013

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es



- La nueva sanidad aragonesa
- Hacia la gerencia única
- Pioneros en telemedicina



33

33 La nueva sanidad aragonesa

35 Énfasis en la biomedicina

36 Hacia la gerencia única

38 “Tenemos una sanidad más sólida”

Ricardo Oliván Bellosta, consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón.

40 Pioneros en Telemedicina

42 La Sanidad Privada



42

43 Sanitas consolida su presencia en Aragón

44 “Queremos aumentar la competitividad”

Javier Ruiz Poza, presidente de Arahealth.

45 “Tendremos una Unidad de Cardiología Integral pionera en Aragón”

Luis Gómez, director gerente de los Hospitales Viamed en Aragón.

EDITORIAL

EDITOR Manuel García Abad

DIRECTORES ASOCIADOS José María Martínez García, Gonzalo San Segundo Prieto

COORDINADORA EDITORIAL Mayte Segura

REDACCIÓN Javier Robledo, Carmen M.ª Tomero
medeconomics@spaeditores.com

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

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Pilar Uviedo
puviedo.spa@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

Estrella Tabárez
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

S.P.A.

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

Balmes, 191, 6.º 1.ª, despacho 3. 08006 Barcelona

Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-6163

D.L.: M-35829-2003

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

CONTROLADO POR



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

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

© Copyright 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.



Plan Estratégico 2012-2015

La nueva sanidad aragonesa

CON EL PLAN ESTRATÉGICO 2012-2015, ARAGÓN QUIERE DAR UN VUELCO A SU SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. OBJETIVOS: QUE LA SANIDAD SEA SOSTENIBLE Y COMPETITIVA Y CONSEGUIR DÉFICIT CERO.

El sistema sanitario aragonés se encuentra en plena y total revisión. El instrumento para darle la vuelta es un ambicioso Plan Estratégico 2012-2015, fechado en enero de este año en cuya redacción han intervenido activamente los profesionales por medio de sus organismos de representación, ya sean colegios, asociaciones científicas o sindicatos. Y ahora, el consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, Ricardo Oliván, cuenta con ellos para su aplicación.

“Consultamos a los profesionales para que nos dijeran dónde y cómo tenemos que actuar de cara a tener un sistema público competitivo”, comenta Tomás Tenza, director gerente del Servicio Aragonés de Salud. Y Miguel Ángel Eguizábal, gerente de los sectores de Huesca y Barbastro, añade: “En la implantación de las medidas hay que contar con su implicación”.

Un plan que viene condicionado por las políticas económicas de equilibrio presupuestario, contención del gasto y eliminación del déficit, y que conlleva una reorganización

administrativa (por ejemplo, tendencia a la gerencia única) y nuevos proyectos legislativos.

El Plan Estratégico, que ocupa 280 páginas, parte de un diagnóstico de la situación en cada una de las áreas o aspectos sanitarios, que lleva a formular propuestas de actuación. En concreto, 403 medidas, de las que destacamos medio centenar:

POBLACIÓN-PACIENTE, ORGANIZACIÓN Y SISTEMA CORPORATIVO

1. Adaptar el sistema al envejecimiento de la población, con respuestas específicas a la pluripatología, cronicidad y elevada dispersión en el ámbito rural.
2. Mejora de la accesibilidad al sistema asistencial y de la información al paciente.
3. Revisión de la dotación y estructura directiva de cada sector y centro, con orientación a la gestión por procesos.
4. Implantar nuevos modelos de gestión.
5. Desarrollo del sistema multihospital: un servicio para varios hospitales.

6. Trabajar transversalmente en direcciones de gestión dentro de cada área de salud.
7. Implantar el contrato de gestión, focalizado al control de la demanda asistencial más que al incremento de la actividad.
8. Identificación de la figura del coordinador de Atención Primaria, asumiendo el rol directivo del equipo.

ATENCIÓN PRIMARIA

9. Actualización de la cartera de servicios.
10. Implantar, mejorar y generalizar el sistema de información, control y evaluación de los resultados en términos de salud, calidad y coste (también en atención hospitalaria).
11. Optimizar la gestión de recursos humanos: distribución, productividad, satisfacción, formación e incentivación de los profesionales (también en atención hospitalaria).
12. Adecuación e infraestructuras y medios técnicos para el diagnóstico y tratamiento, como creación de unidades de hospitalización domiciliaria.
13. Responsabilizar a los profesionales del uso adecuado de los recursos (también en atención hospitalaria).
14. Implantar guías de buenas prácticas en la relación médico-paciente (también en atención hospitalaria).
15. Potenciación de la telemedicina (también en atención hospitalaria): diagnóstico a distancia, teledermatología, telemedicina interna, programa de detección precoz de la EPOC adaptado al medio rural.
16. Coordinación entre los equipos de AP y los profesionales de salud pública, con incorporación operativo de éstos.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

17. Construcción de los nuevos hospitales de Alcañiz y Teruel.
18. Definición de la cartera básica en todos los hospitales de Aragón.
19. Creación y desarrollo de unidades de excelencia, y unidades de gestión clínica multi-especialidad.
20. Aumentar al máximo la actividad ordinaria en horario de tarde.
21. Incremento de la actividad por cirugía mayor ambulatoria y mejora de gestión de la actividad quirúrgica.
22. Política clara de concierto externo con centros privados.
23. Aumento de consultas de alta resolución.
24. Mejorar la información al paciente y familiares referente al proceso asistencial.
25. Iniciar la implantación de la hospitalización a domicilio como alternativa a la tradicional.

ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

26. Reconocer el papel fundamental del equipo de AP en el seguimiento habitual de los pacientes crónicos.
27. Potenciar el papel de la enfermería en la gestión proactiva de los crónicos.
28. Mejorar el abordaje con visión integral de la situación patológica del paciente, estableciendo protocolos específicos.

29. Facilitar la transición desde el ámbito sanitario social para aquellos pacientes que lo precisen.
30. Reconocimiento de la figura del cuidador del paciente dependiente y acreditación mediante una tarjeta identificativa.

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

31. Fomento de la prescripción por principio activo.
32. Receta electrónica integrada en la historia clínica como instrumento de mejora de calidad y ayuda a la prescripción.
33. Impulso a las compras centralizadas de medicamentos de adquisición directa.

EXCELENCIA, SEGURIDAD Y CALIDAD

34. Establecimiento de un sistema de objetivos, evaluación y *benchmarking*.
35. Promover proyectos relacionados con la seguridad del paciente.
36. Impulsar la utilización de la gestión por procesos.
37. Impulsar el papel de las comisiones clínicas como órganos de apoyo a las direcciones y a los profesionales.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

38. Implantar la historia clínica electrónica unificada en todo el ámbito de la Atención Primaria (en los centros de salud ya está operativa) y en los hospitales.
39. Extensión de la receta electrónica a todos los centros de salud.
40. Estandarización de laboratorios mediante el desarrollo de un laboratorio virtual centralizado con integración de solicitudes e informes.
41. Identificación única de pacientes de forma integrada en todos los sistemas de información.

LOS PROFESIONALES

42. Verificación de los conceptos retributivos variables en referencia a la actividad realizada.
43. Establecer un modelo de gestión por competencias.
44. Promover el respeto en el ejercicio de su actividad asistencial mediante el reconocimiento legal como autoridad pública.
45. Formación de profesionales con responsabilidad en gestión clínica.
46. Creación del registro de personal del Servicio Aragonés de Salud.

SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA

47. Adecuar la cartera de servicios a las disponibilidades de financiación.
48. Involucrar a los profesionales para detectar bolsas de ineficiencia y áreas de mejora que incrementen la eficiencia.
49. Corresponsabilidad del profesional en el sostenimiento del sistema de salud.
50. Revisión integral y regulación de la concertación,



La investigación

Énfasis en la biomedicina

EL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA (EN CONSTRUCCIÓN) ASPIRA A SER UN INSTITUTO ACREDITADO.

Las competencias en investigación del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia están delegadas específicamente en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), que ejerce una importante acción coordinadora con la universidad y con la investigación privada. De esta forma, el mapa de investigación biomédica de Aragón recoge 81 investigadores principales (y otros tantos grupos de investigación), repartidos entre los hospitales, otros centros del Servicio Aragonés de Salud y la universidad.

La producción científica de esos centros de investigación se centra, sobre todo, en estas cuatro áreas, por orden de importancia: oncología, digestivo, genética e ingeniería biomédica. Los centros que acaparan el mayor impacto son los hospitales Miguel Servet, Clínico Lozano Blesa y la Universidad de Zaragoza.

El I+CS participa en el Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IISA). Entre sus funciones, se encuentran la valoración de proyectos y la asesoría en la calidad de las líneas de investigación. Además de esos recursos de I+D, se halla el Biobanco de Aragón, gestionado por el I+CS, a lo que se suma, entre otros proyectos, los programas de investigación en las áreas de cardiovascular (PRICA), Atención Primaria (PAIAP) y medicina regenerativa (PAMER).

La investigación en Atención Primaria se desarrolla, fundamentalmente, en tres centros de salud en Zaragoza: Actur Sur (bioética y tabaquismo), Arrabal (uno de los más importantes de España) y Torrero-La Paz (investigación pediátrica en varios campos, como uso racional de medicamentos, actividades de prevención y promoción, o nutrición y lactancia materna).

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Es el centro público gestor del conocimiento

en biomedicina y salud, incluidos los profesionales de los hospitales y centros de Atención Primaria. Según sus responsables, “es una organización descentralizada y abierta, orientada a resultados, flexible, eficiente y sostenible”. Sus líneas de actuación se centran en los siguientes campos: ciencias básicas en biomedicina, clínica, salud pública y servicios sanitarios. Es el corazón de la organización investigadora de la sanidad en Aragón. El director gerente es Luis Rosel Ondé.

Instituto de Investigación Sanitaria (IIS Aragón). En su actividad intervienen los hospitales Miguel Servet y Clínico Lozano Blesa, junto con la Universidad de Zaragoza. Su actividad se centra en la biomedicina y salud. Su director científico es Ángel Lanás Arbelloa.

Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA). En construcción, con 7.000 metros cuadrados y un presupuesto de 14,5 millones de euros. Se espera terminarlo a lo largo de este año y se configura como el lugar de referencia de Aragón para los grupos de investigación biomédica. Contará inicialmente con 74 grupos de investigadores y 200 personas en las tareas administrativas. Su director científico es Ángel Lanás Arbelloa.

Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria. Personificado en el Centro de Salud Arrabal, el equipo está dirigido por Rosa Magallón Botaya. Sus líneas de trabajo son: investigación en servicios sanitarios y resultados de salud, enfermería, cáncer, enfermedades cardiovasculares, estilos de vida, salud mental, investigación comunitaria, salud y género, bioética, pediatría e investigación clínica.

Servicio Aragonés de Salud

Hacia la gerencia única

DE OCHO ÁREAS DE SALUD SE HA PASADO A CUATRO GERENCIAS. LA TENDENCIA DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD ES IR HACIA LA GERENCIA ÚNICA.

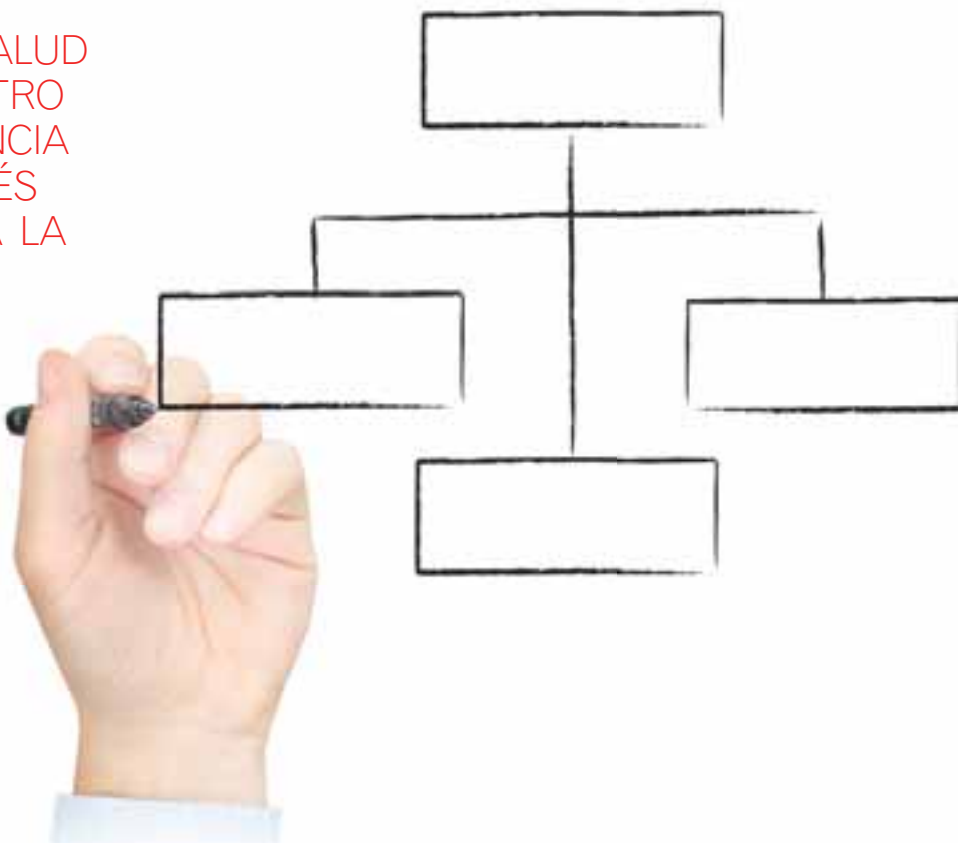
La sanidad pública aragonesa se encuentra sometida a reformas de gran calado. Como el país, sus responsables aspiran a transformarla en todos sus ámbitos, comenzando por la organización territorial. Las ocho áreas de salud se han reestructurado en cuatro gerencias, y la tendencia del Servicio Aragonés de Salud es ir hacia la gerencia única. Un camino iniciado hace más de un año y con vigencia al menos hasta el final de la presente legislatura, justo en el ámbito del Plan Estratégico 2012-2015, del que se informa ampliamente en las siguientes páginas. Mientras tanto, la realidad dibuja un panorama muy diferente al que se quiere instaurar (ver recuadro *Diagnóstico de la situación*).

1. Sector Zaragoza I y II. Comprende los hospitales Universitarios Miguel Servet, Royo Villanova (hospitales de referencia), y Nuestra Señora de Gracia, además de tres centros médicos de especialidades: Grande Covián, San José, Ramón y Cajal, y 32 centros de salud. Su gerente es Mario González González.

2. Sector Zaragoza III. Incluye, como hospital de referencia, el Clínico Universitario Lozano Blesa y el sector de Calatayud, con el Hospital Ernest Lluch. Abarca 22 centros de Atención Primaria y el centro médico de especialidades Inocencio Jiménez. El gerente es José Antonio Gil Lahorra.

3. Sector de Huesca y Barbastro. Nucleado por los hospitales General San Jorge y General de Barbastro, respectivamente, cuenta con 30 centros de salud y el centro médico de especialidades Monzón. El gerente es Miguel Ángel Eguizábal Eguizábal.

4. Sector de Teruel y Alcañiz. Hospitales Obispo Polanco y de Alcañiz, respectivamente, y 28 centros de



LAS CIFRAS DE LA SALUD

■ **Población:** Población: 1.347.100 habitantes., de los que el 31 por ciento tiene más de 55 años.

■ **Centros de salud:** 119.

■ **Consultorios:** 873.

■ **Consultorios:** Nueve, con 3.128 camas y 76 quirófanos, cinco centros de especialidades, dos hospitales socio-sanitarios y cuatro centros de salud. En fase de construcción hay dos hospitales: Alcañiz y Teruel.

■ **Plantilla total:** 18.682 trabajadores, de los que en Atención Primaria hay 1.664 licenciados sanitarios y 28 directivos; y 2.168 licenciados y 68 directivos en atención especializada. A los que hay que sumar 473 sanitarios licenciados en puestos de gestión (jefaturas).

■ **Carrera profesional:** Se aplica al 75 por ciento de la plantilla.

■ **Presupuesto 2013:** 1.490 millones de euros, un 13,5 por ciento menos que en 2012.

■ **Deuda sanitaria:** 192 millones de euros.

Atención Primaria. Su gerente es José Manuel Muñoz Calvo.

La Atención Primaria (AP) se organiza en 125 zonas básicas de salud, que cuentan, en conjunto, con más de un centenar de centros de AP y cerca de 880 consultorios. En los equipos de AP trabajan mil médicos de familia con tarjetas sanitarias individuales (TSI), 169 pediatras y 920 enfermeras, 65 matronas y 28 odontólogos. La AP se encarga, en primera instancia, de la atención al paciente crónico, con la colaboración de los equipos de soporte y atención domiciliaria.

La red hospitalaria pública se compone de tres hospitales universitarios, seis hospitales generales, cinco centros de especialidades, dos hospitales socio-sanitarios y cuatro centros de salud mental. En total, 3.128 camas hospitalarias funcionando y 132 de UCI, 76 quirófanos, 16 paritorios y 608 salas de consultas.

Hospital Miguel Servet. Hospital de referencia del sector Zaragoza II, se inauguró en 1955 con medio millar de camas, que en 1971 prácticamente se triplicaron. En 1999 adquirió el grado de universitario. En la actualidad, los diversos edificios que componen el complejo (Hospital General, Hospital de Traumatología, Rehabilitación y Grandes Quemados y el Materno Infantil), además del edificio docente, están comunicados por una red de túneles de 1.100 metros.

En el hospital, que cuenta con 1.311 camas, y su área sanitaria, se realizan, básicamente, tres tipos de investigación: traslacional, realización de ensayos clínicos e investigación epidemiológica o clínica para conocer al máximo detalle los resultados de las herramientas diagnósticas y terapéuticas que utilizan en la práctica diaria. Todo ello, en coordinación estrecha con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Clínico Lozano Blesa. Comenzó su actividad en 1974. Dispone de más de 800 camas instaladas, 18 quirófanos y 120 consultas externas. En biomedicina cuenta con 17 grupos de investigación y unos 80 investigadores.

Hospital Royo Villanova. Dispone de un total de 260 camas, Unidad de Urgencias con 18 camas y 10 más en la UCI. En él trabajan unos 200 facultativos. Acreditado en 2008 para la docencia MIR en las especialidades de Medicina Interna, Urología y Psicología Clínica.

Hospital de Barbastro. Con 28 años de existencia, abrió sus puertas con 19 médicos y hoy dispone de unos

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

El Plan Estratégico 2012-2015, elaborado por el Servicio Aragonés de Salud con la participación de todas las organizaciones sanitarias, parte, en su análisis, de un "Diagnóstico de situación" antes de abordar las propuestas de actuación. He aquí una relación de algunos de los aspectos a mejorar y/o corregir.

- Solapamiento de la atención continuada y urgente con hasta cuatro estructuras haciendo lo mismo.
- El número de profesionales de AP está por encima de la media española, y el número de TIS (tarjeta individual sanitaria) por profesional, muy por debajo de la media.
- Poca coordinación con salud pública.
- La frecuentación al médico es ligeramente más alta que la media española, con seis visitas por habitante y año (Teruel supera las ocho visitas).
- Cierta obsolescencia tecnológica en los hospitales y escaso desarrollo de la tecnología de alta resolución.
- Importante bolsa de contratación eventual en la plantilla.
- Saturación de especialistas en grandes hospitales y carencia en los periféricos.
- Pocos directivos gestores, mal considerados y escasamente retribuidos.
- El coordinador de AP carece de funciones directivas.
- Dos tercios de los profesionales manifiestan recibir escasa o nula información de los resultados de su trabajo y carecer de participación en las decisiones relativas a su centro, y la mitad conocen poco o nada acerca de los objetivos del contrato de gestión y confiesan que no cuentan con el apoyo de sus jefes ni sienten reconocido su esfuerzo.

150 especialistas facultativos. Es centro de referencia de la telemedicina en Europa, liderando proyectos de innovación tecnológica junto a socios de una docena de países europeos. Cuenta con 160 camas.

Hospital de Teruel. Se iniciarán este año las obras para construir uno nuevo. Mientras tanto, el existente, Hospital Obispo Polanco, inaugurado en 1953, realiza actividades de docencia de pregrado de enfermería y medicina y de postgrado de formación de especialistas MIR en Medicina de Familia, Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Psiquiatría y Radiodiagnóstico. En el ámbito de la investigación en Ciencias de la Salud cuenta con la Asociación Laín Entralgo. Dispone de 215 camas de hospitalización, seis de UCI y siete de observación en Urgencias, cinco quirófanos, 34 consultas externas y media docena de unidades especializadas.

A pesar de que el diagnóstico de situación del sistema sanitario público de Aragón, ofrece algunas carencias y desajustes, en los últimos años se ha fomentado la excelencia, con avances significativos desde hace un par de años. En 2011, por ejemplo, el Servicio Aragonés de Salud seleccionó el doble de proyectos en el programa de apoyo a iniciativas de mejora de calidad que el año anterior, muchos de ellos con incidencia directa en la seguridad del paciente.

Ricardo Oliván Bellosta. Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón

“Tenemos una sanidad más sólida”

EL CONSEJERO DE SANIDAD DEL GOBIERNO DE ARAGÓN ESTÁ CONVENCIDO DE QUE LOS PROFESIONALES SANITARIOS TIENEN QUE TENER MÁS AUTONOMÍA DE GESTIÓN, LO QUE LLEVA A “PREMIAR A LOS MEJORES”. MIENTRAS TANTO, CONSIDERA QUE LA SANIDAD ARAGONESA ES “MÁS SÓLIDA QUE HACE AÑO Y MEDIO”.



[Por **GONZALO SAN SEGUNDO**]

PREGUNTA: En julio cumplirá dos años al frente de la Consejería. ¿Qué destacaría de la labor realizada hasta la fecha?

RESPUESTA: Hemos conseguido que la sanidad aragonesa sea más sólida que hace año y medio. Y con esto no quiero decir que la percepción que tengan los ciudadanos sea que no hay problemas, que sí que los hay y los seguiremos habiendo. Hemos puesto las bases, desde el punto de vista de la gestión, para que el sistema sanitario aragonés sea sostenible en el futuro. Ese es nuestro objetivo. Hemos hecho un importante esfuerzo en 2012 para eliminar márgenes de gasto que no afectan a la prestación del servicio, y por este camino vamos a seguir también en 2013. El presupuesto manda y hay que hacer mejor las cosas.

P: ¿Qué quiere decir con una sanidad más sólida?

R: Más sólida desde el punto de vista de la estructura y del gasto. No todos los componentes del gasto son imprescindibles para prestar un buen servicio. Hay muchas cuestiones donde es factible ahorrar, gestionar mejor y optimizar recursos sin que se resienta la prestación del servicio que se presta al paciente. Sólo tenemos una asignatura pendiente, que es la lista de espera, lo que me preocupa mucho. Pero que no tiene que ver con la gestión, sino con los recursos económicos. La lista de espera se soluciona con el autoconcierto y la concertación con las clínicas privadas, y para eso hacen falta recursos económicos, y con aumentar la actividad quirúrgica, en lo que estamos trabajando, y ya hemos logrado disminuirla en un 15 por ciento.

P: Ese “hay que hacer mejor las cosas” es lo que pretende, supongo, el Plan Estratégico 2012-2015. ¿Significa un antes y un después en la sanidad aragonesa? ¿Por qué?

R: El Plan tiene varios puntos importantes. Uno es aprovechar al máximo los recursos que tenemos, como aumentar la capacidad quirúrgica. Otro es intentar premiar a los mejores y, como no tenemos muchos recursos para ello, estamos buscando fórmulas de incentívación. Y otra cuestión fundamental es que tenemos que ir mejorando día a día, cada uno en su trabajo, y hacer cosas nuevas. Tenemos que sumar para mejorar, generar sinergias, ahorrar en definitiva. Hay ámbitos evidentes donde la suma permite ahorrar, como es el tema de la concentración de laboratorios, en el que estamos trabajando, así como en la unión de servicios referentes para que de ahí salgan plataformas superespecializadas de atención al paciente para cuestiones concretas.

P: ¿Qué papel reserva dicho plan a los profesionales?

R: El plan es consecuencia de un diagnóstico en el que han participado los profesionales, colegios, sindicatos, asociaciones... Y en el día a día, por supuesto que se cuenta con los profesionales. Pero no olvidemos una cuestión: cada uno tenemos competencias y unos papeles. En estos momentos la gestión de la sanidad compete a los que la estamos gestionando. Creo que el personal tiene que y debe opinar en el cómo, pero en el qué hacer, en las líneas que hay que marcar

las decisiones corresponden a los que tienen la información detallada y la capacidad para definir las estrategias y las hayan definido. Las decisiones se toman en base a datos, en defensa de intereses generales.

P: ¿Contempla la Consejería dar más autonomía de gestión a los profesionales?

R: Más que una demanda de los profesionales, es que estamos convencidos de que tiene que ser así. Cada uno de nosotros en nuestro ámbito tenemos que tener capacidad suficiente de actuación para hacer mejor lo que estamos haciendo. Y si, además, queremos premiar a los mejores, tenemos que tener un referente en base a objetivos que nos permita medir la eficiencia y la eficacia. Y este es un tema en el que tenemos que avanzar. Cada jefe de servicio va a ser responsable, si ya no lo era antes, de la gestión de un equipo, que incorpore a sus decisiones criterios de gestión en términos de eficiencia, no solo clínicos.

P: Todo esto, entiendo, implicará un nuevo diseño de retribución a los profesionales.

R: Estoy convencido de que la solución a muchos de los problemas de la sanidad es la retribución variable. Y de hecho es la llave maestra que va a permitir que la sanidad aragonesa y española sea sostenible en el futuro. El problema es cómo lo hacemos. Incentivará el cumplimiento de objetivos, no sólo asistenciales sino también de gestión. Y en esto se está trabajando en el Ministerio, pero a mí es un tema que me preocupa muchísimo y que desearía que saliera cuanto antes. En estos momentos, la retribución variable es de un 3 por ciento, más o menos, y se pretende ir a un 30 por ciento.

P: ¿El nuevo hospital de Alcañiz y la centralización de los laboratorios de análisis, son ejemplos de esa política?

R: El caso de Alcañiz es muy sencillo: tenemos que hacer un hospital y no tenemos dinero, por eso vamos a recurrir a la colaboración público-privada sin que la gestión asistencial deje de tener su carácter público, y externalizar los servicios no sanitarios. Y en el tema de los laboratorios pretendemos centralizar sólo la analítica no urgente. Los hospitales seguirán teniendo sus propios laboratorios. Los pacientes no se tienen que trasladar, se trasladan las muestras.

P: ¿Qué alcance están teniendo en Aragón los recortes sanitarios?

R: El único efecto sensible es la lista de espera. El resto de las medidas son de eficiencia, siempre manteniendo la calidad de la asistencia. Por ejemplo, de los 25 centros de salud que había abiertos por la tarde en Zaragoza hoy hay cuatro, absorbiendo la demanda que había y sin colapsar las urgencias. En general, en 2012 hemos ahorrado 170 millones de euros, incluido el no cobro de la paga extra y las medidas contempladas en la reforma sanitaria del Gobierno central.

P: Usted ha tendido la mano a los sindicatos para que colaboren en el diseño de la nueva estrategia de ahorro de cara a 2013. ¿Qué respuesta ha encontrado? ¿Cuánto tiene que ahorrar y qué partidas se verán afectadas?

R: Tenemos para este año un presupuesto muy complicado. En personal tenemos que ahorrar 68 millones de euros, cien millones en gastos corrientes y 40 millones en recetas. En total, 208 millones. Sin embargo, hemos aumentado el capítulo de las inversiones en un 60 por ciento sin contar el hospital de Alcañiz. Respecto a los sindicatos, estoy contento, en principio, con la respuesta que hemos obtenido. Dentro del margen que tenemos están dispuestos a colaborar.

P: ¿Cuál es el impacto en Aragón de las medidas de la reforma sanitaria auspiciada por el Gobierno central?

R: En farmacia, por ejemplo, todo el mundo ha entendido que había que hacer un esfuerzo, pues había un consumo excesivo, lo que se ha traducido en un ahorro de 39 millones de euros en 2012. Y en el tema de los inmigrantes irregulares pagan los que pueden. Es decir, la atención no es gratuita, lo que no quiere decir que se pague.

P: La ministra de Sanidad ha abierto el debate sobre el papel de los profesionales sanitarios en la sostenibilidad del SNS y el desarrollo de su carrera profesional desde un punto de vista unitario para todo el territorio nacional. ¿Implica esto ceder competencias autonómicas?

R: Habría que analizarlo con detenimiento, pero yo lo dudo. Las medidas que afecten a los profesionales deben articularse desde el Consejo Interterritorial para el conjunto del Estado, como el tema de la movilidad laboral o el establecimiento de la retribución variable; también las compras de productos farmacéuticos o la fijación de criterios de eficiencia para una prestación sanitaria. Serían criterios de referencia, pautas o consejos, no órdenes.

P: ¿Qué competencias sanitarias deberían ceder las comunidades autónomas al Gobierno central?

R: No se trata de ceder, sino de compartir decisiones. Es en lo que está trabajando el Ministerio. La sanidad española ha mejorado mucho como consecuencia de la gestión de las comunidades autónomas. El Ministerio tiene que hacer una labor esencialmente de armonización, ordenamiento y cohesión.

P: ¿Qué frutos espera cosechar en la sanidad pública aragonesa en 2013?

R: En la senda que hemos emprendido el año pasado hay que hacer un esfuerzo especial por mejorar la gestión, creo que la gente ha entendido bien cuando hablamos de los efectos disuasorios de los medicamentos y trabajar poquito a poco. La gente está concienciada y esa concienciación nos ayudará a conseguir los resultados. Y lo que más preocupa, las listas de espera, esperamos reducirlas. Pero va a ser un año complicado.



Pioneros en telemedicina

EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO (HUESCA) SE ENCUENTRA, DESDE 2006, LA ESCUELA QUIZÁ MÁS IMPORTANTE DE EUROPA PARA EL DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE LA TELEMEDICINA.

Aragón es una de las comunidades autónomas españolas con más amplio desarrollo de las TIC, si se suma la implantación de la historia clínica electrónica única, la receta electrónica y la telemedicina. En este último aspecto, el Hospital de Barbastro (Huesca) es puntero en Europa. Las TIC aplicadas al usuario se completan con otras herramientas informáticas, como Saludinforma (servicio de información y atención al ciudadano a través del teléfono o de la *web*), teleasistencia y libre elección de especialista desde el médico de Atención Primaria.

En otros ámbitos, los proyectos de *software* más relevantes son: base de datos de usuarios, PCH-Urgencias, Gacela (para cuidados de enfermería en hospital), SERPA y SIRHGA (contabilidad, presupuestos, y recursos humanos), RIS-PACS (imagen médica digital), farmacia hospitalaria, anatomía patológica, sistema de control de UCIs, cribado neonatal y control domiciliario de TAO.

Mención especial merece el desarrollo de la telemedicina, cuyo centro operacional más importante es el Hospital de Barbastro, pionero en la implantación de la telemedicina

en España desde 2006 y cuyos resultados se han extendido a otros hospitales aragoneses. El hospital es un referente nacional e internacional en la aplicación de la telemedicina, cuenta con la radiología totalmente digitalizada y ha desarrollado diversos proyectos de telemedicina. Los últimos son: la teleretinografía, teleictus y la teledermatología.

Uno de los programas, el RAR, desarrollado por el Hospital de Barbastro conjuntamente con la empresa TB Solutions, y dirigido por Juan Coll, coordinador del Programa de Telemedicina del mencionado hospital, fue el ganador del premio Aportación Tecnológica el año pasado. RAR consiste en ofrecer una solución de colaboración entre profesionales de diferentes hospitales y de Atención Primaria para resolver consultas y pruebas sin el desplazamiento del paciente en el medio rural.

Por su parte, la Sociedad Española de Informática de la Salud galardonó recientemente al centro hospitalario oscense con el Premio Nacional 2011 por sus avances en telemedicina, con la siguiente referencia: "Su unidad de informática e innovación médica ha materializado un modelo

organizativo adaptado a la sociedad del conocimiento, consiguiendo abundantes e importantes resultados apoyándose en la autofinanciación y la internacionalización”.

Indra Sistemas. Diseñó la aplicación de la receta electrónica con un contrato adjudicado en el verano de 2010 por 1,1 millones de euros. Con su implantación, se espera beneficiar especialmente a los enfermos crónicos, ya que su médico podrá recetarles en un único acto los medicamentos que precisen para un periodo de hasta un año, sin necesidad de tener que pasar por la consulta únicamente para recoger las recetas, reduciéndose de este modo el tiempo médico dedicado a cuestiones meramente administrativas. La historia farmacoterapéutica del paciente comenzó en fase experimental en Cariñena a principios de este año, extendiéndose luego a otras poblaciones. Se espera que en verano de 2013 esté implantada en todo Aragón.

Además, la empresa ha desarrollado las siguientes aplicaciones:

Salud Informa, accesible a través de la *web*, el teléfono y SMS. Se trata de un sistema único de gestión de la demanda que garantiza un alto nivel de calidad de atención al usuario.

Portal de Salud, cuya llave de acceso es la tarjeta sanitaria o firma electrónica y cifrado de datos.

Red de alertas, cuya finalidad es dar una respuesta ágil y coordinada a las alertas sanitarias, como aparición súbita de riesgos, brotes epidémicos o enfermedades de declaración obligatoria.

Gestión de usuarios y perfiles, módulo que gestiona los operadores de las distintas aplicaciones que forman el sistema sanitario.

Sistema de información asistencial (SIA), que controla la información clínica operativa-económica por paciente, proceso, servicio y área de negocio.

Sistema de información sanitaria, con las listas de espera.

Everis. Su filial zaragozana Net 2 You y Systems ITC Ibérica, se adjudicaron en UTE en 2010 el desarrollo de la Historia clínica electrónica única por un millón de euros. Alcanza a todos los centros de salud que, en su mayoría, se conectan con el hospital y pueden acceder a información relativa a los resultados de laboratorio, radiología, retinografía y otros informes. La implantación en los hospitales se encuentra en fase incipiente.

Aragonesa de Servicios Telemáticos (AST). Es, como socio tecnológico del Gobierno de Aragón, la nueva proveedora de los servicios TIC del Departamento de Salud. Su misión es integrar a todas las administraciones aragonesas en aspectos como atención al usuario, consultoría, gestión de proyectos TIC y telecomunicaciones. Se trata de una entidad de derecho público adscrita al Departamento de Ciencia, Tecnología y Universidad. Su director gerente es José Miguel Galán Bueno.

LA CONTRIBUCIÓN DEL I3A

El Instituto de Investigación en Ingeniería de Aragón (I3A), dependiente de la Universidad de Zaragoza, contribuye de una forma decisiva al desarrollo de la e-Salud y la telemedicina en Aragón. Son campos de investigación que constituyen una de sus líneas estratégicas desde hace una década.

Lidera innovadores proyectos nacionales e internacionales, entre los que destacan logros relevantes en el diseño de sistemas de apoyo remoto al diagnóstico en ámbitos variados como la telecardiología, teledermatología y teleelectroencefalografía, así como en la gestión interoperable de la historia clínica electrónica.

El proyecto más reciente del grupo de I+D+i en telemedicina y e-Salud se denomina **upHealth.ES** y es pionero en telemonitorización de pacientes crónicos mediante una solución interoperable de e-Salud basada en estándares. Esto significa que un paciente podría tomarse sus señales vitales básicas (tensión, pulso, peso o temperatura) desde su propio domicilio, enviarlas automáticamente y con seguridad a su médico e integrarlas en su historia clínica electrónica, evitando desplazamientos innecesarios.

La gran ventaja del uso de estándares extremo a extremo es que la solución diseñada no depende de un único fabricante y permite conectar todo tipo de dispositivos médicos de diversas marcas y con diferentes tecnologías.

Esta solución se puede instalar en ordenadores de mesa, portátiles, teléfonos móviles y en las últimas novedades del mercado, ya que está diseñada para Windows, Windows Mobile, Linux y terminales Android de última generación. Además, es 100 por ciento compatible con la certificación Continua Health Alliance para dispositivos médicos que cumplan los estándares de interoperabilidad. **uphealth.es** incluye los tres primeros dispositivos certificados con tecnología Bluetooth: tensiómetro, báscula y pulsioxímetro de muñeca.

TB-Solutions. Tiene en vías de desarrollo un proyecto centrado en ofrecer servicios de telemedicina y teleasistencia a personas de la tercera edad que residen en pueblos de Aragón. Esta iniciativa se basa en el uso de las nuevas tecnologías que faciliten a los ancianos el acceso a los servicios sanitarios a través de medios como Internet, televisión digital terrestre o simplemente el teléfono. Así, sin desplazarse de su domicilio podrán acceder a consultas, telemonitorización, hospitalización a domicilio, rehabilitación o continuidad de cuidados en salud mental. Cuenta con financiación del Gobierno de Aragón y Expides, entidad dependiente de Ministerio de Sanidad.

En la actualidad, este servicio ofrece servicios de telemedicina como la teleconsulta, con telelaboratorio y teleradiología, y un despliegue de servicios básicos y de telemotorización a domicilio. Está previsto desarrollar redes sociales para integrar a profesionales y crear servicios especializados virtuales. La plataforma a través de la que se desarrolla el proyecto de telemedicina se denomina Cloud Computing. El fundador y director general de la empresa es Santiago Baselga Valenzuela.

Sector privado

El 28% de los aragoneses tiene un seguro privado

UNA DE CADA CINCO CAMAS HOSPITALARIAS EN ARAGÓN ES PRIVADA, LA MAYORÍA EN ZARAGOZA.

El sector sanitario privado en Aragón cuenta con una penetración del 28 por ciento del seguro médico y con nueve hospitales (el 31 por ciento del total) y 1.036 camas (cerca del 20 por ciento del total), con datos de 2010. La mayoría de los centros sanitarios están concentrados en Zaragoza, ciudad en la que destacan:

Hospital Quirón. Primera clínica que fundó Publio Cordón, lleva más de medio siglo ofreciendo sus servicios. En septiembre de 2009 inauguró su nuevo bloque quirúrgico, en cuya construcción y equipamiento médico se invirtieron 7,5 millones de euros. Está compuesto por nueve quirófanos de alta tecnología (un quirófano inteligente), un área de obstetricia, otra de esterilización y una Unidad de Reanimación Post-Anestésica. Además, dispone, entre otras instalaciones, de 104 camas de hospitalización, ocho de UCI, seis boxes de urgencias y 20 consultas. La directora gerente es Cristina Guarga Casero.

Clínica Médico Quirúrgica Montpellier. Propiedad de Asisa desde 1992, fue inaugurada en 1970. Desde mayo de 2007 es centro asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, por lo que dispone de una unidad docente coordinada por José Bueno Gómez, catedrático de Patología y Clínicas Médicas. Tiene un centenar de camas. El director médico es Alfredo Pérez Lambán.

Hospital Viamed Montecanal. Perteneció al Grupo Viamed y cuenta con 60 camas en habitaciones individuales, un paritorio, cuatro quirófanos, UVI y sala de radiología intervencionista. Se trata de un hospital de carácter abierto. Según la dirección, "todos los profesionales sanitarios que deseen utilizar sus instalaciones se encuentran con las puertas abiertas". El gerente es Luis Miguel Gómez San Martín.

Clínica Nuestra Señora del Pilar. Fundada en 1940, es la clínica más veterana de Zaragoza. Dispone de 30 habitaciones individuales con baño y cama para acompañante. Cuenta con cuatro quirófanos y paritorio. En 2004 entró a formar parte de un grupo hospitalario, cuyo buque insignia es la Clínica Asturias, en Oviedo, compuesto, además, por una clínica en Guadalajara, una policlínica en la capital aragonesa y tres laboratorios de análisis clínicos Biolaber. Ignacio Sagardoy Valera es el gerente.

ASEGURADORAS

Mutua de Accidentes de Zaragoza (MAZ). Cuenta con los siguientes centros sanitarios: Hospital MAZ de Zaragoza, Clínica MAZ Barcelona-Sant Honorat y Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante en Paterna. El presidente de la entidad es José Carlos Lacasa Echeverría.

Asisa. De entre las compañías aseguradoras médicas de ámbito nacional es la que más asegurados aragoneses tiene: unos 30.000. La mayoría posee el seguro único, que es el que cubre todo lo que atiende normalmente la sanidad pública. La Clínica Médico Quirúrgica Montpellier es suya.

Sanitas. Opera en Aragón desde hace 30 años. Es la única compañía aseguradora en tierras aragonesas que hace realmente sanidad privada, porque no trabaja con el Estado. Todo lo que tiene son pólizas contratadas con particulares, que vienen a ser unos 10.000 aragoneses. La mayoría de ellos, acogidos al seguro Sanitas Multimedia, que ofrece la misma cobertura médica que la sanidad pública.

DKV. Con sede central en Zaragoza, su presencia en la capital aragonesa se remonta a 1932, cuando se fundó el igualatorio médico-quirúrgico y de especialidades, formado por un reducido grupo de médicos. En la década de los 70, la compañía participó en la constitución de la Nueva Clínica Quirón. En 1990 se constituyó Previa Vida para proporcionar cobertura sanitaria a los clientes, y ya en diciembre del 2000 desapareció la marca comercial Previa para pasar a denominarse oficialmente DKV Seguros.

Sanitas consolida su presencia en Aragón

LA COMPAÑÍA CONTINÚA CRECIENDO EN LA COMUNIDAD GRACIAS AL REFUERZO DE SERVICIOS ADAPTADOS A LAS NECESIDADES DE SUS CLIENTES

Sanitas se ha posicionado como una de las principales compañías de asistencia sanitaria de Aragón y año a año continua creciendo y consolidando su presencia en la Comunidad. Así, el número de clientes de Sanitas en Aragón ha crecido un 10 por ciento en el último año, por lo que para ofrecerles el mejor servicio la compañía ha reforzado su cuadro médico en la comunidad aragonesa, un 6 por ciento.

Por provincias, Teruel es la que más ha aumentado el número de profesionales médicos con un 9 por ciento, mientras que Zaragoza y Huesca han aumentado un 8 por ciento y un 3 por ciento, respectivamente. En total, casi 1.300 especialistas forman parte del cuadro médico de la compañía en Aragón, garantizando a sus clientes la atención médica más completa.

Del mismo modo, Sanitas se adapta a las necesidades económicas y asistenciales de los clientes aragoneses, ofreciéndoles productos modulares y personalizados. A partir de un seguro básico, muy completo, la compañía ofrece a sus clientes una amplia gama de complementos que se ajustan a sus necesidades, entre los que destaca el complemento de farmacia, óptica o el complemento de reembolso del 50 por ciento en servicios de medicina alternativa: homeopatía o acupuntura.

En un mercado cada vez más competitivo, la innovación y la calidad son dos de los pilares en los que Sanitas se ha basado durante este tiempo para mantener su nivel de servicio y crecer en Aragón. En ese sentido, Sanitas ha puesto en marcha el servicio de analítica y podología a domicilio, que ofrece una respuesta a aquellas personas que no pueden desplazarse a un centro médico, por problemas de movilidad o falta de tiempo.

UN NUEVO CENTRO MÉDICO PARA LOS CLIENTES EN ZARAGOZA

La compañía ha dado un paso más y no es sólo una compañía de asistencia sanitaria, ya que ofrece a sus clientes tanto seguros de salud como provisión propia. En este sentido, Sanitas inaugurará próximamente un centro médico, situado en el centro de Zaragoza, con más de 1.000 metros cuadrados en el que los clientes de la compañía tienen acceso a las diferentes especialidades médicas,

como ginecología, pediatría, oftalmología, cardiología o dermatología, de una manera más cómoda y rápida, evitando desplazamientos.

Sanitas, asimismo, pone a disposición y alcance de todos los ciudadanos aragoneses, la mejor atención médica y las últimas especialidades y tecnología en salud dental.



Centro Dental Milenium Fernando El Católico, en Zaragoza.

Sea o no cliente de la compañía, en el Clínica Dental Milenium Fernando El Católico y Clínica Dental Milenium Pablo Ruiz Picasso podrán acceder a todos los tratamientos bucodentales como endodoncia, prótesis y odontopediatría, entre otros.

La oferta de servicios que Sanitas ofrece a sus clientes en Aragón se completa con un centro de atención a mayores, Sanitas Residencial Zaragoza, que ofrece más de 200 plazas, y que forma parte de la red de centros asistenciales con los que cuenta Sanitas en toda España.

Además, para cubrir las necesidades médicas de los clientes, Sanitas tiene acuerdos de colaboración con los principales hospitales y centros médicos de referencia de Aragón, entre los que se encuentra: Clínica Quirón, Clínica Montecanal, Clínica Quirón Floresta, Clínica Médico Quirúrgica Montpellier y el Hospital MAZ en Zaragoza. En el caso de Huesca, la compañía tiene concierto con el hospital de referencia, Clínica Santiago.

Javier Ruiz Poza, presidente de Arahealth

“Queremos aumentar la competitividad”

PREGUNTA: ¿Cómo surgió la idea de la creación de un cluster? ¿Cuáles son sus objetivos?

RESPUESTA: La idea de la creación de un cluster dentro del sector de la salud en el sentido amplio de la palabra surgió en la Cámara de Comercio de Zaragoza, que en su plan estratégico incluye la formación de clusters como mecanismos empresariales de especialización regional. En cuanto a los objetivos, el fundamental es aumentar la competitividad de las empresas socias en base a la innovación y la internacionalización fundamentalmente.

P: ¿Cuáles son los beneficios que podrían obtener las empresas que se adhieren a Arahealth?

R: Los beneficios a obtener, además del networking que se está llevando a cabo entre los socios, son la realización de proyectos colaborativos que las empresas no pueden realizar en solitario y buscar sinergias entre las empresas del cluster y proyectos transversales con otros clusters alojados en Cámara.

P: ¿Cree que el interés de las empresas ha sido óptimo, o quizás esperaban más uniones?

R: El proceso de creación ha sido muy estructurado, y nos ha ocupado todo el año 2012. Se realizó una primera convocatoria y suscitó mucho interés, posteriormente procedimos al mapeo. Una vez hecho esto, se identificaron cuatro subsectores: biofarmacia, tecnologías médicas, equipamiento sanitario y proveedores de servicios sanitarios. El resultado del mapeo en los cuatro subnegocios ofrecía unos datos agregados de 226 empresas y 1.550 millones de euros de facturación.

P: ¿Cuáles son las áreas de negocio del cluster?

R: Dentro de los cuatro subnegocios comentados antes, contamos con una diversidad de empresas interesante. En biofarmacia



hay desde laboratorios multinacionales con planta productiva en Aragón como Baxter y Tevapharma, empresas de diagnóstico in vitro como Operon y Citogen, laboratorios de fitoterapia como Bioserum o distribuidores farmacéuticos cooperativa como Aragofar y Nanoinmunotech. En tecnologías médicas la multinacional Becton&Dickson y las empresas de e-health TB solutions, Inycom, Ibernex o Pyrenalia. En equipamientos, la pequeña multinacional aragonesa APOTHEKA, Camas Pardo, o Suministros Médicos Lanau. En proveedores de servicios sanitarios tenemos al grupo Quirón, la MAZ, San Juan de Dios, Clínica del Pilar, ASherco, Trauma Aragón y Balnearios Sicilia.

P: ¿Cuáles son sus proyectos más inmediatos?

R: En el apartado de proyectos tenemos cuatro grupos de trabajo: innovación y conocimiento del mercado; operaciones logísticas y eficiencia; internacionalización y *business development*; y proyectos transversales. Están en marcha varios como la habitación inteligente, innovación en *drug delivery* hospitalaria, enfoques en mercados de oriente medio y norte de África, proyectos de desarrollo en el canal farmacia o logística en aprovisionamiento hospitalario.

P: ¿Cuáles son los apoyos institucionales más importantes con los que cuenta Arahealth?

R: Como socios institucionales contamos con Aragón Exterior y la Cámara de Comercio. En el apartado de centros tecnológicos el ITA y la fundación AITIIP. Además contamos con la universidad de Zaragoza y la Universidad San Jorge. Tenemos también una vía de comunicación abierta con Biomed y el Sistema Aragonés de Salud.

LA MEJOR RECETA PARA TU BOLSILLO

CON LA TARJETA FARMAPREMIUM AHORRARÁS EN MUCHAS DE LAS COMPRAS QUE REALICES EN TU FARMACIA Y TENDRÁS ACCESO A SERVICIOS EXCLUSIVOS.

LA SALUD DE TU BOLSILLO MEJORARÁ Y TU GANARÁS EN BIENESTAR.



PIDE LA TARJETA FARMAPREMIUM EN TU FARMACIA

ES GRATIS.



“Tendremos una nueva Unidad de Cardiología Integral pionera en Aragón”



PREGUNTA: La presencia de Viamed en Aragón se ha afianzado en pocos años. ¿Se están cumpliendo los objetivos?

RESPUESTA: El balance es muy positivo. El hospital Viamed Montecanal nació en 2007 con el compromiso de ampliar y mejorar la respuesta a las necesidades sanitarias y socio-sanitarias de Zaragoza. Concretamente, el objetivo era brindar servicios sanitarios a todo Aragón y estamos satisfechos porque hemos incorporado importantes avances sanitarios y tecnológicos. Intentamos cubrir todos los aspectos, desde prevención a curación. Con el Hospital Viamed Santiago hemos ampliado además la cobertura asistencial y cartera de servicios en toda la comunidad aragonesa, donde ya contamos con más de 100 camas y 300 profesionales.

P: ¿Qué novedades o avances van a incorporar en sus hospitales de Zaragoza y Huesca a lo largo de 2013?

R: Próximamente vamos a presentar dos nuevos servicios en línea con nuestra filosofía de aportar siempre un valor diferencial y de calidad para la atención sanitaria de la población aragonesa. En primer lugar, la nueva Unidad de Cardiología Integral del Hospital Viamed Montecanal; me atrevería a decir que única en la sanidad privada aragonesa de sus características, al integrar en un mismo servicio a un equipo multidisciplinar integrado por cardiólogos, hemodinamistas, cirujanos cardiacos y arritmiólogos.

Esta nueva unidad realizará chequeos cardiovasculares y estudios coronarios con la Resonancia Magnética 3T eslas que tenemos (única en Aragón) y que permite realizar estudios más precisos y sin necesidad de pruebas invasivas ni emitir radiación al paciente. Igualmente, se beneficiará de

que el Hospital Viamed Montecanal sea uno de los pocos hospitales españoles con Sala de Hemodinámica integrada en el área quirúrgica.

P: ¿Cuál es la segunda novedad?

R: La incorporación en los Hospitales Viamed Montecanal y Viamed Santiago del estudio digestivo mínimamente invasivo mediante cápsula endoscópica. Esta novedosa técnica consiste, básicamente, en ingerir una cápsula y, a las pocas horas, el paciente se coloca un chaleco en la consulta del especialista a través del cual éste puede recoger todos los datos e información sobre el recorrido que la cápsula ha realizado en el tracto digestivo del paciente.

P: ¿En qué otras especialidades es el Hospital Viamed Montecanal actualmente una referencia?

R: Si bien nos sentimos orgullosos de todas las especialidades y de la evolución de los servicios del Hospital, quizás por crecimiento destaque el servicio de traumatología, que atiende una media de 1.000 consultas mensuales y somos además, el centro médico de referencia para los 80.000 deportistas aragoneses federados. La Ginecología y Obstetricia, con servicio de urgencias 24 horas, es también un servicio especialmente relevante que atiende cada año una media de 900 partos. Al igual que lo es el prestigioso equipo de profesionales que está al frente de nuestro servicio de Neurocirugía, pionero en diferentes técnicas y tratamientos.

Por supuesto, debo referirme también a la puesta en marcha el pasado año del nuevo servicio de cirugía cardiaca. Ha supuesto la incorporación a nuestro hospital de un prestigioso equipo integrado por 14 profesionales de dilatada experiencia que realizan alrededor de 500 cirugías cardiacas al año, siendo uno de los más activos de la sanidad privada española y uno de los pocos equipos avalados para la implantación de prótesis valvulares percutáneas.

P: En el caso de Huesca, ¿qué servicios destacaría del Hospital Viamed Santiago?

R: Nuestro hospital y sus profesionales disponen de una larga experiencia en sus respectivos servicios. Uno de sus servicios más novedosos es el gabinete de Medicina nuclear, único en toda la provincia de Huesca y el primer sistema de Litotricia Extracorpórea de Huesca y el segundo de todo Aragón. Además, como novedad, hemos incorporado a la Unidad del Dolor y Traumatología Avanzada.

¿Quién puede resolver la crisis sanitaria? Los médicos pueden, ¡y deben hacerlo!

[Por **RICHARD E. WALTMAN**]

Llevo 31 años trabajando aquí. No diré el nombre de la empresa, aunque tampoco es que me esconda. Me encanta lo que hago y, en gran parte, creo que administramos cuidados y servicios excelentes. Y, en gran parte, creo que los directivos de la empresa son personas amables, competentes y bienintencionadas. Me gustan.

Con todo, los recientes cambios que se han producido me hacen sentir que nos hemos perdido en mares tormentosos, y me siento obligado a escribir este ensayo con la esperanza de que podamos retomar nuestro rumbo y volver a hacer las cosas bien.

Soy una persona positiva y optimista. Soy testarudo, franco y vehemente, pero siempre he intentado buscar progresos, soluciones, maneras de mejorar las cosas. Hago esta presentación con el espíritu de cambiar y arreglar la situación.

Y les escribo a ustedes, mis colegas, porque lo que está ocurriendo en mi empresa puede estar ocurriendo también en la suya, o puede ocurrir pronto. Ahora es el momento de unirnos y llevar a cabo acciones positivas y significativas.

Como ya nos advirtió The Kingston Trio en su canción hace algunos años, “¡Escúchenme, ciudadanos. Podría pasarles a ustedes!”.

MI CORREO ELECTRÓNICO

Recibí un correo electrónico de nuestra directora general donde señalaba que el sistema sanitario para el que yo trabajo iba a reducir el número de empleados en 350 personas, como “la primera fase de acciones contra la crisis presupuestaria”. Ella culpaba a cada vez menor reembolso estatal y federal, a los mayores costes y a los gastos más elevados consecuencia de “los cuidados no compensados”. Por supuesto, en su mensaje no utilizó la palabra “personas”. En cambio, señalaba una reducción de 350 FTE (empleados a tiempo completo), como si sólo fueran números en una página en lugar de personas.

Después de reflexionar sobre el mensaje durante varios días, sentí como si muchos géiseres de Yellowstone hicieran erupción en mi cabeza. ¿Qué pasa



con los abultados salarios que reciben muchos de nuestros altos directivos? ¿Qué pasa con la extensa estructura administrativa que se ha desarrollado en los últimos años? ¿Qué pasa con todo el dinero que la empresa invirtió en bonitos edificios y en tecnología punta? ¿Qué pasa con el rendimiento no humano en el modelo de negocio? Y lo más importante, ¿qué pasaría con esas personas con las que yo trabajo

todos los días?

Así que envié un correo electrónico (véase el recuadro 1) a todos los empleados de la empresa, a más de 9.000 de ellos. Tras algunos minutos presionando el botón de enviar, recibí un aluvión de respuestas:

“Como empleada que se enfrenta a la posibilidad real de perder su trabajo, quiero agradecerle su correo electrónico tan amable y compasivo. Soy madre soltera de cuatro hermosos niños, tres viven en casa conmigo y la cuarta se prepara para empezar su segundo año en la universidad. Soy el único apoyo para mis hijos y la posibilidad de quedarme sin trabajo me aterra. ¡La última vez que no tuve trabajo fue cuando tenía 12 años!”

“Soy recepcionista de la Clínica de Medicina Interna. No puedo agradecerle lo suficiente su conmovedor correo electrónico. Gracias por defendernos a todos nosotros, “pequeñas personas”, cuyas vidas quedarían totalmente trastornadas si perdiéramos nuestros empleos”.

“Yo también llevo varios años trabajando como enfermera en diferentes áreas de nuestra organización, además de haber sido paciente. Estoy totalmente de acuerdo en que son las personas con las que trabajamos las que nos hacen fuertes”.

“Renunciaría a un aumento de sueldo durante los dos próximos años si así se pudieran evitar los despidos y se ayudara al hospital”.

“Casi se me saltan las lágrimas leyendo su correo electrónico... ha llegado a muchos corazones. Mi madre se jubiló de esta empresa. Mi tía, mi primo y mi hermano han trabajado aquí en algún momento, y yo llevo casi diez años en el departamento de sistemas de información. Me encanta mi trabajo y

siempre tengo ganas de volver a trabajar al día siguiente.

También he sido paciente y coincidido cien por cien en que la razón principal de que los pacientes sigan viniendo son las personas”.

“Trabajo en quirófano. No soy del personal de gestión pero estaría dispuesto a que me congelaran el sueldo durante dos años si así se pudieran evitar los despidos. Soy como la mayor parte de las personas que viven al día y me afectaría terriblemente si me despidieran. Mi corazón está con todo aquel que pierde su trabajo y espero que eso no llegue a ocurrir. Gracias por haber dado el primer paso y echarnos una mano”.

Esto continuó durante unas dos horas, cuando había recibido más de 300 correos electrónicos. Entonces Outlook se colgó. Durante varias horas, todo el sistema estuvo parado. Cuando se restableció la conexión, nadie pudo volver a contestarme.

Pero eso no los detuvo. Recibimos llamada tras llamada, y algunos empleados incluso se acercaron a la consulta para darme las gracias. Y eso no fue todo.

Más de un mes después sigo recibiendo cartas de agradecimiento, y apretones de manos y abrazos en los pasillos.

Entretanto, la empresa ha despedido a más de 300 personas y hay más recortes planificados para este año.

Tuve una cordial pero organizada reunión con la directora general, cuya intención era enseñarme los detalles de la pérdida de ingresos y el incremento de los costes más que abordar mis propuestas. Me agradeció mi preocupación. El Comité Ejecutivo del grupo médico también había comentado mi correo electrónico, en sesión cerrada, llegando a la conclusión de que “aunque muchos miembros valoran la sincera preocupación de Rick por nuestros empleados, un número considerable parece creer que su llamada a un recorte salarial del 10 por ciento en todos los niveles de la empresa es desacertada desde el punto de vista del desarrollo del negocio”.

¿Qué narices significa eso?

La respuesta tan fuerte y emocional a mi correo electrónico fue muy gratificante para mí y confirmé

CARTA A MIS COMPAÑEROS

Los nuevos edificios y el emocionante nuevo equipo están muy bien, pero lo que siempre ha sido especial en nuestra empresa son las personas. Contamos con personas especiales.

Soy médico desde hace más de 30 años, he sido paciente y también un marido preocupado cuando mi mujer fue sometida a cirugía. Siempre me ha impresionado y satisfecho la experiencia técnica de nuestros empleados, pero incluso más su compasión, su amabilidad y su gran corazón.

Me entristece pensar que podemos perder 350 buenos y dedicados compañeros. Debemos hacer todo lo posible para aumentar los ingresos y reducir los gastos de forma que podamos mantener intacta nuestra maravillosa plantilla.

Comprendo que atravesamos una crisis presupuestaria, pero no puedo resignarme a perder a buenas personas o al impacto que perder sus empleos tendrá en ellos y en sus familias.

En primer lugar, os pido que hagamos un gran esfuerzo para maximizar los ingresos en cada área de la organización. No creo que lo hayamos hecho hasta ahora.

En segundo lugar, propongo que todos los miembros del personal de alto nivel, empezando

por nuestra directora general y nuestros vicepresidentes, asuman un recorte salarial voluntario del 10 por ciento. Esto no solucionará el problema a largo plazo, pero al menos abordará las realidades de esta profunda crisis presupuestaria y evitará la necesidad de despedir a 350 de nuestros compañeros.

¿Estoy dispuesto a asumir una reducción salarial voluntaria del 10 por ciento para salvar 350 empleos? Sí, lo estoy.

Creo firmemente que sólo unas pocas personas acuden a nosotros por el equipo futurista y que casi nadie viene porque estemos mejor conectados. Los pacientes vienen por nuestras personas, porque reciben cuidados excepcionales, gracias a ellas, y vuelven por nuestras personas. Tengo el privilegio de trabajar con estas personas y hoy estoy decidido a apoyarlas.

Juntos podemos arreglarlo. Juntos somos una gran empresa. Juntos podemos hacer cualquier cosa.

Gracias por el maravilloso e importante trabajo que realizáis.

**Con mis mejores deseos,
REW**

lo que ya sabía: contamos con personas maravillosas en la empresa. Sin embargo, me resultaba y me resulta muy triste que sólo recibiera seis respuestas de los médicos, un grupo formado por casi 300. Tres de ellas eran de apoyo, las otras tres eran muy serias. Y nadie más se molestó siquiera en responder.

Intentando sacar algo de sentido a lo que había ocurrido, y sabiendo que ocurre y ocurrirá en otras muchas organizaciones, tengo algunos pensamientos que me gustaría compartir con ustedes. Mis recomendaciones no resolverán la crisis sanitaria en su totalidad, pero pueden llevarnos en la dirección correcta.

REVALUANDO LOS SALARIOS DE LOS EJECUTIVOS

Según el último informe, nuestra directora general gana más de cuatro millones de dólares al año, nuestro director financiero más de un millón, y nuestros 26 vicepresidentes tienen sueldos de seis cifras, más ganancias y beneficios adicionales. Todos sabemos que son buenas personas, que intentan hacer un buen trabajo, pero ¿realmente valen tanto, mientras la tecnología de rayos x se lleva 50.000 dólares y el personal de enfermería de urgencias 70.000 dólares?

Hay una ironía aquí: si colocamos los rayos x en la silla de la directora general, probablemente se las arreglarían durante algunos días y harían un trabajo relativamente bueno. La empresa no quebraría ni se vendría abajo. Si colocamos a la directora general en el lugar de los rayos x, no podrá hacer absolutamente nada. No podría tomar ni un solo rayo x. No se podría hacer nada.

Por supuesto, estas personas tienen habilidades ejecutivas, pero ¿realmente son más complicadas que las de los rayos x o las de los enfermeros de urgencias? No lo creo.

¿Se justifica un sueldo 10 ó 20, o incluso 50 veces mayor? No en mi opinión.

No estoy a favor de sueldos enormes para personas que no hace algo que beneficie a los demás. Soy aficionado al fútbol, pero no estoy a favor de un salario mínimo de 850.000 dólares para los jugadores novatos de la liga nacional de fútbol. Conozco un montón de antiguos compañeros que jugarían igual de bien por menos dinero.

Los ejecutivos de la sanidad no son los únicos que reciben un salario demasiado elevado en nuestra sociedad, pero es especialmente preocupante en nuestro negocio, donde los ejecutivos no forman parte del proceso principal de cuidar de las personas y cuya herencia histórica atrae a personas que quieren ayudar a otras personas, no hacer dinero. Lo fundamental es

que en la sanidad las personas de arriba deben tener un salario menor, y las personas de abajo deben tener un salario mayor.

CAMBIAR LA ESTRUCTURA CORPORATIVA

En nuestra empresa hay unos 9.500 empleados, pero no está claro cuántos de ellos participan directa o indirectamente en los cuidados al paciente. Me parece que con el paso de los años ha habido un incremento considerable en los puestos administrativos con un leve, si acaso ninguno, aumento en los clínicos.

Comprendo que ha habido un incremento notable en las complejidades de la gestión de un sistema sanitario, pero me pregunto si sería posible reevaluar algunas áreas. Si realmente debemos reducir personal, quizá esas reducciones estarían mejor planteadas en áreas no clínicas.

“No estoy a favor de sueldos enormes para personas que no hacen algo que beneficie a los demás”.

Cuando abrí mi consulta, el hospital tenía un administrador, un doctor en ciencias de enfermería y un auxiliar ejecutivo. Las cosas funcionaban increíblemente bien. Cuando me convertí en miembro fundador del grupo médico del sistema sanitario, había un director general, un director financiero y cuatro vicepresidentes. En la actualidad, esta empresa tiene 32 vicepresidentes, siete de ellos médicos, ninguno de ellos en activo, y por supuesto, cada vicepresidente tiene su propio personal.

Con el debido respeto por los vicepresidentes y los miembros del personal, ¿no habrá llegado el momento de reconsiderar esta estructura administrativa?

¿Sería posible realizar algunos recortes aquí que no afecten negativamente a los cuidados que administramos?

DECORADOS FRENTE A RESULTADOS

En los últimos diez años, he visto cómo esta empresa ha invertido en cada nuevo artículo de tecnología y en la construcción de suntuosos edificios que parecen hoteles más que clínicas médicas.

Compramos un carísimo registro electrónico del historial médico muy pronto y, como era demasiado pronto, invertimos un montón de dinero en reparar los fallos técnicos y las deficiencias. Ahora tenemos uno que funciona relativamente bien, pero que sigue

siendo muy engorroso y costoso. Tiene campanas y silbatos que ni siquiera necesitamos. Los médicos en activo apenas participaron en este proceso, por cierto.

Me parece que tenemos todos los juguetes nuevos que salen al mercado; algunos han sido de gran ayuda para la atención del paciente, otros apenas se utilizan y sus ventajas son cuestionables.

Y los edificios. Nuestras clínicas médicas más nuevas y nuestro hospital más nuevo son obras maestras de la arquitectura: bonitos vestíbulos, suelos elegantes, materiales gráficos llamativos.

“Nunca nadie me ha dicho que viene aquí porque el material gráfico es muy bonito o por la competencia de los vicepresidentes”.

Pero como dice el dicho, la gente no viene por los decorados, viene por los resultados. Igual que no van a un restaurante porque la decoración sea bonita, sino por la buena comida y el buen servicio.

Y esto es aún más cierto en la sanidad. La gente no va a un médico o a un hospital por los edificios estilizados o los cuidados arreglos florales. Ni, sinceramente, muchos de ellos vienen porque el hospital tenga el último robot quirúrgico o el registro electrónico más sofisticado.

¿Por qué las personas van a un médico u hospital? Por los mismos motivos que usted y yo: porque los cuidados médicos son buenos y porque recibimos un buen servicio. Y eso quiere decir las personas, no las instalaciones o los aparatos.

En el noroeste del Pacífico, el Virginia Mason está considerado el modelo de referencia. El complejo principal del hospital es viejo y poco atractivo. Los pasillos son estrechos y oscuros, las habitaciones pequeñas, y los ascensores lentos. Pero atraen a grandes médicos, y los pacientes viajan largas distancias para ser tratados allí, ¿por qué?

Porque los cuidados son sobresalientes y el servicio es maravilloso. Todo el mundo es atento, competente, con una sonrisa en la cara. Hace años, el Virginia Mason hizo del compromiso por tener a las mejores personas su máxima prioridad, y ahora recogen los beneficios de esa sabia decisión.

Algo más a tener en cuenta: el director general del Virginia Mason es médico.

En nuestro sistema, también contamos con personas extraordinarias que siguen administrando unos cuidados médicos excelentes y un servicio maravilloso

día tras día. Sigo impresionado por el buen tratamiento que reciben mis pacientes y por lo mucho que valoran los cuidados que reciben. Nunca nadie me ha dicho que viene aquí porque el material gráfico es muy bonito o por la competencia de los vicepresidentes. Me dicen que vuelven porque la mujer del laboratorio se acordaba de ellos después de su última visita y les preguntó por su nieta, y porque la enfermera de noche les ofreció café y un masaje en los pies, y porque Genell les da la bienvenida llamándolos por su nombre y con una sonrisa en la cara antes incluso

de que entren en la sala de espera. Dicen que vienen porque “Wilson realmente se preocupa por mí”.

Son estas personas las que hacen de éste un lugar maravilloso, para mí y para mis pacientes. Sin embargo, con el paso de los años, nuestros jefes lo han olvidado. Demasiado a menudo,

dan por supuesto lo que nuestro personal hace todos los días, sin reconocimiento alguno. Todos los años recibimos una tarjeta de cumpleaños y un pin después de los primeros cinco años de servicio, pero excepto por unas pocas personas poco comunes que sí respaldan a su personal, casi nunca, por no decir nunca, un supervisor de esta organización se acerca a un empleado para decirle el buen trabajo que está haciendo.

Estoy muy agradecido por las personas maravillosas con las que trabajo e igualmente triste por el trato que suelen recibir de la empresa.

En una reunión que se celebró hace algunos meses hablé con una de nuestras vicepresidentas y le comenté el buen trabajo que realizan nuestros empleados y lo mucho que deberíamos valorarlos. “Estoy de acuerdo”, dijo. “¿Qué cree que podemos hacer para que se sientan valorados?” Le respondí de forma breve y creo que clara: “empiece por valorarlos”.

Es hora de cambiar las prioridades. Prestemos menos atención a las instalaciones y al nuevo equipo y centrémonos en lo que hace que este sea un lugar realmente especial: nuestro personal. Formemos a los empleados, paguémosles un buen sueldo, respaldémoslos y valorémoslos.

Un pensamiento: en lugar de tener la sala de rayos x de Mary y Fred Thompson o el vestíbulo de Robert James, pidamos a los donantes que empiecen a financiar lo que realmente importa: nuestros empleados. ¿Qué tal la Fundación de Técnicos de rayos x de Mary y Fred Thompson y el fondo para la formación en enfermería de Robert James?

A continuación, el texto de nuestro próximo anuncio en televisión o prensa: “Otros hospitales tienen

los sistemas de diagnóstico por imágenes más modernos. Nosotros también, pero nosotros tenemos a MaryBeth, y ellos no”.

LA CULPA ES DE LOS CUIDADOS NO COMPENSADOS

Los cuidados que no reciben compensación son como la palabra FTE: parece una partida presupuestaria

en una hoja de números, una que puede reducirse o incluso eliminarse sin dificultad para hacer que el resultado final parezca mejor.

Pero por supuesto, no es esta la definición real de cuidados no compensados. En realidad, son los cuidados médicos que administramos a personas enfermas que no pueden permitirse pagar por la sanidad. Son sinónimo de Fred Jones, un hombre de 56 años de

CARTA A LOS MÉDICOS

A mis compañeros médicos:

Hace poco, en respuesta a un anuncio de administración de que iban a despedir a 350 (o más) empleados, envíe un correo electrónico a todo el personal en el que proponía esforzarnos por incrementar los ingresos, buscar formas de ahorro no relacionadas con la plantilla, y que la alta dirección de la empresa asumiera un recorte salarial voluntario del 10 por ciento.

He recibido unas 300 respuestas, casi todas positivas y de apoyo.

Pero he oído pocos comentarios de los médicos y me pregunto por qué.

¿Está de acuerdo con mi propuesta? Si es así, me gustaría escucharlo.

¿No está de acuerdo conmigo y apoya la propuesta de administración? Bien, pero me gustaría escucharlo.

¿O prefiere no tomar partido, pensando que esto no le concierne? Si es así, ¿me permite sugerirle que se equivoca?

En primer lugar, no son 350 empleados a tiempo completo, sino 350 (o más) de nuestros compañeros que trabajan codo con codo con nosotros todos los días. Esto tendrá un efecto devastador en sus vidas y en las vidas de sus familias. Como médicos dedicados, debemos sentir su dolor. Además, no contar con ellos tendrá un efecto negativo en nuestro lugar de trabajo; las cosas no irán igual de bien para nosotros o para nuestros pacientes.

Además, esta acción propuesta no solucionará nuestros problemas económicos: sólo conseguiremos algo de tiempo, quizá algunos meses. Luego vendrán más recortes, ¿y qué le hace pensar que los médicos no serán el objetivo?

Quizá perdamos beneficios, quizá aumenten nuestros requisitos de productividad. O quizá en lugar de la reducción voluntaria que propongo, reci-

bamos recortes salariales involuntarios. (Y quizá el menos «rentable» de nosotros también sea despedido).

Nuestros médicos no pueden quedarse fuera de este partido crucial. Después de todo, somos la verdadera fuente de ingresos. Sin médicos, no hay pacientes ni ganancias. Por tanto, tenemos el poder, pero el poder no es algo que se da, sino que se conquista.

Es la hora de que los médicos nos unamos y hagamos lo correcto para nuestra empresa, nuestros compañeros y nuestros pacientes.

Podemos exigir más eficacia e insistir en que no se despida a ningún empleado. Podemos exigir más participación en la compra de equipos y en el desarrollo de sitios. Podemos dejar registrado que creemos que la razón principal de que los pacientes vuelvan a nosotros son nuestros empleados, no la bonita sala de espera o los aparatos futuristas, y que defendemos unánimemente a nuestros compañeros. Las personas, tanto empleados como pacientes, deben ser lo primero.

Y podemos ofrecer una reducción salarial voluntaria y exigir que la alta dirección en la empresa también la asuma.

No propongo una sublevación contra la administración. Son buenas personas e intentan hacer lo correcto.

Más bien propongo que demos un paso hacia adelante y trabajemos con ellos para conseguir soluciones eficaces y éticas a nuestros problemas. Propongo que demos un paso hacia adelante en apoyo de las personas que más importan: nuestros compañeros y nuestros pacientes.

Espero sus comentarios.

REW

edad que perdió su cobertura sanitaria cuando perdió su trabajo después de 29 años de servicio y que no puede permitirse pagar las visitas a la consulta y los fármacos para su diabetes, colitis ulcerativa e hipertensión. También de Robert Cavanaugh, el niño de 8 años de edad cuyo tratamiento contra la leucemia mielocítica aguda había acabado con los ahorros de su familia. Y también de Mary Talbert, una chica de 20 años de edad que no tiene pareja ni empleo, está embarazada y no puede permitirse los cuidados prenatales, lo que la pone a ella y a su bebé, en mayor riesgo.

Es fácil reducir o incluso eliminar un número de una columna de cifras, pero ¿de verdad puede decir no a la cara a Fred, a Robert y a Mary?

Por supuesto, debemos mejorar nuestro sistema sanitario, aumentar la responsabilidad personal, abordar los comportamientos abusivos y centrarnos en las intervenciones preventivas demostradas, pero, al final, ¿podemos negar la asistencia básica a nuestros hermanos y hermanas?

Yo no puedo. Se estima que una subida de impuestos del 5 por ciento a aquellos con mayores ingresos acabaría con los cuidados no compensados. ¿Estoy

de 200 sin respuesta. Esto, de un grupo de médicos que generaron más de 100 correos electrónicos cuando se produjo un cambio mínimo en la forma en que se recopilan los datos de satisfacción del paciente.

¿Qué conclusión saco de esto? Creo que esta respuesta, que debemos llamar ausencia de respuesta, refleja lo que se ha convertido en una respuesta típica de parte de los médicos a las cuestiones sanitarias importantes: dejen que haga mi trabajo y cuide de mis pacientes. No tengo tiempo para nada más.

Mi padre era cirujano, uno muy bueno y trabajador. Nunca se ocupó de los aspectos no clínicos de la sanidad, y cuando un estudiante de medicina le preguntó por qué, con honestidad respondió que estaba demasiado ocupado cuidando de sus pacientes y que nunca pensó que podría haber problemas con el resto de cosas.

Bueno, perdón papá, pero mientras tú y tus compañeros cuidabais de vuestros pacientes, y hacías un gran trabajo debo añadir, los ejecutivos y algunos médicos, otros no, asumían el control. Fue tan gradual que no los visteis venir, y lo entiendo. Mi padre, que ya tiene 96 años de edad, me dijo hace poco “deberíamos prestar más atención a lo que sucede a nuestro

“Las personas que toman las decisiones están demasiado apartadas del trabajo diario para saber lo que necesitamos, sentimos o afrontamos”.

dispuesto a tolerar una subida de impuestos del 5 por ciento para alcanzar este objetivo? Sí. Sé lo afortunado que he sido, y sé muy bien que, por la gracia de Dios, así lo haré.

Culpar a nuestra crisis presupuestaria por los cuidados no compensados no pasa la prueba del algodón. Como tampoco que la sociedad gasta demasiado dinero. No podemos culpar a los pobres y a los enfermos de nuestros problemas. Ellos ya tienen suficientes problemas.

¿Y DÓNDE ESTÁN LOS MÉDICOS?

He recibido una respuesta tan escasa a mi correo electrónico de parte de mis compañeros médicos que envié otro dedicado sólo a ellos (véase el recuadro en la página anterior). Otra vez la respuesta, o la falta de la misma, me entristeció. Unos pocos correos de apoyo, otros pocos serios y considerados: no realistas, no abordando los problemas reales, no va a ocurrir, y más

alrededor”.

Pero mi generación de médicos no lo ha hecho mejor. Hemos trabajado duro cuidando de nuestros pacientes mientras una nueva generación de médicos y de ejecutivos no médicos han tomado incluso más control y han ganado más autoridad. Tenemos que pagar a los médicos para que formen parte de comités, y nuestro Comité Ejecutivo no puede encontrar voluntarios para presentarse a una votación, así que muchos de los miembros actuales no pueden dejarlo.

¿Y ya es demasiado tarde? Nuestra directora general no es médica. En el Consejo de Directores, formado por doce personas, solo hay dos médicos. Casi ninguno de nuestros vicepresidentes es médico. Sí, tenemos administradores que son médicos, pero no ejercen y ya ni siquiera pretenden representarme. Como un antiguo director médico me respondió cuando pedí más apoyo para un proyecto, “no veo su nombre al pie de mi nómina” y añadió “ahora la

empresa es mi paciente. Usted sólo es un trabajador más”.

LO QUE HAY QUE HACER

Como ya he mencionado, me considero una persona optimista, alguien que es parte de la solución más que del problema. Por eso les escribo para quejarme de los errores, pero también para pedirles apoyo para hacer las cosas bien.

Tampoco me gusta el concepto de que nuestro sistema sanitario está “arruinado”, porque eso implica que no puede arreglarse. Prefiero decir que el actual sistema sanitario no “funciona bien”, lo que significa que como médicos debemos trabajar juntos para hacer lo que mejor hacemos: hacer que las cosas mejoren.

Sin duda, deben ocurrir algunos cambios importantes en la sociedad para resolver por completo los múltiples problemas a los que nos enfrentamos ahora, pero creo que hay cosas que todos nosotros podemos hacer mejor para ayudar.

Nuestras organizaciones locales y nacionales no son la respuesta. Han estado demasiado ocupadas con batallas de territorio y con su propio bienestar para abordar las cuestiones sanitarias clave.

¿Cuándo fue la última vez que la Asociación Médica Americana le preguntó qué era importante para usted?

No, la solución, amigos, está en nosotros. Los médicos en las salas de reconocimiento, los soldados rasos en las trincheras.

No propongo que tomemos los mandos del sistema sanitario. Es un trabajo a tiempo completo que no quiero. Pero los médicos debemos dar un paso hacia adelante y exigir nuestro sitio en la mesa, para recuperar algunas de las competencias y la influencia que una vez tuvimos. Eso significa que debemos dedicar más tiempo y más energía a un área que no se enseña en la facultad de medicina ni en la residencia: la gestión del sistema sanitario.

¿QUÉ PODEMOS HACER?

1 *Empezar a asistir a las reuniones del Consejo de Directores y del Comité Ejecutivo y hacerles saber lo que es importante para nosotros.*

Informarnos y luego implicarnos. Las personas que toman las decisiones están demasiado apartadas del trabajo diario para saber lo que necesitamos, sentimos o afrontamos. Si no presentamos nuestro caso, no podremos quejarnos cuando no nos escuchen.

2 *Exigir más representación en los consejos del hospital y del sistema sanitario.*

Ha llegado la hora de que los médicos tengamos más representación en los organismos que se

encargan de tomar las decisiones. Incluso si esto implica atender a algunos pacientes menos y asistir a algunas reuniones más; algo que no gustará a la mayor parte de los médicos. En estas reuniones hay demasiadas cosas en juego que nos afectan como para no participar.

3 *Insistir en sueldos más realistas para los ejecutivos sanitarios.*

Es el momento de que los altos ejecutivos sanitarios asuman recortes salariales voluntarios, y es hora de que los Consejos de Directores reduzcan la compensación a los altos ejecutivos.

En la década de 1980, los helados Ben and Jerry tenían la política de que el empleado de mayor rango (el director general) no podía ganar más de cinco veces el sueldo más bajo de la empresa, lo que posteriormente se elevó a ocho veces. (Esta política se

“Es el momento de restituir la primacía del médico en la sanidad”.

desechó cuando la empresa fue vendida a un conglomerado multinacional).

Mi propuesta: el sueldo de un director general no puede ser más de 10 veces el sueldo más bajo del sistema, y todos los demás están dentro de este rango.

¿Estoy dispuesto a que me reduzcan el sueldo para evitar despidos de compañeros importantes? Sí, lo estoy.

4 *Implicarse más en la planificación de nuestros sistemas y hospital, en cuanto al nuevo equipo y los nuevos edificios.*

Sabemos lo que necesitamos y lo que no. Necesitamos equipo que nos ayude a cuidar mejor de nuestros pacientes, y no necesitamos ventanas de colores en la entrada. Exijamos las mejores herramientas y rechacemos los gastos innecesarios.

5 *Apoyar a los trabajadores que nos ayudan cada día.*

Hay empleados muy trabajadores con buena formación que trabajan con nosotros y no podríamos hacer nuestro trabajo sin su ayuda y apoyo. Están saturados, mal pagados y poco valorados. Debemos exigir que la empresa cuide mejor de sus empleados y también debemos ser mejores para ellos. Defendámoslos y no olvidemos darles las gracias.

6 *Mantener con certeza que administrar sanidad a todas las personas es una premisa básica de una sociedad compasiva.*

No culpemos a pobres y enfermos; no han elegido ninguna de las dos opciones. Nuestra sociedad cuenta con recursos de sobra para administrar cuidados competentes y buenos a todos nosotros. Asignemos esos recursos adecuadamente para conseguirlo.

7 *Luchar por todas las eficiencias legítimas de la sanidad.*

Todos los días derrochamos: envío masivo de cartas a los empleados que podría hacerse por correo electrónico, iluminación innecesaria, pruebas repetidas o no indicadas, ineficiencias en el pedido de suministros, demasiadas reuniones. Antes, el sistema sanitario no necesitaba preocuparse por esas cosas. Ahora debemos hacerlo.

“Los médicos son los jugadores más importantes del equipo”.

8 *Garantizar que nuestros pacientes comprenden mejor la crisis sanitaria y qué pueden hacer para ayudar.*

Yo no ofrezco información, pero ahora estoy dispuesto a invertir unos minutos en proporcionarla y responder las preguntas que me realicen. Después de todo, ellos son los clientes y se merecen conocer el producto. También deben ponerse de nuestra parte y exigir lo mejor de los cuidados y el servicio.

9 *Aprender más.*

Con Internet al alcance de la mano, podemos encontrar algo de tiempo para leer sobre áreas de los sistemas sanitarios que quizá aún no comprendemos. Si al final despierta nuestro interés, podemos tomar algunas clases. Y si realmente nos interesa, podemos considerar cursar un grado en gestión sanitaria.

10 *Maximizar los ingresos.*

Las empresas realmente exitosas no lo son por reducir costes, sino por incrementar los ingresos. Creo que estamos dejando dinero sobre la mesa y que podemos mejorar nuestro trabajo en esta área.

En primer lugar, podemos garantizar que nuestra facturación y codificación están en niveles óptimos. Los médicos de atención primaria son conocidos por codificar mal, y esto debe cambiar.

En segundo lugar, podemos observar algunas de las áreas optativas de la medicina que reciben mayor pago

y que ahora están bajo el control de otras entidades: deberíamos practicar cirugías cosméticas y otras intervenciones optativas, y estoy totalmente a favor de un servicio conserje para las personas que quieran y puedan permitírselo.

Debemos hacer que las farmacias de nuestro hospital sean competitivas frente a las farmacias comerciales de la comunidad. También debemos participar más activamente en el negocio de suministro de equipos médicos. A diario firmo formularios por equipo médico, todo suministrado por empresas con fines lucrativos, algunas de las cuales ubicadas en lugares tan lejanos como Tennessee y Florida. Podríamos proporcionar este servicio a nuestros pacientes de forma más económica y eficaz y además hacer algo de dinero. Debemos mantener lo máximo posible, debemos mantener las intervenciones que generan dinero dentro de nuestra empresa.

Y lo que es más importante, es el momento de restituir la primacía del médico en la sanidad. Sólo con nuestro compromiso y nuestro liderazgo podrá establecerse, y mantenerse un sistema sanitario bueno, eficaz y que se preocupa de sus pacientes. Ha llegado nuestra hora.

DECLARACIÓN FINAL Y DESAFÍOS

Me siento tremendamente privilegiado y agradecido por haber ejercido mi profesión desde que terminé la facultad de medicina en 1975. Ha sido una experiencia inspiradora y maravillosa.

Tengo un trabajo estupendo.

Tengo pacientes excelentes y agradecidos.

Tengo compañeros dedicados y agradables.

Soy un privilegiado y me siento agradecido.

E incluso con las múltiples preocupaciones y cuestiones que tengo, e incluso con los errores que he cometido, me gusta esta empresa. Quiero ver que esta empresa triunfa, prospera y se convierte en una fuerza positiva en nuestra comunidad.

Esta empresa y todo el sistema sanitario están formados por muchos jugadores de diversos talentos, habilidades e intereses. Muchas personas son necesarias si el equipo quiere triunfar. Pero los médicos son los jugadores más importantes del equipo. Un poco molestos, quizá, un poco difíciles de llevar, no siempre los más agradables de tratar, pero cuando están preparados para jugar, siguen siendo los únicos que pueden marcar la diferencia.

No puedo quedarme fuera del terreno de juego y ver cómo perdemos este partido crucial. Me pongo el casco y salto al campo, y lo haré lo mejor que pueda para ganar.

¿Están ustedes conmigo? Espero que sí.

Con mis mejores deseos,
Richard E. Waltman.

El autor ejerce la medicina de familia en Tacoma, Washington. Envíe sus comentarios a medec@advanstar.com.

Cómo pensar en sus inversiones para la jubilación

PARA TOMAR
LAS DECISIONES
CORRECTAS EN
INVERSIÓN HAY QUE
COMPRENDER EL
PRESENTE, EL PASADO
Y EL FUTURO

[Por **STEVEN PODNOS**]

Como asesor de inversiones de muchos médicos, suelo tener la oportunidad de pensar y discutir las mejores estrategias a largo plazo de gestión de los fondos de jubilación. De hecho, mi propia cartera atrae la misma atención y preocupaciones. El mundo de las inversiones se caracteriza por una gran variedad de opiniones, pero me gustaría compartir mi propia experiencia y opiniones.

Al considerar las inversiones para la jubilación, es fundamental comprender el rendimiento histórico de las diferentes clases de activos. Aunque el pasado no sirve para predecir el futuro, el rendimiento histórico es una información valiosa a la hora de tomar decisiones y elaborar estrategias de inversión.

En el mundo actual de las inversiones, es razonable considerar los siguientes puntos como diferentes clases de activos:

- acciones;
- bonos;
- acciones en países desarrollados;
- acciones en países con mercados emergentes;
- bonos extranjeros;
- dinero en efectivo;
- valores inmobiliarios, nacionales e internacionales; y
- materias primas, incluido el oro.

La inflación también es una preocupación importante, porque nuestro capital de inversión debe mantenerse tanto con la inflación como con los impuestos a fin de

conservar nuestro poder adquisitivo en el futuro. Si observamos el rendimiento real (después de la inflación) en los últimos 85 años vemos que:

- Las acciones estadounidenses tuvieron un rendimiento del 6,6 por ciento anual.
- Los bonos estadounidenses tuvieron un rendimiento del 2,3 por ciento anual.
- Los instrumentos del mercado monetario / dinero en efectivo tuvieron un rendimiento del 0,6 por ciento anual.

Al no contar con datos con buenas referencias sobre otras clases de activos, tendremos que asumir ciertas cosas sobre ellos que pueden o no ser correctas. No obstante, los datos históricos respaldan la hipótesis de que las acciones ordinarias son la única clase que crece de forma considerable en valor después de la inflación y los impuestos durante largos periodos de tiempo. Además, podemos concluir que el dinero en efectivo apenas tiene rendimiento después de deducir los impuestos, al igual que los bonos.

PUNTOS BÁSICOS DE LA ASIGNACIÓN DE ACTIVOS

La teoría moderna de carteras orienta la teoría y práctica de las inversiones y tiene dos principios fundamentales:

1. Poseer un grupo de clases de activos que no se mueven en la misma dirección al mismo tiempo (es decir, no están bien correlacionados) suele incrementar el rendimiento a largo plazo y reducir el riesgo. Por tanto, es razonable tener algunas clases de activos en nuestra cartera que previsiblemente no se muevan. No siempre es fácil conseguirlo, porque la correlación entre los movimientos de varias clases de activos cambia con el tiempo. Con todo, la mayor parte de los asesores en inversión coinciden en que la diversificación de la cartera es siempre buena idea.

2. Para reunir el mejor grupo de activos no correlacionados es necesario, al menos, intentar predecir el futuro. Los expertos suelen malinterpretar este segundo principio. Se ha convertido en práctica habitual utilizar los rendimientos históricos de varias clases de activos para predecir su comportamiento futuro, una práctica llena de peligros y errores.

Por ejemplo, utilizar el rendimiento de los bonos en los últimos 30 años (durante quizá el mayor mercado alcista de bonos de todos los tiempos, ya que las tasas de interés a largo plazo cayeron de casi el 20 por ciento a menos del 4

por ciento) como predicción de los próximos 30 años sería un error. Igualmente, asumir que los bienes inmuebles tendrían el mismo rendimiento que en el pasado (durante el rápido ascenso de los precios en 2006, por ejemplo) hubiera sido un gran error.

Podemos utilizar diferentes métodos de valoración para decidir si una clase de activos concreta es costosa, está probablemente bien valorada o es históricamente barata. Un método prudente de seleccionar las clases de activos parece ser evitar las clases costosas, optando por las baratas, y diversificar ampliamente en el resto.

SU HORIZONTE TEMPORAL

Asumir que una cartera termina con la jubilación es un error común que se comete al determinar cuánto durarán las inversiones. Por ejemplo, hace poco conocí a un médico de 58 años de edad que planeaba jubilarse a los 65. Cuando hablábamos sobre el hecho de que las inversiones en acciones tienen el mejor rendimiento global en largos periodos de tiempo (entre 10 y 15 años como mínimo), me respondió que solo le quedaban 7 años más y que probablemente debería tener más valores de renta fija.

Mi respuesta fue que quizá le quedarán 40 ó más años como horizonte temporal para su dinero. Sus inversiones para la jubilación necesitarán, como mínimo, mantener su poder adquisitivo después de la inflación y los impuestos durante ese tiempo, teniendo en cuenta que según las estadísticas la probabilidad de que él o su esposa (o ambos) vivan hasta los 90 años, y quizá más, es cada vez mayor.

Comprender este horizonte temporal, mucho mayor que lo supuesto, para nuestras inversiones es un factor esencial a la hora de realizar asignaciones de activos. Favorece una mayor asignación de acciones para la mayoría de carteras.

VOLATILIDAD FRENTE A PÉRDIDA

Todos sabemos que es difícil recuperarse de una pérdida. El cliché (y verdad) es que después de una pérdida del 50 por ciento, debemos ganar un 100 por cien para volver a estar igual que antes. Pero saber que las inversiones en el mercado suben y bajan es muy diferente a experimentar una pérdida auténtica. La naturaleza humana nos lleva a utilizar precios diarios, semanales o anuales para juzgar las ganancias frente a las pérdidas. No obstante, con la mayoría de las inversiones no se pierde ni se gana hasta la venta.

Vender por motivos emocionales suele conducir a pérdidas reales, y comprar en un mercado alcista basándose en la euforia puede ser igual de perjudicial para su riqueza a largo plazo. Sin embargo, en cierto sentido recibimos un pago por poseer acciones al tolerar su mayor volatilidad frente a la renta fija y el dinero en efectivo.

El inversor exitoso comprende que un descenso del 20 por ciento en un mercado bajista puede ocurrir cada pocos años, y que normalmente este mercado a la baja es una oportunidad para comprar acciones de alta calidad a buen precio, en lugar de vender.

ENCONTRAR UN ASESOR

SI NECESITA AYUDA PARA UN ASESOR FINANCIERO, LOS SIGUIENTES RECURSOS PUEDEN SERLE ÚTILES:

- **Financial Planning Association:** www.fpanet.org.
- **Garrett Planning Network:** www.garrettplanningnetwork.com.
- **National Association of Personal Financial Advisors:** www.napfa.org.

“TODOS CONOCEMOS EL DICHO ‘EL MÉDICO QUE SE TRATA A SÍ MISMO TIENE A UN TONTO POR MÉDICO’. ESTO MISMO SUELE SER VERDAD EN EL CASO DE LOS MÉDICOS QUE ASUMEN LAS RESPONSABILIDADES DE UN ASESOR FINANCIERO”.

Es muy importante recordar todo esto a la hora de abordar una cartera de jubilación, ya que es probable que estos fondos necesiten durar décadas. Preocuparse por las subidas y bajadas de precio a corto plazo y actuar de forma disciplinada puede ser negativo para sus oportunidades de éxito.

POR QUÉ LOS GASTOS DEL FONDO SON IMPORTANTES

Son pocas las personas que realmente comprenden el auténtico coste de sus inversiones. Si observamos un fondo mutuo vendido por un intermediario, descubriremos muchas capas en el coste. En primer lugar, puede incluir una comisión de entrada (dinero sustraído de la compra inicial), que suele ser de entre el 4 por ciento y el 5 por ciento de forma inmediata. Si la comisión no es de entrada, se irá pagando cada año al intermediario y restando anualmente (normalmente el caso de los fondos de clase C) o en la venta del fondo en caso de que se venda antes de un determinado número de años (comisión por cancelación anticipada).

Un cargo normal puede representar el 1 por ciento al año durante los primeros cinco años. Además, el intermediario suele recibir unos honorarios del fondo mutuo de entre el 0,25 por ciento y el 0,5 por ciento anualmente (*12b-1 fees*).

Luego está el cociente de gasto interno del fondo, que paga los salarios del personal de la compañía del fondo mutuo y del que el fondo obtiene sus beneficios (entre el 0,8 por ciento y el 1,5 por ciento anualmente para la mayor parte de los fondos).

Por último, hay que tener en cuenta los costes ocultos de las transacciones internas que resultan de la mayor facturación (compra y venta de activos) en fondos gestionados activamente. Al sumar todos estos costes se comprende lo difícil que es ganar dinero.

Estos costes también clarifican por qué la mayor parte de los fondos gestionados activamente no rinden tan bien como los fondos indexados, que son una clase particular de activo sin demasiadas operaciones bursátiles. Hay ciertas clases de activo que compensan los costes de la gestión activa, como una clase que no resulta fácil estudiar, o que se considera ineficiente en su comportamiento. Pero en la mayoría de los casos, comprar el fondo indexado es la mejor opción.

Esto no quiere decir que contratar a un asesor sea una mala decisión. Pero pagar gastos considerables por una simple asignación de activos puede no ser inteligente a largo plazo. Al contratar a un asesor, sus honorarios debe-

rían ser transparentes y razonables, o acabaremos solicitando asesoramiento financiero adicional.

EL VALOR DE UN ASESOR

Todos conocemos el dicho «El médico que se trata a sí mismo tiene a un tonto por médico». Esto mismo suele ser verdad en el caso de los médicos que asumen las responsabilidades de un asesor financiero. La complejidad de la toma de decisiones en los campos empresarial y económico resulta abrumadora y una inversión considerable de tiempo para la mayoría de los médicos.

Desde la fundación de la consulta y a lo largo de toda la vida de la misma, los médicos deben integrar la protección y la asignación de activo; la planificación y el desarrollo fiscal, formativo, inmobiliario, de la jubilación y del negocio en general, y las cuestiones relacionadas con el seguro. Entre los asesores disponibles encontramos agentes, agentes de seguro, abogados especializados en planificación patrimonial, corredores de bolsa y asesores financieros independientes.

La mayoría de médicos se beneficiará de la experiencia de un asesor independiente que pueda ayudarles a considerar e integrar la toma de decisiones en estas (y otras) cuestiones. Los abogados especializados en planificación patrimonial suelen ser fiduciarios que anteponen los intereses de su cliente a todo lo demás. Los agentes de seguro y corredores de bolsa no suelen ser fiduciarios. Los asesores independientes pueden evitar algunos errores graves, así como supervisar la asignación de activos.

Consulte a asesores que trabajen solo en base a unos honorarios fijos. Muchos asesores que cobran honorarios trabajarán en base a comisiones o a unos honorarios fijos. Opte por estos últimos. También es posible contar con planificadores, que asesoran en base a una tarifa por hora.

Por último, hay asesores con honorarios fijos que trabajarán en casi todas las cuestiones de importancia que puedan afectar a una consulta médica, y normalmente sus honorarios se basan en el valor de los activos que gestionan, aunque algunos también cobran por separado los planes financieros oficiales.



El autor es director de Wealth Care, LLC, una empresa de asesoría en inversiones con sede en Merritt Island, Florida. Envíe sus comentarios a medec@advanstar.com.

PUNTOS CLAVE

Al considerar las inversiones para la jubilación, es fundamental comprender el rendimiento histórico de las diferentes clases de activos.

Consulte a asesores que trabajen solo en base a unos honorarios fijos. Muchos asesores que cobran honorarios trabajarán en base a comisiones o a unos honorarios fijos. Opte por estos últimos.



Por **JOSÉ IGNACIO ALEMANY**

Cómo determinar la cuota del IRPF en 2013

IV. Base imponible del ahorro

La base imponible o renta gravable por el IRPF es el resultado de la suma total de los rendimientos y plusvalías obtenidos por el profesional sanitario durante un año determinado. A efectos del cálculo del Impuesto cada tipo de renta se clasificará como renta general o del ahorro y tributará de una manera distinta.

Base imponible general

Estará formada por los rendimientos del trabajo, del capital inmobiliario, del capital mobiliario que no se integren en la base del ahorro (como pueden ser los que procedan de la propiedad industrial e intelectual, de la prestación de asistencia técnica, del arrendamiento de bienes muebles, negocios o del subarrendamiento y de la cesión de derechos de imagen), de actividades económicas (empresariales, profesionales, artísticas, etcétera), por imputaciones de rentas inmobiliarias, y por ganancias y pérdidas no derivadas de la transmisión de elementos patrimoniales (por ejemplo, las que proceden de juegos, avales incobrables, etcétera), las derivadas de la transmisión de elementos patrimoniales generadas en periodos inferiores al año y las ganancias patrimoniales no justificadas: bienes o derechos cuya tenencia, declaración o adquisición no se corresponda con la renta o patrimonio declarados por el contribuyente.

Base imponible del ahorro

La conformarán las siguientes rentas: Rendimientos del capital mobiliario que deriven de la participación en los fondos

propios de cualquier entidad (dividendos), o por la cesión a terceros de capitales propios (intereses); también los procedentes de operaciones de capitalización, contratos de seguro de vida o invalidez, o los procedentes del arrendamiento de muebles.

La integración de una renta en la base general o en la del ahorro resulta determinante a efectos de su tributación por el IRPF, en la medida en que los tipos de gravamen aplicables sobre la misma son muy diferentes:

El resultado de la suma y, en su caso, resta (saldo neto o positivo) de todas las rentas integradas en la base imponible general quedará gravado por el IRPF al tipo marginal correspondiente al sujeto pasivo, considerando el importe total de las rentas a integrar en el ejercicio, que en función de su lugar de residencia puede alcanzar el 56%.

Por el contrario, sobre el saldo neto positivo por las rentas integradas en la base imponible del ahorro resultaría de aplicación un tipo de gravamen fijo que oscila entre el 21% y el 27% (aplicable a partir de 24.000 euros de base imponible).

Como podemos apreciar, la diferencia en la tributación de uno y otro tipo de rentas puede ser de más del doble.

Rendimientos del capital mobiliario integrables en la base imponible del ahorro

Son la totalidad de las utilidades o contraprestaciones provenientes de elementos patrimoniales, bienes o derechos de naturaleza mobiliaria de los que el contri-

buyente es titular. Los podemos clasificar en los siguientes grupos:

1. Rendimientos procedentes de la participación en el capital social de cualquier entidad, como pueden ser los dividendos, las primas por asistencia a juntas, los beneficios recibidos de instituciones de inversión colectiva, etcétera. En el caso de los dividendos y rendimientos similares cabe advertir que la ley del LIRPF establece la exención de los primeros 1.500 euros.

2. Rendimientos procedentes de la cesión a terceros de capitales propios, como pueden ser los intereses de cuentas bancarias, los intereses de los bonos y obligaciones, las ganancias derivadas de las Letras del Tesoro (que no están sometidas a retención), las ganancias derivadas de los repos de deuda pública (que tampoco están sometidas a retención), etcétera.

3. Operaciones de capitalización y contratos de seguro de vida o invalidez, como las rentas vitalicias o temporales, inmediatas o diferidas.

Para determinar el rendimiento neto sólo podrán deducirse los gastos de administración y depósito de valores negociables. Las comisiones de mantenimiento o por apunte, o los gastos por la gestión de la cartera de valores, no son deducibles.

Ganancias y pérdidas patrimoniales que constituyen la renta del ahorro

Formarán parte de la base imponible del ahorro las variaciones patrimoniales que se pongan de manifiesto con ocasión de transmisiones de elementos patrimoniales adquiridos, o de mejoras realizadas en los mismos, con más de un año de antelación a la fecha de su transmisión. La alteración patrimonial que da lugar a la ganancia o pérdida patrimonial puede ser:

- Onerosa: cuando se entrega un bien a cambio de una contraprestación, o de otro

bien. Aquí se situarían compraventas, permutas, etcétera.

- Gratuita: cuando el contribuyente entrega algo sin recibir contraprestación a cambio.

- Incorporación o salida de bienes o derechos del patrimonio del contribuyente. Por ejemplo, condonaciones de deudas, premios, etcétera.

Un caso típico de ganancia o pérdida patrimonial sería la transmisión del inmueble afecto a la actividad económica o profesional que se viene realizando (el piso donde se tiene la consulta privada o el local comercial donde radica la farmacia.). En este caso la renta obtenida no tendrá la consideración de un rendimiento de actividades económicas o profesionales, a integrar en la base imponible general, sino que se considerará una ganancia o pérdida patrimonial, integrable en la base imponible del ahorro siempre que el inmueble objeto de transmisión hubiera sido adquirido hace más de un año.

Dicho lo anterior, contemplemos algunos supuestos especiales.

1. No se considera que exista alteración en la composición del patrimonio en los supuestos de división de la cosa común, en la disolución de la sociedad de gananciales o la extinción del régimen económico matrimonial de partición y en la disolución de comunidades de bienes o casos de separación de comuneros.

2. No tienen la consideración de pérdidas patrimoniales las pérdidas no justificadas, las debidas al consumo o uso, las debidas a transmisiones lucrativas por actos inter vivos o a liberalidades, las pérdidas en el juego siempre que excedan de las ganancias obtenidas en el juego en el mismo periodo, las pérdidas derivadas de la transmisión de elementos patrimoniales que

posteriormente se recompran dentro del año siguiente, y las derivadas de la transmisión de valores o participaciones que coticen en Bolsa cuando se hubiesen adquirido valores homogéneos dentro de los dos meses anteriores o posteriores a dichas transmisiones. Si no cotizan en Bolsa el periodo de tiempo será de un año, anterior o posterior a dichas transmisiones.

3. Exención en el IRPF por la reinversión en los supuestos de transmisión de vivienda habitual, o por la transmisión de la vivienda habitual por contribuyentes mayores de 65 años.

Podrán excluirse de gravamen las ganancias patrimoniales que se deriven de la transmisión de la vivienda habitual del contribuyente, siempre que el importe obtenido por la transmisión se reinvierta en la adquisición de una nueva vivienda habitual. Si se reinviertiese solamente una parte del importe obtenido la exención se aplicará sobre la parte proporcional de la ganancia patrimonial obtenida correspondiente a la cantidad reinvertida.

También quedará exenta de tributación por el IRPF la renta que se genere por la transmisión de su vivienda habitual realizada por contribuyentes mayores de 65 años.

Importe de las ganancias o pérdidas patrimoniales

Como regla general el importe de las ganancias o pérdidas patrimoniales vendrá determinado por la diferencia entre los valores de adquisición y transmisión de los elementos patrimoniales. Si se efectuaron mejoras sobre los mismos deberá distinguirse la parte del valor de enajenación que corresponda a cada componente.

- El valor de adquisición estará formado por el importe real por el que en su día se adquirió el elemento patrimonial, más el

coste de las inversiones y mejoras efectuadas sobre el mismo, así como los gastos y tributos inherentes a la adquisición (excluidos los intereses). En el caso de inmuebles este valor se actualizará aplicando unos coeficientes que cada año se fijan en la Ley de Presupuestos del Estado, con el objeto de corregir el efecto de la inflación.

- El valor de transmisión será el importe real por el que la enajenación se hubiese efectuado, deducidos los gastos y tributos cuando sean satisfechos por el transmitente.

Conviene precisar que si el elemento patrimonial transmitido se adquirió con anterioridad al 31 de diciembre de 1994 una parte de la ganancia patrimonial que en su caso se obtuviese quedaría exenta de tributación por el IRPF, por aplicación de los denominados coeficientes de abatimiento. Pero para ello el elemento patrimonial no debe estar afecto a actividades económicas.

Integración y compensación de rentas en la base imponible del ahorro

La base imponible del ahorro estará constituida por la suma del saldo positivo resultante de integrar y compensar, exclusivamente entre sí, los rendimientos del capital mobiliario integrables en la base imponible del ahorro, y el saldo positivo resultante de integrar y compensar, exclusivamente entre sí, las ganancias y pérdidas patrimoniales integrables en la base imponible del ahorro.

Ambos conceptos funcionan como compartimentos estancos, no compensables entre sí. Por tanto el saldo neto negativo de rendimientos de capital mobiliario sólo podrá compensarse con el positivo que se pueda poner de manifiesto durante los cuatro años siguientes. Lo mismo respecto del saldo negativo de las ganancias y pérdidas patrimoniales, también compensable en cuatro años.

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



Por **ELISA HERRERA FERNÁNDEZ**

La responsabilidad social corporativa en el sector sanitario

En esta columna dedicada a los aspectos medioambientales en el sector sanitario, no podemos olvidarnos del importante papel que, poco a poco, está adquiriendo la llamada Responsabilidad Social Corporativa, o Empresarial, ya que ésta incluye la dimensión ambiental y la política, que decide asumir dicha entidad. Si tuviéramos que acudir a las nociones esenciales de lo que significa Responsabilidad Social Corporativa, todos estaríamos de acuerdo en que es un término que hace referencia al conjunto de obligaciones y compromisos, legales y éticos, tanto nacionales como internacionales, que se derivan de los impactos que la actividad de las organizaciones producen en el ámbito social, laboral, medioambiental y de los derechos humanos.

La incorporación de valores éticos en las disciplinas económicas ha sido históricamente un elemento controvertido, pero ya está ampliamente aceptado por la sociedad y también por gran parte del sector empresarial. Sinceramente: no es nada nuevo hablar del compromiso y de valores. Aristóteles ya decía que son virtudes éticas la amabilidad, la sinceridad y la reciprocidad. Lo que sí es nuevo es el enfoque que ha adquirido, con la RSC, en el ámbito empresarial: no sólo estamos para obtener beneficios económicos, existen otros beneficios que también resultan rentables. Además, en el caso de empresas del sector sanitario existe un valor añadido ya que, en principio, poseen una dimensión ética, puesto que su actividad

principal es de interés general: la salud de la población.

El “Libro verde de la responsabilidad social” de la Comisión Europea, la define como «*la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores(stakeholder)*» (Com(2001) Final, 2003¹).

La responsabilidad social de la empresa supone pues un compromiso, el compromiso de la empresa, en nuestro caso sanitaria, con su entorno, para alcanzar un desarrollo económico sostenible. Pero, ¿qué es un desarrollo económico sostenible? Es el equilibrio entre rentabilidad, dimensión social y dimensión ambiental. Hay que establecer nuestras relaciones con trabajadores, clientes, accionistas, inversores, administraciones públicas, colaboradores y proveedores, pacientes, familias, grupos de la sociedad civil, otras empresas del entorno., etcétera En realidad, con la RSC se debe entender como la contribución activa y voluntaria de la organización que integra las áreas social, económica y ambiental, lo significa realizar una gestión inteligente.

Las grandes áreas social, económica, y ambiental mencionadas deben quedar siempre definidas en cualquier sistema de gestión, aunque a efectos prácticos, se trabajan una serie de dimensiones concretas en donde se puedan establecer medidas y estrategias tangibles, cuya suma resulta en el beneficio del conjunto de las tres grandes áreas de responsabilidad.

La empresa sanitaria debe organizar su de trabajo teniendo en cuenta:

- Un objetivo fundamental y general que se centra en la sostenibilidad medioambiental.
- Unos objetivos concretos. (El cuidado del entorno cumpliendo con criterios y reglamentación medioambiental y la gestión adecuada de los recursos, principalmente si éstos son limitados).

Desde un punto de vista externo de las empresas, la responsabilidad social obliga a que el centro sanitario sea, o debe ser, una agente dinamizador de la economía del entorno económico en que se desenvuelve su actividad.

Por otro lado, y es uno de los motivos por los que cada vez alcanza una mayor dimensión la RSC en el sector sanitario (y en otros sectores), implantar una gestión sostenible lleva a la posibilidad de realizar una Memoria de Sostenibilidad, mediante la cual la empresa difunde su labor en este ámbito, le aporta un medio de comunicación y marketing con una gran credibilidad ante la sociedad que, al margen de que resulta de interés para la propia entidad le obliga a hacer un gestión contemplando las tres dimensiones que hemos mencionado, y eso es hacer la gestión inteligente.

PUNTOS CLAVE

Desarrollo económico sostenible es el equilibrio entre rentabilidad, dimensión social y dimensión ambiental

La Memoria de Sostenibilidad permite a la empresa difundir su labor en este ámbito

XXI^{as} JORNADAS

MediTerraneas



DE
CONFRONTACIONES
TERAPEUTICAS
EN MEDICINA
Y CIRUGIA
COSMETICA



17 a 19 de Mayo 2013 • Hotel Meliá Sitges • SITGES - BARCELONA

Tel. +34934108400 • www.confitera.com



Por **LUIS G. PARERAS**

Modelos de negocio *biotech*

La mayoría de compañías biotecnológicas tratan no sólo de aportar tecnología sino también de aportar sustancias prometedoras descubiertas (muchas veces utilizando su propia tecnología), para licenciarlas a una compañía farmacéutica «clásica» que se encargará de completar su estudio clínico y de su puesta en el mercado. Esta licencia otorgada comporta de nuevo ingresos periódicos en forma de royalties de acuerdo con las ventas del nuevo fármaco (típicamente entre el 5 y el 15%, aunque esta cifra puede ser muy variable).

El valor generado por este modelo de negocio será tanto mayor cuanto:

- Más avanzada esté la sustancia en el ciclo de producción de fármacos.
- Es obvio que una sustancia que ya tiene una fase II completada es más valiosa que una que esté aún en estudio preclínico.
- Mayor sea el potencial de impacto de ese fármaco sobre el mercado, teniendo en cuenta el tamaño total del mercado al que se dirige y una estimación de sus posibles ventas.
- Menor sea el tiempo que transcurra desde la licencia hasta la puesta en el mercado del fármaco. Aunque los ingresos en forma de royalties pueden ser muy importantes, en ocasiones llegan demasiado tarde en el tiempo, y la compañía biotecnológica no consigue suficiente financiación para sobrevivir.

Las ventajas para la biotecnológica de este modelo de acuerdo basado en licencias son por un lado que demuestra a los inversores que su tecnología es rentable y puede atraer por tanto la entrada de más capital, el acuerdo genera *cashflow* para financiar las actividades del día a día, hay una oportunidad de aprendizaje de la compañía farmacéutica asociada y de utilizar parte de sus activos para desarrollar más productos, y la biotech gana acceso a otros mercados fuera de su ámbito de acción.

Para la parte contraria, la compañía farmacéutica que adquiere la licencia, la colaboración es también muy productiva porque le permite llenar su cartera

le permite disminuir sus riesgos, incorporando productos a su *pipeline* (proceso de análisis) con mayores posibilidades de llegar a buen puerto, dado que los productos biológicos, precisamente por su origen tecnológico, permiten mayor precisión en cuanto a su diseño.

En general, podríamos decir que los factores clave para el éxito de una biotech en este modelo son:

- Acceso a moléculas prometedoras de forma continuada y buena capacidad de negociación con la industria para transferir con los derechos.
- Buena capacidad para conseguir financiación, porque las necesidades de capital para avanzar paso a paso en el

camino regulatorio y llevar el fármaco adelante son elevadas.

- Rapidez a la hora de llegar al mercado, es decir, buena tecnología que garantice la mejor eficiencia de todo el proceso.

Una vez entran en fase clínica sigue existiendo

mucho riesgo pero la industria ya ha podido comprobar que los fármacos de origen biotecnológico son más específicos, más seguros, más eficaces y con menos efectos secundarios que los fármacos de síntesis química. De hecho, hoy en día ya se aprueban para su comercialización más productos biológicos que químicos.

“LOS FÁRMACOS DE ORIGEN BIOTECNOLÓGICO SON MÁS ESPECÍFICOS, MÁS SEGUROS, MÁS EFICACES Y CON MENOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE LOS DE SÍNTESIS QUÍMICA”

(portfolio) de productos en camino de convertirse en fármacos (y aumentar así las posibilidades de éxitos futuros, diversificando las opciones y reduciendo al mínimo el riesgo), le permite expandirse a nuevos mercados o nuevas áreas terapéuticas, acceder a capacidades tecnológicas nuevas que optimicen su proceso haciéndolo más rápido y/o más barato, y



Torneo benéfico Fundación Síndrome de West

Los toreros vencen a los periodistas

El internacional Miguel Ángel Jiménez recibió el premio al Mérito Golfístico

El Club de Campo Villa de Madrid acogió una vez más el torneo benéfico que cada año enfrenta a toreros y periodistas a favor de la Fundación Síndrome de West. Los doscientos asistentes pudieron disfrutar de una estupenda jornada en la que los representantes del sector taurino sorprendieron a los informadores, que partían como favoritos.

Entre los amigos de la Fundación que quisieron apoyar con su presencia se encontraban los matadores Javier Valverde, Pepín Liria, Tomás Luna y Jorge Arellano, mientras que entre los periodistas estuvieron Nacho Aranda, Carlos García Hirschfeld, Ángel Rodríguez, Guillermo Salmerón y Hugo Costa. Al final de la jornada el resultado fue de 98-90 a favor de los taurinos. Con esta victoria los periodistas ven reducida la ventaja que llevaban a sólo dos triunfos. Después de once ediciones, en la Ryder particular que les enfrenta el balance es de 9,5 a 7,5 a favor de los informadores.

Pero muchos más fueron los rostros conocidos que se animaron a disfrutar de una jornada de golf, entre ellos los deportistas Luis Figo, Francisco Pavón, Albert Celades, Manu Sarabia, Jesús García Sanjuán, Cecilio Alonso, Lorenzo Rico y artistas como Francis Lorenzo, Josefa Yuste, Miguel Ángel Garzón, Sinacio, Juan Luis Giménez y Verónica Mengod. Más tarde, a la hora del clinic que impartió la profesional Adriana Zwank, se incorporaron los televisivos Mago More, Nancho Novo, Máximo Pradera y el seleccionador nacional de baloncesto, Juan Antonio Orenga. También se sumaron a



Miguel Ángel Jiménez practica ante la atenta mirada de la periodista Marta Jaumandreu, la golfista Adriana Zwank y el seleccionador Juan Antonio Orenga.

la fiesta sus compañeros, Fernando Romay, Juanma Iturriaga e Iñaki de Miguel.

Tras una magnífica comida, a la hora de los postres, se le entregó el premio al Mérito Golfístico al golfista internacional Miguel Ángel Jiménez, por su buen hacer en este deporte que tanto ayuda a la Fundación Síndrome de West. El colofón a la fiesta llegó con la actuación de los humoristas Bermúdez y Daniel de la Cámara y con una rifa de los regalos cedidos por patrocinadores y colaboradores conducida por More, humorista y papá de uno de los niños de la Fundación Síndrome de West.

Circuito de Madrid: Oriol se estrena con victoria

Como viene siendo habitual en los últimos años, Golf Olivar de la Hinojosa se ha encargado de abrir la temporada profesional en Madrid. En esta ocasión el circuito cumple con un trámite que comenzó en 2002 con un palmarés que inició Vicente Blázquez, aunque en esta ocasión no tuvo su mejor día y no pudo conmemorar aquella fecha.

Quien sí celebró su resultado fue un madrugador Pedro Oriol, que, tras su victoria en la segunda prueba de 2012, parece haberse acostumbrado

a aumentar su cuenta particular en los primeros compases de la temporada. El jugador del Programa Jóvenes Promesas destacó entre los 86 golfistas que tomaron la salida en un único tiro, dejando claro que los buenos resultados de la pasada temporada —donde afianzó su tarjeta en el Challenge Tour y se impuso hasta en cuatro ocasiones en el Circuito de Madrid—, no fueron casuales. RACE, Retamares, la 'Hípica' y la final de Layos, tuvieron su particular dejà vu en Olivar de la Hinojosa. Con el recuerdo

de aquel torneo aún en la memoria, Oriol arrancaba el año madrileño con tres birdies antes del hoyo nueve. No le duraría mucho el buen sabor de boca al de Puerta de Hierro. Doble bogey y bogey para comenzar la segunda vuelta le obligaban a volver a empezar y a exhibir su mejor golf para enmendar los errores. Por fortuna para él, un birdie le esperaba en el siguiente hoyo para terminar rematando el día restando otros dos golpes en los hoyos 17 y el 18 y tomar distancia sobre sus perseguidores.