

Medical10 EDICIÓN ESPAÑOLA aniversario

Economics®

7 DE JUNIO DE 2013

Nº 192

GESTIÓN PROFESIONAL. ATENCIÓN AL PACIENTE. MedicalEconomics.es



Más

**A río revuelto,
sindicatos nuevos**

PÁGINA 34

**Seguridad en el
lugar de trabajo**

PÁGINA 38

**Sanidad española,
soluciones
pendientes**

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.





23

EN PORTADA

23 Sanidad española, soluciones pendientes

El informe Diez temas candentes de la Sanidad española para 2013 trata de sensibilizar a la Administración, para que ésta pueda apoyarse en él a la hora de tomar decisiones, ya que aborda un análisis íntegro de la problemática actual de la sanidad.

29 Derechos y deberes en la calidad de la asistencia sanitaria

Los derechos y deberes de las partes que intervienen en el proceso asistencial configuran la calidad del mismo. Su reconocimiento es vital para poder garantizarlos.

REPORTAJES

34 A río revuelto, sindicatos nuevos

Al calor de las protestas por el de la Comunidad de Madrid, han surgido tres nuevos sindicatos: médicos, enfermeros y usuarios.

38 Seguridad en el lugar de trabajo

Contar con un protocolo de seguridad definido es fundamental para el personal, los médicos y los pacientes.

41 El optimismo puede reducir el riesgo de mala praxis



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. Paredes

TRADUCCIÓN Laura Piperno

MAQUETACIÓN Carlos Sanz, Carolina Vicent

PUBLICIDAD

MADRID Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

BARCELONA Pilar Uviedo
puviedo.spa@drugfarma.com

ADMINISTRACIÓN

Ana García Panizo
91 500 20 88

SUSCRIPCIONES

Estrella Tabárez
91 500 20 77, suscripciones@drugfarma.com

Tarifa ordinaria anual 113 €

Tarifa instituciones anual 140 €

Ejemplar suelto 6 €

Ejemplar atrasado 9 €

Precios válidos para España, IVA incluido

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

www.litofinter.es

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Av. Córdoba, 21, 3.º
28026 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**
Sobran los análisis
- 7 **La lanceta**
Maneras de conducir
- 10 **Actualidad**
- 16 **Gestión en Enfermería**
La Enfermería en la monitorización de la adherencia al tratamiento
- 18 **Emprendedores**
“Emprender ante la crisis del sistema de salud”
- 21 **Sanidad Autonómica**
- 44 **Normativa**
Respuestas a sus preguntas sobre...
- 46 **Informática**
Externalización de los sistemas de información
- 48 **Golf**



ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Influirá la creación de nuevos sindicatos en el futuro del SNS?



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

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

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

MEDICAL ECONOMICS Edición Española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA) Av. Córdoba, 21, 3.º 28026 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 Gallisá
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 Abuin
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

Sobran los análisis

Por **IGNACIO RIESGO**

Sobran los análisis. Hay quien dice que el sistema sanitario español está sobreanalizado y que tocamos a varios documentos de análisis general por año. Se dice que sobran los análisis y que lo que falta es acción. Hay quien sostiene que tras el *Informe Abril* lo que tenemos que hacer es aplicarlo, ya que todo quedó allí escrito.

Seguramente sea cierto que falta acción, pero no puedo compartir que sobran los análisis.

Incluso partiendo de una valoración muy positiva del *Informe Abril*, como es en mi caso, no hay que olvidar que el tal informe vio la luz en julio de 1991, por lo tanto hace ya 22 años, que para muchas cosas es una eternidad, y que en el momento de su aparición muchos de los problemas o de las vías de solución que contemplamos hoy ni siquiera se vislumbraban. ¿Dónde estaba la medicina personalizada en esa época?, ¿cómo se contemplaban los sistemas de información en salud?, ¿cómo se enfocaba el abordaje de los crónicos?, ¿qué papel jugaba la *mHealth*?, ¿cuál era la visión sobre los procesos de colaboración público/privada?, ¿cómo se veía la colaboración del sector privado en el sistema público?, ¿cómo se trataba el siempre tema central del papel de la competencia en el sistema sanitario?

Por lo tanto, no es cierto que sobren los análisis. Mi posición es justo la contraria. Nos faltan análisis. O, dicho de otra forma, nos sobran análisis convencionales y repetitivos y nos faltan visiones originales, innovadoras y, ¿por qué no decirlo?, rupturistas.

En este contexto se han publicado los *Diez temas candentes de la Sanidad española* para 2013, siendo ya el cuarto año consecutivo que se publica un documento similar.

El documento está escrito por una consultora, por lo tanto no por un grupo de académicos ni de analistas profesionales. No se alimenta de proyectos de investigación, sino fundamentalmente de conversaciones permanentes con clientes muy diversos del sector sanitario. También está escrito desde una cierta independencia política y, aunque la posición de la consultora es muy *business friendly* hacia las empresas del sector, tampoco representa la opinión de ninguna empresa o grupo de empresas en particular.

Por lo tanto, ni es un documento académico (aunque pretende no caer en groserías intelectuales), ni es un programa político, ni representa la posición de ningún grupo empresarial del sector. Tampoco pretende ser un análisis sistemático y ni siquiera un conjunto de recomendaciones.

Visto lo que no es, ¿qué es, entonces? Lo que pretende este documento es poner el foco en determinados temas del sector que se consideran relevantes, bien por su actualidad, o porque se estima que son temas emergentes y que, en cierto modo, condicionan el futuro del sector y requieren un cierto análisis. Obviamente, el que se seleccionen una serie de temas en 2013 no quiere decir que

hayan perdido vigencia o se hayan resuelto los temas analizados en años anteriores.

Este año se analizan temas tan variados como los recortes en sanidad, la *mHealth*, la necesidad de contar con los profesionales en las reformas que se planteen, el ya perentorio abordaje del problema de los hospitales de cuidados intermedios, la internacionalización de las empresas de salud, el cambio del papel de las empresas farmacéuticas y de tecnología médica para convertirse en socios estratégicos del sistema sanitario, la garantía del acceso de los pacientes a la innovación y los obstáculos a este acceso, los procesos de concentración de empresas sanitarias en marcha, la medicina personalizada y los avances hacia el *open data* en salud.

¿Es posible extraer alguna conclusión general sobre este conjunto de temas? ¿o son asuntos dispersos sin la más mínima ligazón entre sí?

La primera conclusión es que muchos de esos temas, como otros muchos de los analizados en años anteriores son de tal calado que requieren un impulso institucional para el conjunto del sector sanitario, ya no solamente para el Sistema Nacional de Salud.

La segunda es que hay una ausencia de ese empuje institucional, ya que el Ministerio de Sanidad, desde hace ya varias legislaturas, parece incapaz de ejercer ese liderazgo, y determinados asuntos son de tal calibre que el simple impulso desde las comunidades autónomas, de haberlo, es insuficiente. Vivimos unos años de guerras estériles, donde parece que la herramienta más utilizada en sanidad es el Tribunal Constitucional (Real Decreto-ley 16/2012, euro por receta, subastas de medicamentos, ahora los cambios en la gestión que se anuncian para los hospitales de Madrid, etcétera).

TRANSFORMACIÓN DEL SECTOR

Sin embargo, como decía el viejo Galileo, después de abjurar de la visión heliocéntrica del mundo ante la inquisición, *eppur si muove*. El sector se sigue moviendo, tanto en el ámbito público (grupos activos trabajando en medicina personalizada, o en nuevos enfoques hacia los crónicos, etcétera), como en el privado (procesos de internacionalización y concentración, nacimiento de nuevas empresas, etcétera). Obviamente, la falta de empuje institucional no es lo deseable, pero es bueno saber que estamos en un sector que tiene su propia dinámica, que está muy abierto a los cambios y que se sigue moviendo.

Naturalmente, las inquietudes de los profesionales, los avances en biomedicina, las demandas sociales, la influencia del entorno internacional, el marco económico, etcétera, van a seguir actuando y contribuyendo a la transformación del sector sanitario. ■

Director de Sanidad de PwC.

Maneras de conducir

Por GONZALO SAN SEGUNDO

El roquero Rosendo Mercado incluyó en 2004 en su disco Salud y buenos alimentos una canción muy conocida titulada *Maneras de vivir*. Debería enriquecer su repertorio con la no menos acreditada *Maneras de conducir* que, trasladada al modo en que nos manejan o gobiernan y circunscrita al ámbito sanitario, podría decir, más o menos, y en prosa, lo siguiente.

Después del apretón suele venir el frenazo o la desaceleración. Así, tras levantar Bruselas el freno en sus exigencias de austeridad a España, Mariano Rajoy ha relajado la dureza de los recortes. Ahí están las medidas aprobadas por el Consejo de Ministros el pasado viernes, 26 de abril. Lo mismo hizo el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, que primero anunció la privatización de 27 centros de salud y, por el momento, dicha cifra la ha rebajado a cuatro. Eso sí, mantiene incólume la privatización de la gestión de seis hospitales. Su homólogo en Cataluña, Boi Ruiz, ha tenido que dar macha atrás en la adjudicación de un área básica de salud. Igual decisión había tomado en Andalucía María Jesús Montero con las subastas de medicamentos.

Son algunos ejemplos de los muchos que se podrían poner acerca de cómo los políticos gobernantes toman decisiones y luego las atemperan, reducen o se ven obligados a anularlas o paralizarlas. Y es que mantener desde el poder una velocidad de cruceo debe de ser, además de monótono y soporífero, harto complicado, ya que las circunstancias, endógenas o exógenas, pueden hacer variar no solo el rumbo sino también la velocidad de cumplimiento de las resoluciones.

En el circuito sanitario nadie conduce con el piloto automático activado. Y es una lástima, porque se advertirían de inmediato errores, peligros y obstáculos. Pero sí hay quien pilota con el programador de velocidad en *on*, habida cuenta del ralentí al que marcha su gobernanza. Y no faltan los que desde los *boxes* contemplan cómo toman

las curvas sus competidores que, según su comportamiento en el circuito, se podrían clasificar en:

Paquidermos: Los que van por el carril de la izquierda y no se apartan por mucho que les toquen el claxon.

O sea, que van a diagnóstico fijo, sean cuales sean los síntomas. Resultan pesadísimos.

Empecinados: No son descendientes de Juan Martín Díez *El Empecinado*, sino recalcitrantes conductores con matrícula capicúa.

Taxistas: Los que, ante un semáforo en rojo, se ponen en la fila en la que más coches hay. Es decir, alargan las listas de espera con la justificación del ahorro. Abundan.

Kamikazes: Toman las decisiones por su cuenta y riesgo de otros.

Pica-pica: Les pica el gusanillo del adelantamiento o, lo que es lo mismo, quieren ser más y mejor que el vecino en obras y servicios, pero no en pensamiento. Con la crisis están desapareciendo.

Experimentales: Los que prueban de todo sin conocer nada. Resultan inquietantes y peligrosos, pues el experimento puede estallar en cuerpo ajeno.

Prudenciales: Relativo a prudente, consultan con los profesionales sus decisiones más importantes antes de tomarlas. Escasean.

Son modos (algunos) de conducir, de comportarse al volante del poder. Hay más, pero los mencionados aparecen como los más

familiares, aquellos con los que los ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios se topan más a menudo. De modo que a los conductores más infractores de la sanidad pública les deberían quitar puntos de su carnet de conducir (si no la retirada del mímico), mostrada su osadía o ingenuidad ante el volante. Porque tan arriesgado resulta pasarse de frenada como meter la marcha atrás sin mirar por el retrovisor. ■



"A LOS CONDUCTORES MÁS INFRACTORES DE LA SANIDAD PÚBLICA LES DEBERÍAN QUITAR SUS PUNTOS DEL CARNET DE CONDUCIR, MOSTRADA SU OSADÍA O INGENUIDAD ANTE EL VOLANTE"

Director asociado de *Medical Economics*.

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

GESTIÓN

EL TURISMO SANITARIO ATRAJO A MÁS DE 20.000 PACIENTES EL PASADO AÑO

El turismo de salud ha adquirido mayor relevancia en España en los últimos años, ya que atrajo a más de 20.000 turistas internacionales en 2012, según la secretaria de Estado de turismo, Isabel Borrego.

En una comparecencia dada recientemente en la Comisión de Industria, Energía y Turismo del Senado, Borrego resaltó que cada vez son más los turistas nacionales e internacionales que visitan los balnearios españoles o realizan viajes relacionados con la salud.

Según datos facilitados por Turespaña, el año pasado 21.868 turistas internacionales llegaron a España para realizarse tratamientos de salud voluntarios con un gasto de unos 2,1 millones de euros.

Durante su intervención en la primera Jornada Nacional de Turismo de Salud, que se celebró en Archena (Murcia), la secretaria de Estado de Turismo ya destacó que el turismo de salud es “estratégico” para el Ejecutivo.

Así, insistió que el gasto medio de un turista de salud multiplica el de un turista convencional y que sus estancias son generalmente más largas. A la vez hizo hincapié en que el turismo médico mueve alrededor de 75.000 millones de euros anuales en todo el mundo. De hecho, el turismo sanitario atrae a más de nueve millones de europeos al año y ya hay previsiones de que se incrementarán hasta 2020, en un 90 por ciento.

ASOCIACIONES

MÁS DE 100 LABORATORIOS DE ANÁLISIS CLÍNICOS CREAN ANLAC

La Asociación Nacional Empresarial del Laboratorios Clínicos (ANLAC) ha sido creada por más de 100 laboratorios de análisis clínicos con el objetivo de defender los intereses profesionales y económicos del sector sanitario.

El presidente de la nueva asociación, Santiago Martínez del Olmo, aporta las razones que explican el porqué de su creación. Así, asegura que hay problemas comunes en el sector que no son tratados, a la vez que hacía falta un interlocutor para tratar con la Administración y con las aseguradoras, “que demandan servicios realizados en un clima de colaboración”. Además de la defensa de los intereses laborales, profesionales, y de servir de interlocutor entre la Administración y otros organismos del sector, ANLAC pretende garantizar la calidad de la labor de sus

asociados y defender sus intereses en temas de fiscalidad, además de concertar acuerdos “con los bufetes especializados en el tema que nos interese”, asegura. Martínez del Olmo también indica que están tratando de organizar una central de compras, y además pretende ser el núcleo que fomenta reuniones y eventos de carácter científico y profesionales, ya que consideran fundamental analizar los temas que les compete e intercambiar opiniones.

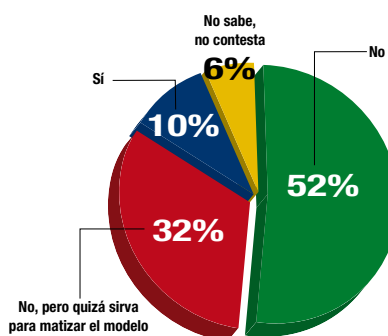
Según se expuso en la presentación de ANLAC, poner orden en el nomenclátor es otra de las tareas pendientes, así como ponerse al día con los avances científicos que se producen continuamente. Abundaron en la necesidad de que una misma prueba se llame igual en toda España y que su cuantificación sea proporcionada, atendiendo a unos precios de referencia.

ENCUESTA

¿CREE QUE LA CONSULTA POR LA SANIDAD LLEVADA A CABO BAJO INICIATIVA POPULAR PUEDE SERVIR PARA DETENER EL NUEVO MODELO DE GESTIÓN PRIVADA?

Según los resultados de la encuesta de *Medical Economics*, más de la mitad de los participantes manifiesta que la consulta por la sanidad llevada a cabo bajo iniciativa popular no servirá para detener el nuevo modelo de gestión privada. Un considerable porcentaje afirma que tampoco detendrá la gestión privada, pero quizás sirva para matizar dicho modelo privatizador.

Un pequeño porcentaje asegura que esta iniciativa popular sí servirá para detener el nuevo modelo que se pretende implantar, mientras una parte casi no representativa ha decidido no manifestarse al respecto y elegir la opción “no sabe, no contesta”.



PROFESIÓN

LA ATENCIÓN PRIMARIA, RELEGADA EN LAS PETICIONES DE PLAZAS MIR EN 2013

El Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada, dirigido por Vicente Matas, ha elaborado un informe sobre la última elección de plazas MIR para la formación de especialistas médicos, en el que, entre otras cosas, se subraya la relegación de opción por la Atención Primaria.

En el dossier se pone de manifiesto que, concluida la primera fase de elección, quedaron vacantes 350 plazas, de las que 243 correspondían a medicina familiar

y comunitaria, que quedaron cubiertas en una segunda vuelta. Cirugía plástica, con 33 plazas, se agotó en la mañana del primer día de elección; a ésta siguieron dermatología, neurocirugía, cardiología y cirugía cardiovascular.

Por otro lado, y entre otros datos significativos, el informe señala que el 66,7 por ciento de los aspirantes son mujeres, y que Madrid es la provincia con mayor número de plazas.

CLÍNICAS PRIVADAS

LAS CLÍNICAS PRIVADAS SUFREN UN DESCENSO EN LA CONCERTACIÓN

Según queda puesto de manifiesto en una encuesta elaborada por la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP), los conciertos público-privados han descendido en el último año, tanto en volumen como en precios. Entre los asociados de la Federación, el 70 por ciento de los centros sanitarios privados tiene algún tipo de concierto con la Administración Pública.

De este porcentaje, la mayoría concierta por lista de espera y pruebas diagnósticas. Por autonomías, la Comunidad Valenciana es la que más destaca en niveles de concertación. La media nacional de reducción se sitúa en el 15 por ciento en el caso reducción de volumen, y en el 9 por ciento en el caso de la reducción de precio abonado.

JUBILACIÓN

EL TC AVALA LA CAPACIDAD AUTONÓMICA PARA REGULAR LA JUBILACIÓN

El Tribunal Constitucional (TC) ha acordado inadmitir a trámite la cuestión de inconstitucionalidad planteada por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña sobre la normativa que regula la jubilación forzosa a los 65 años de edad del personal sanitario, resaltando la excepcionalidad de la posibilidad de continuación en el servicio activo hasta los 70 años.

El artículo 26.2 de la Ley 55/2003 establece la jubilación forzosa del personal estatutario a los 65 años con la posibilidad de solicitar una prolongación del servicio activo en determinados supuestos, y señala que la prolongación está sujeta a una autorización del servicio de salud.

Por su parte, la Ley del Parlamento de Cataluña 5/2012, de "Jubilación forzosa del personal del Instituto Catalán de Salud", señala que la prolongación en el servicio activo podrá darse "excepcionalmente, por necesidades asistenciales, mediante una resolución expresa motivada en las causas previstas en el plan de ordenación de recursos humanos del Instituto Catalán de Salud que atienden a motivaciones específicas de necesidad asistencial al territorio o por el prestigio profesional de la persona interesada".

ENTRE NOSOTROS

JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ GARCÍA, NOMBRADO ACADEMICO DE HONOR

La Academia Española de Estudios Históricos de Estomatología y Odontología, ha recibido la incorporación de 24 nuevos miembros, 10 de ellos de honor y otros 14 de número. Uno de los nuevos miembros de honor es José María Martínez García, director general del Instituto Valenciano del Pie, director gerente de la Asociación Nacional de Actividades Médicas y Odontológicas de la Sanidad Privada (AMOSP), presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad, y director asociado de *Medical Economics*.

En representación de la Academia, su presidente, Julio González Iglesias, felicitó a los nuevos miembros, de los que resaltó "los méritos que cada uno de ellos tiene para formar parte de esta institución". Además, presentó la nueva medalla de la institución que pueden lucir todos sus miembros, con los retratos en el anverso de los precursores y figuras más destacadas de la estomatología y la odontología en España; y en el reverso, la figura del dios griego de la medicina, Asclepio.

OJO AL DATO / CLÍNICAS PRIVADAS

La facturación de clínicas privadas fue **6.125** millones de euros en 2012.

Un **0,4%** más que el año anterior.

3.955 millones de euros proceden de los convenios con compañías aseguradoras.

Los ingresos de conciertos públicos registraron una disminución del **6,3%**

Fuente: DBK.

Innovación en los programas de atención a médicos enfermos

El IV congreso del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), celebrado en Burgos, abordó, entre otros temas, su consolidación como Programa Colegial y el consenso en lo referente a los protocolos de uso. Por otra parte, centró el contenido de su segunda mesa en las experiencias innovadoras en cuanto a los médicos enfermos de España y Reino Unido. En él participaron profesionales vinculados a estas iniciativas, que en España llevan implantadas catorce años a través del PAIME y en Reino Unido desde 2008, a través del *NHS Practitioner Health Programme (PHP)*.

La mesa estuvo coordinada por Ignacio Martínez Hens, miembro del Comité Técnico Nacional del PAIME, y participaron como ponentes Antoni Arteman, gerente de la Fundación Galatea, Serafín Serrano, secretario general de la OMC, Clare Gerada, *Medical*

Director del PHP, y Carmen Renedo, del Programa de Atención Integral a la Salud del Juez del Consejo General del Poder Judicial.

PHP ha atendido en los últimos tres años a unos mil pacientes, dos tercios por trastornos mentales y un tercio por adicciones, alcohol o abuso de sustancias. Según sus estadísticas, el porcentaje de pacientes que se incorpora al trabajo en un plazo de un año supera el 80 por ciento. Según Gerada, “aunque los médicos tienen dificultad para reconocer sus propios problemas, cuando reciben ayuda, valoran que lo importante es recuperarse y volver al puesto de trabajo”.

Destacó también de este programa la garantía de confidencialidad del mismo, aunque señaló el deber deontológico como médico de alertar al Consejo General de Médicos y revelar la identidad de los profesionales que puedan suponer un riesgo para los pacientes.

Janssen colabora en un informe de medidas contra la hepatitis C

Expertos han elaborado recientemente un informe sobre el impacto de la hepatitis C a nivel global llamado “la pandemia silenciosa”, gracias a la colaboración de Janssen, en el que presentan propuestas que mejoren la prevención y frenen la creciente prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial. Se trata de un iniciativa pionera, en la que por primera vez se recogen las voces de las principales organizaciones sanitarias internacionales.

Charles Gore, presidente de la Alianza Mundial contra la Hepatitis y colaborador en el informe, señala que “a pesar de la importante carga que supone el VHC, los gobiernos de todo el mundo no han sabido captar el alcance y las repercusiones de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 150 millones de personas en todo el mundo están actualmente infectadas por el

VHC, enfermedad que se transmite por la sangre y que provoca la muerte, aproximadamente, de unas 350.000 personas al año. Los expertos piden a los países que adopten un “enfoque integral”, que tenga en cuenta las necesidades de cada país, así como los recursos disponibles para poder obtener datos consistentes, incrementar la concienciación y fomentar la prevención.

Según los especialistas, el planteamiento estratégico de la enfermedad abordaría la vigilancia eficaz de la enfermedad. Los 16 especialistas que han participado en el informe coinciden en señalar el total desconocimiento de la verdadera magnitud del problema, provocado por la falta de información epidemiológica sobre la enfermedad. Según la Alianza Mundial contra la Hepatitis, solo Países Bajos cuenta con información fiable sobre hepatitis C, mientras que en los demás países los datos son escasos o inexistentes.

GENTE

Nombramientos

Las Consejerías de Sanidad de las diferentes Comunidades Autónomas que componen nuestro país han nombrado recientemente a nuevos gerentes y directores en el área de salud, siendo las Islas Baleares la que más movimiento ha registrado en este último mes.

En Baleares, por un lado, **Rafael Marcote** acaba de ser nombrado director gerente de la Fundación Hospital Comarcal de Inca tras el cese de Fernando Navarro Fernández-Rodríguez.

Por otra parte, y respecto a cambios en la organización sanitaria, la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social de las Islas Baleares se ha dividido en dos: la Consejería de Salud, a cuyo frente continúa **Martí Sansaloni Oliver**, y la recién creada Consejería de Familia y Servicios Sociales encabezada por **Sandra Fernández**, hasta la fecha concejala de Bienestar Social, Inmigración y Participación en el Ayuntamiento de Palma.

En Cantabria, **Carlos León Rodríguez** será el nuevo gerente del Servicio Cántabro de Salud, puesto que compatibilizará con su actual cargo de director general de ordenación y atención sanitaria en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

En Galicia, la nueva gerente del Hospital de Barbanza (área de gestión integrada de Santiago de Compostela) será **Laura Ballesta**, que sustituirá a Luis González Taboada.

Y por último, en Asturias, **Lidia Clara Rodríguez García** ha sido nombrada como la nueva directora de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del área sanitaria III (Avilés) cubriendo la vacante dejada por Javier Clarós González.

Información cortesía de Fillingthegap.es



Imaginación y creatividad como solución ante la crisis

Sigtes acogió entre el 17 y el 19 de mayo las XXI Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética. Más de 800 médicos y 90 empresas se dieron cita en un evento convertido ya en referencia nacional e internacional en el ámbito de la Medicina Cosmética, Estética y del Envejecimiento Fisiológico. Durante la primera sesión de la conferencia, *Afrontar la crisis ya no es la opción, la opción es cómo salir de la crisis*, actuó como moderador y ponente José María Martínez, director asociado de *Medical Economics*. También ejercieron de ponentes en esa misma mesa Angélica Alarcón, directora de comunicación del Grupo Hospitalario Ribera Salud, y Marta Iranzo, directora de Avant Comunicación.

En la primera sesión de las Jornadas Mediterráneas, se habló de sumar imaginación y creatividad, mediante la planificación de una estrategia coherente donde se tenga en cuenta el ahorro y el fomento a la innovación de una forma coordinada. Asimismo, se restó importancia al gasto y se fomentó el óptimo aprovechamiento de los recursos. Según José María Martínez, “la comunicación interna es muy



La ponencia inaugural contó con una gran afluencia de público.

importante, debido a las cada vez más frecuentes actitudes defensivas de ciertos colectivos (médicos, gestores) en su actividad profesional diaria”.

Martínez se mostró preocupado porque “conducen a un modelo de conformismo y una organización inmanejable”. Su conclusión es que “se generan barreras graves en la comunicación, y se busca proteger la autoimagen de una persona o de un grupo, obstaculizando la productividad y generando dudas en el paciente”.

EL MODELO ALZIRA

En su intervención, Angélica Alarcón aseguró que tras quince años de existencia desde la implantación de este modelo “se ha convertido en un referente de gestión sanitaria eficiente y eficaz y que

ha suscitado el interés de organismos e instituciones nacionales e internacionales”.

Ante el reciente anuncio hecho por algunas comunidades autónomas como Madrid o Castilla la Mancha de apostar por modelos de colaboración público-privada, según la ponente “se han puesto en el punto de mira tanto la gestión como las empresas que la desarrollan, volviendo a antiguos paradigmas que creíamos superados”. Por otra parte, declaró que “se confunde la colaboración privada con la privatización, y se genera una resistencia al cambio del sistema sanitario público, porque se considera una conquista social”.

COMUNICACIÓN 3.0

Marta Iranzo dedicó su ponencia a la comunicación 3.0 como parte de la evolución lógica y natural de nuestra sociedad. En palabras de Iranzo, “la habilidad de conectar con los demás será nuestro mejor arma de marketing de cara al futuro”. Asimismo, afirmó que “en este escenario, internet es un actor clave” y que “el rol de internet en el proceso de consulta de información sobre la salud crece cada día”, concluyó.



Federación Nacional de Clínicas Privadas

Tu Federación

La Federación Nacional de Clínicas Privadas es la patronal de referencia de la Sanidad Privada, con más de 350 centros asociados. Únete a la FNCP y empieza a disfrutar de sus ventajas:

- Representación institucional y defensa de los intereses de nuestros asociados
- Central de compras propia
- Proyecto de Turismo Salud
- Comunicación constante con los asociados
- Descuentos en diferentes productos y servicios

¡Entra ya!
www.fncp.es

Webdelasalud.es y SEPAR colaboran en la relación médico-paciente

El portal para pacientes Webdelasalud.es ha llegado a un acuerdo de colaboración con SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), con el objetivo de contribuir a mejorar la relación entre los profesionales y los pacientes.

La firma de este acuerdo establece un espacio que permitirá el desarrollo conjunto de actividades de promoción y prevención de la salud, concretadas en sesiones docentes, iniciativas de divulgación y educación de pacientes y familiares, contando con la activa colaboración de los profesionales de SEPAR y el apoyo y difusión de Webdelasalud.es.



Pilar de Lucas, presidenta de la SEPAR y el presidente del Grupo Drug Farma, Manuel García Abad.

Este convenio prevé, además de las actividades dirigidas a los pacientes, la realización de estudios y proyectos de investigación en áreas de interés común para ambas entidades, así como el intercambio de información y la edición de publicaciones conjuntas, todo ello con el objetivo principal de favorecer la promoción de la salud entre la población general.

La firma del convenio ha sido protagonizada por Pilar de Lucas, presidenta de la SEPAR; y el presidente del Grupo Drug Farma, Manuel García Abad.

En referencia a este proyecto, Pilar de Lucas aseguró que "SEPAR es una de las sociedades científicas comprometida con los pacientes respiratorios. SeparPacientes y los Años SEPAR dedican buena parte de sus actividades a los pacientes y, por otra parte, la calidad asistencial siempre está en el punto de mira de los especialistas".

Manuel García Abad, por su parte, puso de manifiesto "la vocación de Webdelasalud.es como vehículo idóneo para ofrecer a la población general y a los pacientes en particular, un servicio completo y riguroso de información para la mejor gestión de su propia salud, colaborando con los profesionales sanitarios y optimizando con ello la relación médico-paciente".



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
 Av. Córdoba, 21, 3.º • 28026 MADRID
 Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
 suscripciones@drugfarma.com

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.

Los mutualistas de PSN aprueban la gestión de 2012

La Asamblea General de Mutualistas de Previsión Sanitaria Nacional (PSN) aprobó recientemente con gran mayoría las cuentas anuales de 2012, así como la gestión llevada a cabo por el Consejo de Administración, que preside Miguel Carrero. La compañía obtuvo aproximadamente 8 millones de euros de beneficio, que se destinarán a reservas voluntarias a propuesta del Consejo. De esta manera, según PSN, los fondos propios aumentarán un 23 por ciento.

Carrero ha destacado las principales cifras del ejercicio, entre las que sobresalen los 77 millones de euros abonados al colectivo protegido en concepto de prestaciones, los más de 5 millones repartidos en participaciones en beneficios, 150 millones en primas devengadas o el incremento de la plantilla en un 12 por ciento, y añade méritos "pese al terrible escenario económico, político y social en



El Consejo de Administración en la última asamblea de PSN.

el que nos desenvolvemos". En los últimos años, en palabras del presidente del consejo, "PSN ha sufrido una profunda transformación y modernización con un denominador común: crecimiento, refuerzo de la identidad y de los valores diferenciales".

Asimismo, en la asamblea se describieron en detalle éstos y otros datos económicos de PSN Mutua, y se ha referido, como viene siendo habitual, al Régimen de Pensiones de AMF-AT. Se ha informado del proceso de liquidación, que ha continuado en 2012, año en el

que además se han alcanzado varios acuerdos extrajudiciales, lo que ha supuesto, según Carrero, "que no queden grupos de afectados sin abordar en la liquidación, todo ello en línea con la defensa del patrimonio de la Mutua".

La Asamblea de Mutualistas también ha ratificado el cambio de los estatutos sociales de la Mutua en su artículo 17, con el objetivo de flexibilizar que las asambleas puedan desarrollarse en cualquier localidad de España, dado que el actual estatuto autorizaba estos actos únicamente en el domicilio social de PSN, en este caso Madrid. Por otra parte, se ha aprobado la incorporación de un nuevo artículo, el 8 bis, que especifica la denominación de los mutualistas atendiendo a su posición en el contrato del seguro y a un régimen de posibles distinciones y reconocimientos por sus méritos o contribuciones al interés mutual.

Sanitas compra la Clínica Londres al Grupo Baviera

Sanitas ha confirmado la compra de la Clínica Londres, unidad de medicina y cirugía estética perteneciente al Grupo Baviera, por 4,14 millones de euros. De esta forma, sus 14 centros en España y 168 empleados pasan a formar parte del área de Bienestar del Grupo Sanitas, que fortalecerá su posición dentro del sector.

Los centros de Clínica Londres obtuvieron una facturación de 3 millones de euros durante el primer trimestre de este año. La cirugía estética representa el 60 por ciento del negocio, seguida por la medicina estética (32 por ciento) y los tratamientos de obesidad (8 por ciento).

Para el Grupo Baviera, esta venta supone una gran oportunidad para impulsar el crecimiento de su división de oftalmología internacional y reforzar su plan de expansión en el centro y norte de Europa.

La adquisición realizada por Sanitas se suma a las que completaron a finales del año pasado al grupo valenciano Ribera Salud, que vendió sus acciones en los hospitales de Torrejón y Manises por un importe superior a 77,6 millones de euros.



ING lanza un seguro de vida exclusivo para la mujer

La compañía de seguros de ING, a través de ForYou, nueva familia de seguros del grupo, ha lanzado un seguro de vida con cobertura especial para el primer diagnóstico de cáncer de mama: ForYou Woman. Según fuentes de la empresa es un seguro exclusivo para la mujer, que no solo protege sino que ayuda a prevenir la enfermedad y llevar una vida sana.

A través de la plataforma www.foryoubying.es, ForYou Woman ha creado una comunidad donde todas las mujeres encontrarán apoyo y herramientas para combatir en cáncer de mama. Además, han creado una campaña de concienciación con el objetivo de que todas las mujeres revisen sus senos de forma periódica, para apoyar la importancia del diagnóstico precoz.

Asimismo, la firma ha puesto en marcha una iniciativa por medio de la cual enseñará a las mujeres, a través de un video didáctico, cómo autoexplorarse y la importancia de la prevención para luchar contra la enfermedad.

Según la propia compañía, ForYou de ING ofrece más que las coberturas habituales, ya que se trata de productos que no solo cubren cualquiera de las situaciones de riesgo que aseguran, sino que están pensados para cubrir las necesidades reales del día a día, ofreciendo la información y las herramientas necesarias para prevenirlas.



Por M^a JOSÉ LEÓN CABEZAS

La Enfermería en la monitorización de la adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento se define como el grado en el que el comportamiento del paciente se corresponde con las recomendaciones del profesional médico e implica el compromiso activo por parte del paciente y del equipo asistencial para crear un clima en el que la persona entienda sus problemas de salud, facilitando así la toma de decisiones compartidas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la adherencia al tratamiento a largo plazo se sitúa en torno al 50 por ciento en los países desarrollados.

Tal y como sostiene la OMS, aumentar la adherencia de los tratamientos prescritos puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos.

FACTORES

Existen diferentes factores que también pueden influir en la adherencia al tratamiento. En primer lugar, los factores ambientales. Las creencias del paciente, la edad, el sexo, el nivel de educación, la situación laboral y el conocimiento previo de la enfermedad condicionan en gran medida el grado de adherencia.

En segundo lugar, la enfermedad. La no adherencia puede ocurrir en cualquier momento (al inicio, durante o al finalizar un programa terapéutico) y afecta a todos los tratamientos crónicos. Por tanto, en las enfermedades de larga duración se debe tener presente la posibilidad del incumplimiento del tratamiento. La ausencia de síntomas detectados por el paciente también genera peores tasas de cumplimiento, así como la falta de necesidad de tratamiento percibida o de beneficios tangibles, el tiempo de evolución de la enfermedad o la pobre expectativa de curación.

Otro de los factores es la posología. La complejidad del tratamiento farmacológico se correlaciona con una peor adherencia al tratamiento, así como la no confianza en la efectividad de los fármacos, la interferencia en los hábitos y costumbres del paciente o los cambios en el estilo de vida. La preocupación por los efectos adversos es también a menudo mencionada por los pacientes como motivo suficiente para alterar la adherencia.

Por último, el equipo asistencial. La confianza recíproca ha demostrado mejorar la adherencia al tratamiento. Además, la continuidad asistencial, la accesibilidad al centro de dispensación de la medicación, la implicación activa del personal

de enfermería en la detección de la falta de adherencia y en el refuerzo y apoyo al paciente en el plan terapéutico, el acuerdo entre los prescriptores desde los distintos niveles asistenciales y un adecuado grado de supervisión del paciente son indispensables para garantizar la fidelización al tratamiento.

¿Cómo se puede lograr un aumento en la adherencia a los tratamientos? Existen varias pautas importantes para incrementar el cumplimiento: Individualizar la intervención. Cada paciente es único, por eso debemos conocer a fondo las características de cada uno y adecuar las estrategias de la intervención.

- Establecer una relación de respeto y confianza entre el profesional y el paciente. Esto nos permitirá iniciar intervenciones asumidas como propias por parte del paciente produciéndose un menor abandono.
- No culpabilizar al paciente. El paciente es sólo uno de los factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento, por lo tanto, él no es el único responsable.
- Realizar intervenciones sencillas, fáciles de transmitir y reducir en lo posible la dificultad de seguir el tratamiento.
- Coordinar la atención de todos los profesionales implicados (médico, en-

ANDE

Asociación Nacional de
Directivos de Enfermería

fermera, farmacéutico, AP), tanto para detectar la falta de adherencia como para solucionar las causas que han conducido al abandono del tratamiento por parte del paciente.

- Recordar los programas de educación. Ya sean individuales o grupales, son necesarios para modificar el comportamiento del paciente frente a la adherencia al tratamiento e incluyen todo tipo de información.
 - Mejorar la comunicación con el equipo asistencial.
 - Reforzar el apoyo familiar y social.
- En definitiva, la combinación de intervenciones es la mejor estrategia, es necesario implicar al paciente en la monitorización de su enfermedad y de su tratamiento, considerándole como parte activa, es decir, como sujeto y no como receptor de cuidados, ya que él será quien tenga la decisión final de tomar o no la medicación.

LA ENFERMERA COMO PERSONAL DE REFERENCIA

Un aspecto esencial en el aumento de la adherencia es el papel de la enfermera. Su accesibilidad, tanto presencial como telefónica, así como su disposición para resolver dudas, es fundamental. La enfermera debe solventar dudas relacionadas con el tratamiento, la forma de administración, los efectos adversos, las interacciones, el cambio

de hábitos, el conocimiento del entorno social, el soporte a la familia, el razonamiento para contrarrestar creencias o influencias externas o información inadecuada: una labor multidisciplinar y coordinada con el especialista responsable del paciente.

Asimismo, la enfermera se encarga de educar e informar al paciente, recomendar la participación del paciente en grupos de apoyo, reforzar el buen cumplimiento, determinar el papel que desea interpretar el paciente en su tratamiento y conocer las preocupaciones y expectativas del paciente. Tampoco hay que olvidar la adopción de una actitud amistosa y no burocrática, evitar la jerga médica y adecuar la información al nivel cultural del enfermo.

- En cuanto a las etapas de la atención en enfermería, en la primera entrevista se deben evaluar los conocimientos que el paciente posee de su enfermedad y del tratamiento, dejándolo reflejado y registrado en una hoja formulario para la posterior comparación como a través de las estrategias o intervenciones va evolucionando. Asimismo, se averigua mediante entrevistas aspectos de sus hábitos de vida, recursos personales y familiares, Y grado de concienciación para cumplir el tratamiento.
- En cuanto a las revisiones periódicas, en ellas se analiza la evolución en sus conocimientos, tanto en la enfermedad como en el tratamiento, al paciente se le for-

mulan preguntas sobre la enfermedad, indicación y motivo del tratamiento, sobre los fármacos y régimen terapéutico, conocimientos sobre los efectos adversos etc., con el objetivo de poder establecer un esquema individualizado de administración de los fármacos de forma que interfiera lo menos posible en su vida diaria y sea más fácil cumplir el tratamiento. ■

Bibliografía

1. Rigueira AL. *Cumplimiento terapéutico. ¿Qué conocemos de España?*. Aten. Primaria 2001; 27 (8): 559-68.
2. Sabaté E. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción* (Documento OMS traducido) Ginebra; Organización Mundial de la Salud 2004; [Http://www.paho.org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/adherencia-largo-plazo.pdf](http://www.paho.org/Spanish/Ad/Dpc/Nc/adherencia-largo-plazo.pdf).
3. Sotoca-Moblona JM. - Codina- Jane C. *Como mejorar la adherencia al tratamiento*. JANO 2006; 1605: 39-40
4. Palop V. Martinez I. *Adherencia al tratamiento en el paciente anciano* InfTer Sist Nac Salud. 2004; 28 (5) : 113-20
5. Dirección General de Farmacia y Productos sanitarios de la Comunidad de Madrid. *Programa de atención al mayor polimedicado para la mejora en la utilización de los medicamentos*. Madrid: Dirección General de Farmacia y productos sanitarios de la Comunidad de Madrid; 2006

Enfermera del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Sección de Reumatología

Sección patrocinada por:

abbvie



Josep María Argilés, socio fundador de SmartSalus.com

“Emprender ante la crisis del sistema de salud”

Josep María Argilés, a la izquierda, junto a los fundadores de SmartSalus.com

COMO RESPUESTA A LA SATURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO, CUATRO EMPRENDEDORES CREAN SMARTSALUS.COM, UNA CLÍNICA ONLINE QUE NACE EN BARCELONA Y YA TIENE PRESENCIA EN MÁS DE QUINCE CIUDADES ESPAÑOLAS

El proyecto de Smartsalus.com comenzó a tener forma gracias a un equipo de cuatro emprendedores con una gran experiencia en el sector sanitario. Como directores médicos se encuentran Josep María Argilés y Jose Vives Roura, ambos médicos radiólogos. En la dirección financiera, Nuria Vives Roura. Y como directora estratégica y general de la empresa, Sonia Montesinos, economista y MBA por IESE Business School. Todos han desarrollado su carrera profesional en el sector de la salud y conocen a la perfección las necesidades del paciente.

Según cuenta Argilés, la idea principal es de Sonia Montesinos, que se erige como referente del proyecto por su gran experiencia empresarial. En palabras de Montesinos, “en 2011 el sector de la salud se rompió, había llegado al límite. Nosotros nacemos ante la necesidad vital de poder acceder a una atención médica rápida. Para según qué tratamientos o cirugías, hay listas de espera de hasta seis meses, y muchas veces, el paciente no puede permitirse esa espera” a lo que añade “queremos ser una vía de salida para esa demanda, siempre desde el punto de vista de la profesionalidad y el respeto al paciente”. El proyecto sale a la luz, concretamente, el 27 de septiembre de 2012, momento en que el portal ya está desarrollado y comienza a tener actividad y contenido. La inversión principal fue de

25.000 euros, y debido a las necesidades de la empresa, en enero de 2013 se duplica.

“Lo más difícil fue convencer al entorno médico de que era necesario ofrecer nuevas alternativas al elenco de pacientes que se estaban quedando sin una mayor facilidad para sus atenciones, pese a que muchos de estos profesionales estaban sufriendo también una reducción de los pacientes en sus clínicas privadas. Nos juntamos médicos del entorno de la radiología, analizamos los recortes de sanidad y observamos un grupo de pacientes que se ha quedado en tierra de nadie. La solución pasaba por convertir en accesible un sector privado cada vez más alejado del paciente”, declara Argilés.

Según Argilés, los recortes afectan a un tipo de paciente que nunca ha pensado en la sanidad privada por carecer de las posibilidades de afrontar sus costes, y algunos de los usuarios habituales de la sanidad privada ya no gozan de los mismos recursos que antes. Por lo tanto, se producen dos fenómenos: una saturación de la sanidad pública que la sanidad privada no sólo no puede contrarrestar, sino que además sale perjudicada por la pérdida de una gran cantidad de pacientes por la crisis.

Así nació SmartSalus.com: la idea principal se basaba en el tipo de paciente que se estaba quedando descolgado de la sanidad pública por los efectos colaterales de la

“LA SOLUCIÓN PASABA POR CONVERTIR EN ACCESIBLE UN SECTOR PRIVADO CADA VEZ MÁS ALEJADO DEL PACIENTE”

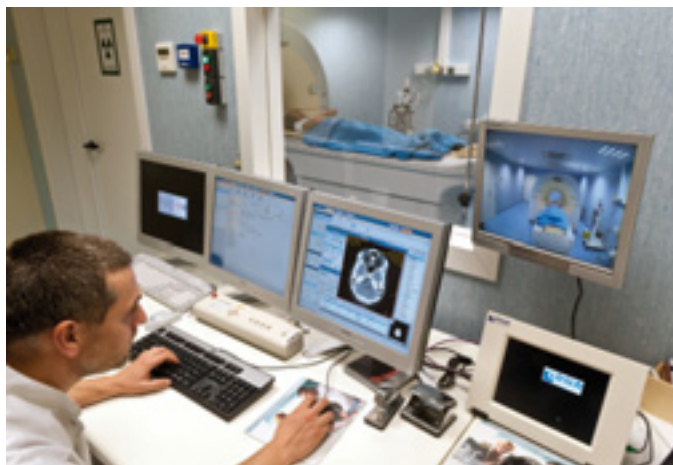
crisis del sistema; un paciente sin grandes recursos económicos y con necesidad de realizarse algún tipo de prueba médica. “El objetivo era ofrecer a estos pacientes el servicio que demandaban, pero a un precio ajustado a su realidad y sin mermar en la calidad del servicio. Y eso es lo que tenemos, gracias al respaldo de centros de salud de referencia en España”, asegura Argilés. “Ofertamos todos aquellos tratamientos que tengan demanda por parte del paciente, servicios médicos imprescindibles como la pediatría, ortodoncia, radiología o cirugía general”.

Argilés destaca “el valor que tiene la empresa. Ofrecemos un producto a un precio muy interesante, y además, respaldado por una consultoría sanitaria y médica, que se encuentra constantemente lanzando nuevos productos y tratamientos”. La ciudad principal donde desarrollan su actividad es Barcelona, aunque gozan de una gran expansión en la geografía española: Pontevedra, Burgos, Guipuzcoa, Madrid, y así hasta dieciocho ciudades. Y el próximo objetivo, aunque quizás algo lejano según Argilés, “será la expansión a Sudamérica y Europa”. La idea, hasta el momento, funciona notablemente: “hemos vendido unos 850 tratamientos en seis meses”.

En lo que se refiere al plano de la competencia, existen otras tantas empresas, sin embargo, Argilés destaca que es un terreno “bastante propicio para la inversión”. La primera empresa de este tipo que ofertaba tratamientos accesibles se puso en marcha tan sólo unos meses antes que Smartsalus.com. “Existe la necesidad de contar con un buen posicionamiento web, ya que vendes a través de internet. Las nuevas tecnologías entrañan dificultades, pero hay que adaptarse a los nuevos modelos”.

ONCORAD Y EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Oncorad es un proyecto que, impulsado por la asociación de los emprendedores de smartsalus.com y situado en Barcelona es pionero en España en la implantación y difusión de las técnicas radiológicas en España. El centro nace después de smartsalus.com con el objetivo de dar un servicio completo al paciente en todas las fases de su enfermedad, con especial hincapié en la detección precoz de las posibles lesiones y el control de la efectividad de los tratamientos oncológicos. En este sentido, Argilés



Oncorad, un ejemplo de profesionalidad.

declara: “en nuestro servicio hemos desarrollado un área dedicada exclusivamente a los pacientes oncológicos interviniendo en el diagnóstico, estadificación y evaluación de la efectividad de los tratamientos tanto terapéuticos como paliativos”.

Dispone, según sus creadores, de las últimas técnicas en valoración oncológica a través del estudio de la imagen: pruebas de radiología digital, ecografías, TC, RNM de alto campo, TC-PET o gammagrafías. Oncorad trabaja en estrecha colaboración con laboratorios farmacológicos, gabinetes de oncología y grupos especializados. La idea principal sobre la que se asienta Oncorad es, según Argilés, “sintetizar todo el proceso oncológico y centralizarlo con el objetivo de que el paciente no tenga que moverse entre distintos centros alejados unos de otros para realizarse las pruebas referentes a su enfermedad” a lo que añade: “una vez hecho el diagnóstico, realizamos protocolos específicos por el estudio de extensión del paciente oncológico con la máxima rapidez, ya que además contamos con radiólogos especialistas en el campo intervencionista para realizar tratamientos coadyuvantes (como alcoholización y quimioembolización) y paliativos (drenajes, colocación de prótesis...). Por último, unificamos los informes realizados a otros centros en un informe único para agilizar y facilitar la gestión terapéutica”.

Oncorad es, en definitiva, otra iniciativa emprendedora que surge de los creadores de SmartSalus.com, y que dará pie a otros proyectos que están en camino. ■



CANTABRIA

IMPULSO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA EUROPEO HOPE

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ha impulsado la participación de los profesionales sanitarios de Cantabria en el programa europeo HOPE (European Hospital and Healthcare Federation), dirigido al intercambio de conocimientos y experiencias entre profesionales del sector de la salud dentro de la Unión Europea (UE).

El proyecto HOPE, que está dirigido a profesionales con responsabilidades en la gestión sanitaria, tiene como principal objetivo permitir a los participantes conocer el funcionamiento de otros sistemas de salud y otros hospitales de algún país de la UE, facilitando de esta forma el establecimiento

de redes de colaboración e intercambio de buenas prácticas. La convocatoria de este año cuenta con la participación de Christina Dimoni, de nacionalidad griega, enfermera especialista en cirugía cardiotorácica, y del portugués Tiago Pereira Lopes Gonsalves Matoso, técnico especialista en seguridad y salud.

Este programa también permite el intercambio de dos profesionales sanitarios de esta Comunidad Autónoma, Pedro Sanroma, coordinador del Hospital de Día, y Luis Mariano López, supervisor del servicio de traumatología. Ambos profesionales, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, realizarán su período de rotación en Suecia.



CASTILLA-LA MANCHA

MÁS DE TRES MILLONES DE EUROS A PROGRAMAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL, EN 2013

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales ultima ya las bases reguladoras de las ayudas para la participación en los Programas de Integración Social (PRIS) del sistema público de servicios sociales. Los PRIS tienen por objeto la atención a las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social de personas residentes y personas sin hogar de Castilla-La Mancha, y se suman a los Planes Locales de Integración Social (PLIS). En total, el gobierno de Castilla-La Mancha otorgará a estos programas más de tres millones cien mil euros, durante este año.

Los proyectos en los que se concretan estos programas están dirigidos a población en situación de vulnerabilidad o exclusión social; a proyectos que faciliten el acceso o la permanencia en una vivienda a personas en situación de vulnerabilidad que no tengan un techo o que puedan perderla, o para dispositivos de alojamiento para personas vulnerables o que no puedan acceder a un centro residencial. Así, se consigue una mayor eficacia y eficiencia en los objetivos de integración social, al tiempo que se da respuesta a peculiaridades y necesidades concretas de cada territorio.

Sección patrocinada por:



ANDALUCÍA

DESARROLLAN UN MÉTODO DE ANÁLISIS PARA EVALUAR LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Profesionales del sistema sanitario público andaluz, la Universidad de Sevilla y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas han colaborado en el desarrollo de un procedimiento que facilita el diagnóstico y evalúa el grado de afectación de las enfermedades neuromusculares. El método se basa en un análisis computerizado de una muestra de tejido muscular tomada mediante una biopsia.

Para ello, los investigadores han creado una base de datos con más de 70 muestras de tejido muscular de pacientes sanos o con algún tipo de distrofia o de atrofas de origen neurológico. Estas muestras, que prevén seguir aumentando, sirven de escala a la hora de determinar el grado de afectación de la enfermedad. "A mayor número de biopsias recogidas, la cuantificación será más precisa y se podrá ampliar a otras patologías", explica Luis María Escudero, uno de los coordinadores del proyecto.

El nuevo método permite a los especialistas poder realizar estudios de los tejidos (estudios histológicos) comparativos para determinar también la evolución de la patología. Se trata, por tanto, de un paso más en la detección y el tratamiento de las patologías neurológicas crónicas, que si bien aún no ha llegado a las consultas, está protegido en el registro de la propiedad industrial e intelectual y ha sido publicado en marzo de este año en la prestigiosa revista científica *BMC Medicine*. No obstante, este método, según Escudero, "nunca sustituirá al patólogo, aunque será de mucha ayuda, ya que le puede aportar información relevante para el diagnóstico a la vez que evalúa el grado de afectación de la enfermedad".



Sanidad española, soluciones pendientes

EL INFORME 'DIEZ TEMAS CANDENTES DE LA SANIDAD ESPAÑOLA PARA 2013' TRATA DE SENSIBILIZAR A LA ADMINISTRACIÓN A LA HORA DE TOMAR DECISIONES, YA QUE ABORDA UN ANÁLISIS ÍNTEGRO DE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA SANIDAD

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

Como cada año, desde hace cuatro, la consultora internacional Price Waterhouse Coopers (PwC) publica su informe *Diez temas candentes de la Sanidad española*.

En esta ocasión, siete son los asuntos que constituyen preocupación común en el sector, entre los que se encuentran la participación de los profesionales, la internacionalización de las empresas de salud y el garantizar el acceso de los pacientes a la innovación. Otros tres temas se encuadran más en las perspectivas de futuro, pero cuyo germen de desarrollo ya está en marcha. Son: el mantenimiento de las prestaciones, la medicina personalizada y la creación de un sistema abierto de datos de salud.

El estudio se ha realizado con la participación de un panel de 23 altos directivos sanitarios, de los que cinco pertenecen a las administraciones públicas. Bajo el tamiz moderador de los exministros Julián García Vargas y Jordi Sevilla Segura, he aquí un amplio resumen de cada una de esas diez cuestiones que más preocupan en el sector sanitario.



1. RECORTES CON CRITERIO

En el ámbito europeo y dentro del sector sanitario, el impacto de la crisis económico-financiera ha hecho mella en los hospitales y servicios sanitarios, en los profesionales y en los pacientes y ciudadanos (ver el recuadro *El impacto de la crisis*). Las medidas que hasta ahora se han adoptado en España han sido esencialmente los recortes, que han tenido sus consecuencias en el conjunto de agentes del sector.

“Las medidas de recorte pueden ser eficaces a corto plazo en cuanto a disminución del gasto, pero negativas a corto, medio y largo plazo para el estado de salud e incluso, a medio y largo plazo, pueden tener un impacto económico negativo”, se advierte en el informe *Diez temas candentes de la sanidad española para 2013*. Y prosigue, asumiendo que en el sistema sanitario hay espacio para los recortes sin afectar a la calidad, como la lucha contra el despilfarro, desinversiones selectivas o evitar pruebas y procedimientos redundantes: “No toda reducción del gasto es justificable: no, si las consecuencias no son positivas”.

En ese sentido, las posiciones de la Unión Europea y de la OMS coinciden en que la crisis económica no puede transformarse en una crisis de salud pública. Y para ello resulta necesario la legitimación de las medidas que se tomen mediante una explicación y un debate con los ciudadanos, así como acompañar a cualquier medida a corto plazo una perspectiva a largo, como hizo Cataluña. Por ejemplo, con su Plan de Salud.

En general, y España en particular, la mayoría de los países europeos han optado, más que por medidas dirigidas a mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, por la adopción de recortes rápidos con repercusión inmediata

Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2013

Para que la crisis económica no se transforme en una crisis de salud pública



Crecimiento Inteligente
Un programa para apoyar a las empresas y a las Administraciones Públicas en el tránsito hacia un nuevo modelo productivo sostenible basado en la innovación, la calidad, el talento y el valor añadido.



www.pwc.es

en los indicadores de déficit, “sin una visión de sostenibilidad a futuro”.

Un futuro que ha de ser contemplado mediante la puesta en marcha de reformas que busquen la sostenibilidad del sistema, y políticas decididas que pretendan una mayor eficacia económica y mejora de la calidad asistencial, como riesgo compartido, compras estratégicas, evaluación de tecnologías sanitarias, cambio de hospitalización a atención ambulatoria e integración de Atención Primaria, especializada y socio-sanitaria.



2. 'MHEALTH' O CÓMO MANTENER LAS PRESTACIONES

De “insostenible”, “incómodo” y “poco efectivo” califican los participantes en el estudio el modelo actual de asistencia, “basado en repetidas visitas a la consulta médica, mayoritariamente presenciales, y en muchos casos con la necesidad además de pasar por varios especialistas y dispositivos asistenciales”.

La afirmación anterior se basa en que dicho sistema resulta “excesivamente caro, que exige una alta dedicación de tiempo por parte de los profesionales y un elevado consumo de recursos”. A lo que se añade el hecho de que “no permite dar una respuesta adecuada a las patologías crónicas, que son las

predominantes y cuyos pacientes requieren un seguimiento permanente y de larga duración”.

En ese contexto se plantea la *mHealth*, es decir, la prestación de servicios sanitarios o de información relativa a la salud a distancia a través de dispositivos móviles (*smartphones* y tabletas), lo que conlleva un cambio de modelo de negocio, de visión de la asistencia sanitaria. Se estima que en 2017 la *mHealth* moverá en el mundo unos 23.000 millones de dólares (unos 17.700 millones de euros), con 1,4 móviles por persona en el mundo, siendo Europa su principal mercado potencial.

La *mHealth* es importante para los pacientes, ya que les permite un mayor acceso a su médico/provisor y un mejor control de su salud; para los médicos y provisos, pues mejora la calidad asistencial, la eficiencia y el manejo de pacientes con enfermedades crónicas; para las aseguradoras, porque reduce los costes de la asistencia, promueve hábitos de vida saludables y permite diferenciar el producto respecto a la competencia; para la industria farmacéutica, por su oferta de estrategias de adherencia al tratamiento y mejora de las relaciones con los pacientes; y para los proveedores de tecnologías sanitarias, ya que resulta un negocio de gran volumen y rápido crecimiento.

El informe de PwC señala que para el desarrollo de la *mHealth*, que irá en paralelo al de las *apps* en sanidad, se deben dar una serie de requisitos generales, así como “superar las barreras a su difusión, que vienen por los modelos tradicionales de prestación asistencial y las actuales relaciones entre los agentes del sector”.



3. CONTAR CON LOS PROFESIONALES

El canadiense Henry Mintzberg, experto en gestión, llama “burocracia profesional” a cualquier organización sanitaria, en la que el peso y el poder fundamental de la misma residen en el núcleo operativo, es decir, en los médicos y las enfermeras. De ahí la dificultad de impulsar cambios en sanidad sin contar previamente con los profesionales, lo que con frecuencia los políticos y gestores de este país parecen ignorar. Unos cambios que, a su vez, “deben estar orientados por el valor en sanidad,” entendiendo que el primer objetivo de las organizaciones sanitarias debe ser generar valor para los pacientes.

Por eso, la reducción de costes sin tener en cuenta los resultados alcanzados “puede ser engañosa y resultar en falsos ahorros y potencialmente en una limitación a la hora de prestar una asistencia efectiva”. Y esos resultados son

EL IMPACTO DE LA CRISIS

En los hospitales y servicios sanitarios

- Medidas dirigidas a la reducción de costes y aumento de la eficiencia.
- Fomento del incremento de la eficiencia y productividad.
- Reducción de recursos disponibles.
- Limitación de las compras y del presupuesto sanitario.
- Reducción de costes operativos de los hospitales y de precios de compra a los proveedores.
- Recorte en gasto farmacéutico.
- Mejoras en la cadena de suministro, centrales de compras y coordinación entre niveles asistenciales.
- Estrategias de prevención de la enfermedad y salud pública.

En los profesionales

- Despidos o congelación y no reposición de plazas.
- Bajadas salariales de hasta el 25%.
- Políticas de incentivación a la jubilación.

En los pacientes y ciudadanos

- Reformas en la financiación de la cobertura social y sanitaria.
- Aumento del porcentaje del pago directo en los tratamientos, visitas, hospitalización y copago de medicamentos.

específicos de cada enfermedad y, en el caso de la prevención y la Atención Primaria, han de estar de acuerdo con las necesidades de los distintos colectivos.

Desde esa perspectiva, los autores del informe apuntan que se trata de impulsar reformas que añadan valor en términos de resultados en salud por euro invertido. Esto implica centrar el objetivo en el valor añadido para el paciente, contar con una organización integrada en torno a condiciones médicas y circuitos asistenciales, y medir los resultados. Todo ello se concreta en la gestión clínica, el nuevo paradigma que permite avances en las reformas sanitarias.

Contar con los profesionales resulta, según el informe de PwC, “la única y legítima forma de avanzar”, porque son los profesionales sanitarios los que pueden influenciar en las variables que determinan el valor (entendido como eficiencia) para el paciente. Y para ello es necesaria la conjunción de tres elementos básicos:

- a. Objetivo centrado en el valor añadido para el paciente. Los sistemas actuales no están en esta línea.
- b. Organización integrada en torno a condiciones médicas y circuitos asistenciales. Generalmente, las organizaciones giran en torno a especialidades o procedimientos.
- c. Medición de los resultados obtenidos. Hay que medir costes desde la perspectiva del paciente.

IMPLICACIÓN Y CESIÓN DE PODER A LOS PROFESIONALES

Principales elementos de la gestión clínica para conseguir la implicación de los profesionales y que las administraciones sanitarias les cedan poder.

- Implica a los profesionales en la gestión de los recursos.
- Introduce a nivel práctico elementos de descentralización de la gestión y transferencia de riesgos.
- La implicación de las unidades de producción en la gestión de los recursos persigue implicar a los profesionales en el resultado final, tanto de actividad como económicos, dotándoles de herramientas para planificar y gestionar sus actividades.
- Exige disponer de la información adecuada en términos relevantes en su proceso de toma de decisiones clínicas, lo que supone incorporar sistemas de medida del producto hospitalario en términos médicos. Necesidad de medir, comparar y mejorar la calidad asistencial (*benchmarking*).
- Agrupación de varios servicios basada en la similitud de los pacientes tratados o la relación entre procesos, lo que permite una gestión más eficiente y centrada en el paciente.
- Negociación de objetivos y presupuesto.
- Establecimiento de incentivos claros, que estimulen y premien la consecución de los objetivos.
- Cultura de uso racional de los recursos en todo el proceso de prestación asistencial.



4. HOSPITALES DE CUIDADOS INTERMEDIOS

España está a la cola de Europa en cuanto al número de camas por mil habitantes en hospitales de cuidados intermedios o unidades de hospitalización de media y larga estancia. Son pacientes que no precisan la parafernalia tecnológica de un hospital de agudos y que, generalmente, tampoco encuentran el soporte médico necesario en las residencias geriátricas.

Gran parte de las necesidades asistenciales que esos pacientes requieren son atendidas en los hospitales de agudos, con un coste cama/día mucho más alto, además de influir en la cualidad de la asistencia. Y es que las camas de cuidados intermedios reciben una atención diferenciada de las camas de cuidados de agudos, estando más enfocada en la calidad de vida, control de la enfermedad y sus síntomas, y en la reducción de dependencia, mientras que la atención de agudos está más dirigida hacia el tratamiento.

Para cubrir el déficit de hospitales de cuidados intermedios, el informe de PwC apunta la conveniencia de establecer un plan nacional y un modelo que contenga los estándares necesarios de camas, las relaciones con los hospitales de agudos, el modelo de financiación y su vinculación o no con la Ley de Dependencia, el papel que aquí tendría la colaboración público-privada para esta renovación del parque hospitalario, la reorganización y coordinación de la atención social y sanitaria, y una reflexión sobre la aportación del usuario a la financiación del sistema. En

este sentido, en la mayoría de las comunidades autónomas ya está establecido que las personas ingresadas en centros de atención de larga duración contribuyan a la financiación de su plaza con el 75-80 por ciento de su pensión.



5. INTERNACIONALIZACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SALUD

La salud es cada vez más un sector global. Y las empresas españolas del ámbito sanitario presentan una internacionalización escasa y muy dispar, en comparación con otros sectores de la economía. Por un lado, las más internacionalizadas son las farmacéuticas (Grifols, Rovi, Esteve, Almirall, PharmaMar y Ferrer), las de tecnología médica (Bexen Cardio, Emergencias 2000, Grupo Inibsa, Sibel, Telic, SAU, Grupo Matachana, Sedecal, Oncovisión y otras) y las de biotecnología (Ingenasa, HealthInCode). Otro claro ejemplo de internacionalización en el sector de la eSalud es Telefónica.

Por otro lado, las más domésticas, por decirlo así, son las compañías aseguradoras y proveedoras de salud. Aunque ha habido experiencias relevantes de internacionalización por parte de proveedores sanitarios, como Hospitén (México, República Dominicana y Jamaica) y de aseguradoras, como Asisa (Guinea Ecuatorial), lo cierto es que las empresas hospitalarias y las aseguradoras médicas españolas carecen de dimensión internacional.

¿Por qué las empresas sanitarias españolas de provisión y seguros no se internacionalizan? Existe una serie de dificultades para ello, como dimensión reducida y

falta de masa crítica, falta de recursos o dificultad de acceso a financiación externa, insuficientes capacidades de gestión, elevado tiempo de retorno de la inversión, dificultad para generar demanda, miedo al fracaso y al riesgo que ello conlleva, y barreras culturales como el idioma o los hábitos de consumo.

Uno de los sectores con crecimiento más importante es, sin duda, el de las industrias sanitarias, y el futuro se estrecha sin la internacionalización.



6. DE SUMINISTRADORES A SOCIOS ESTRATÉGICOS

La innovación en medicamentos y tecnología médica resulta cara y, con frecuencia, ofrece inciertos o no satisfactorios resultados. Por otra parte, el sistema sanitario español, como cualquier otro, necesita incorporar las innovaciones para que sus ciudadanos estén más sanos. De ahí nace el concepto de socio estratégico, un rol que la industria farmacéutica y la de tecnología sanitaria deben asumir, superando su mero papel de suministradores.

El socio estratégico debe conocer en profundidad la cadena de valor de sus clientes e implicarse en ella, identifi-

cando los puntos en los que puedan ofertar mejoras o valor añadido, lo que implica asumir riesgos de forma compartida y cosechar ventajas. Por una parte, el sistema sanitario no solo compra un producto, sino un valor añadido para los pacientes; y por otra, las empresas evitan que sus productos se conviertan en *commodities* y ensanchan el campo de la competitividad más allá de los precios.

Los acuerdos de riesgo compartido configuran un nuevo modelo de relación entre las partes, y presentan varias ventajas:

- Para quien financia, reduce la incertidumbre respecto a los resultados de la innovación y asegura una alineación entre sus objetivos y los de la industria.
- Para las industrias proveedoras, se acelera la financiación de nuevos productos, se evita la competencia basada únicamente en el precio y se mejora el conocimiento sobre el impacto real de los resultados de la innovación.
- Las industrias proveedoras son también obligadas a realizar una mejor selección de las líneas para el desarrollo de innovaciones.



7. GARANTIZAR EL ACCESO DE LOS PACIENTES A LA INNOVACIÓN

Una vez que España ha conseguido rebajar el gasto farmacéutico, acercándolo respecto al gasto sanitario total al resto de los países de la OCDE, hay que pensar en el futuro. Y el futuro, según el estudio *Diez temas candentes de la sanidad española para 2013*, “pasa por garantizar la incorporación de la innovación que aporte valor al sistema sanitario en igualdad de condiciones en todo el territorio nacional y para todos los ciudadanos”.

Y es que puede suceder (de hecho ha sucedido), que un medicamento reconocido para su dispensación por el Ministerio de Sanidad encuentre barreras específicas en las comunidades autónomas. Una dificultad de comercialización a la que se añade la circunstancia de que en los últimos años se retrasa la aprobación de fármacos innovadores, generalmente los de mayor coste, respecto a su llegada a otros países de nuestro entorno. “Esta situación –se afirma en el mencionado informe–, agravada o no por la necesidad de reducción presupuestaria, puede poner en peligro la equidad del sistema y el acceso general a los tratamientos más eficaces”.

Para superar esta situación y que las innovaciones en fármacos lleguen a los pacientes, particularmente los oncológicos, hay que establecer “un sistema transparente y riguroso” de evaluación de las innovaciones y, una vez aprobadas, garantizar su incorporación al sistema. Previo a esto, resulta necesario derribar varios obstáculos que suponen la mayor amenaza para la incorporación óptima de nuevos medicamentos al mercado, como las limitaciones presupuestarias y la deuda de los hospitales.



EL MERCADO DE LA 'MHEALTH'

Reparto del mercado global de *mHealth*, teniendo en cuenta que el 71% de los servicios de monitorización estarán previsiblemente enfocados a la gestión de pacientes crónicos y el 29% a la gestión de ancianos.

Concepto	Mill. de \$	%
Monitorización	15.000	65,2
Diagnóstico	3.400	15,0
Tratamiento	2.400	10,0
Apoyo al personal sanitario	1.100	5,0
Bienestar	700	3,0
Prevención	200	0,8
Administración	100	0,5
Apoyo a vigilancia de la salud	100	0,5
Total	23.000	100



8. PROCESOS DE CONCENTRACIÓN Y NUEVOS ENTRANTES

El sector asegurador médico en España presenta un alto grado de concentración, ya que las cinco principales empresas representan el 70 por ciento del volumen de primas del sector. También el fenómeno de la concentración se observa geográficamente. No obstante, este proceso de concentración continuará, en un mercado en el que desde 2007 la evolución de la prima media no ha hecho más que crecer, mientras que el número de asegurados en 2012 fue inferior al de 2008.

El fenómeno de la concentración se extenderá al sector de la provisión (hospitales, laboratorios, imagen, diálisis, etcétera), muy atomizado. Por ejemplo, los cuatro principales grupos hospitalarios concentran solamente el 28 por ciento de la facturación. Y ya se sabe que concentración es, en gran parte, sinónimo de modernización, renovación tecnológica, capacidad de negociación con los clientes y viabilidad a largo plazo. La reciente fusión entre USP y Quirón, que ha creado el mayor grupo hospitalario español, es un ejemplo práctico de la tendencia de concentración que se registra en el sector.

¿Y qué sucederá con los pequeños proveedores? El estudio *Diez temas candentes de la sanidad española para 2013* aventura dos fenómenos que podrán ocurrir: la integración en los grandes grupos (nacionales o internacionales) y la formación de asociaciones y alianzas, lo que les permitirá mantener su gestión independiente.

Por otra parte, al sector sanitario están llegando nuevos agentes u operadores en busca de un trozo de una tarta que se antoja suculenta. Así, empresas de telecomunicaciones, instituciones financieras, empresas de venta minorista y

otras conviven ya con los actores tradicionales. El informe de PwC predice que gran parte de la innovación en el sector sanitario procederá de estos *nuevos entrantes*, como ha ocurrido en otros sectores.



9. MEDICINA PERSONALIZADA

El avance en genética y su menor coste, los nuevos roles del paciente, y la implantación de las TIC en salud, entre otros aspectos, han impulsado el desarrollo de la medicina personalizada, de la que se benefician todos los actores del sistema. No obstante, en España, aunque hay iniciativas aisladas de interés, falta un plan nacional de impulso a la medicina personalizada, cuyo principal reto es la necesidad de introducir importantes cambios organizativos. Es lo que hizo el Instituto Nacional de Cáncer de Francia.

Los elementos clave para el desarrollo de la medicina personalizada son, entre otros:

- Comunicación y colaboración entre el sector sanitario, farmacéutico, biotecnológico y el mundo académico.
- Desarrollo de tecnología que permita el acceso a datos genómicos y proteómicos para investigación.
- Involucración de los gestores sanitarios.
- Realización de estudios coste-eficacia rigurosos.
- Definición de criterios clínicos para la solicitud de pruebas.
- Regulación de aspectos éticos y legales.



10. HACIA EL 'OPEN DATA' EN SALUD

El sector salud genera una gran cantidad de datos. Ponerlos a disposición de cualquier persona o entidad que pretenda utilizarlos sin restricciones de derechos de autor o patentes se llama *open data* o datos abiertos, nuevo y prometedor enfoque en cuyo desarrollo España se encuentra en fase incipiente. La investigación, generación de conocimiento, innovación y mejora de la calidad se podrían beneficiar de ello. Y los beneficiarios, de una u otra forma, serían todos y cada uno de los agentes del sistema.

A pesar de que compartir información en salud potencia el avance científico, la liberación de datos generados en el entorno de la sanidad presenta serios problemas, pues suelen ser datos con información personal y privada, sujetos generalmente al consentimiento del sujeto y a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los beneficios de carácter general del *open data* se pueden resumir en tres: transparencia, creación de valor social y comercial y aumento de la participación y compromiso por parte de los ciudadanos. De hecho, países como Estados Unidos y Reino Unido, convencidos de sus ventajas, están impulsando desde sus gobiernos la liberación de datos. En España existen diversas iniciativas de *open data*, pero, hasta ahora los datos puestos a disposición del público resultan bastante limitados. ■



Derechos y deberes en la calidad de la asistencia sanitaria

LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PARTES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO ASISTENCIAL CONFIGURAN LA CALIDAD DEL MISMO. SU RECONOCIMIENTO ES VITAL PARA PODER GARANTIZARLOS

[Por **J.L. DE LORENZO VIEITES**]

La calidad es el gran reto de la asistencia sanitaria y se puede definir como el conjunto de circunstancias, condiciones y propiedades intrínsecas necesarias en el proceso asistencial para hacerlo seguro, percibirlo como tal y valorarlo como satisfactorio en su globalidad, conforme a la práctica profesional.

Establecida la mejor definición posible, vamos a tratar otros aspectos muy relacionados con la asistencia sanitaria y con la calidad de su prestación. Nos vamos a referir a los derechos y los deberes de las partes que intervienen en el proceso asistencial; es decir, veremos como configuran la calidad asistencial, y como se puede percibir y valorar el equilibrio entre los derechos y deberes de los pacientes, por una parte, y los derechos y deberes del médico, por otra.

No es que sean derechos y deberes diferentes u opuestos. No, cada sociedad es la que promulga y reconoce los derechos de sus miembros de modo que, al reconocer ciertos derechos a un colectivo, está obligando a ciertos deberes a otro colectivo. Todos los derechos dimanar de los derechos humanos que son inherentes a las personas, sin distinción alguna de nacionalidad, residencia, sexo, origen, etnia, color, religión, idioma, o cualquier otra condición. Los derechos, según qué colectivo ó qué circunstancia, se van desarrollando y reconociendo, para su ejercicio y garantía. En España nuestra Constitución Española desarrolla una serie de derechos que dimanar de los derechos humanos reconocidos por la ONU, como los derechos de la infancia, entre otros. Y luego cada colectivo tiene sus propios derechos, al menos en España. Así

tenemos los derechos de los españoles, de los trabajadores, de los consumidores, de los usuarios de los servicios bancarios, de los pacientes, de los médicos, etcétera.

LOS PACIENTES

En la estructura arquitectónica del centro sanitario, en la distribución de sus instalaciones y servicios, en la habilitación de los espacios físicos asistenciales no hay barreras arquitectónicas externas e internas (y si las hubiese, tendrían que estar salvadas); tanto las salas de exploración clínica, adecuadas a su propia finalidad, como las salas de información al paciente y/o familiares deben respetar el derecho de intimidad y de privacidad. Las salas de espera y su división también respetan los derechos de la personalidad del paciente (niños y adultos). Los vestuarios de los pacientes (separados por sexos) y diferenciados de los vestuarios de los trabajadores del centro sanitario; así como los cuartos de baño o aseos, separados de los destinados al uso de los trabajadores, y también diferenciados por sexos, respetan la intimidad de las personas.

El derecho a la imagen y a la intimidad de los pacientes hay que extremarlo en las llamadas redes sociales donde el médico que utilice estas herramientas tiene que evitar datos e imágenes que permitan la identificación del paciente (éste siempre será el dueño de su propia imagen). Se exceptúa el caso de las sesiones clínicas, clases, conferencias, etcétera, pero en el caso de un paciente menor, se necesita el consentimiento de padres y/o tutores.

Otro aspecto del derecho a la información del paciente es la publicidad médico-sanitaria, independientemente de la forma adoptada para la misma: tanto la publicidad estática (interior o exterior) como la propaganda impresa (folletos, trípticos, impresos, etcétera). La publicidad se regula por su normativa propia a la que deberá respetar y cumplir, completando el derecho del paciente a la información.

Posteriormente y para su total curación o mantenimiento del control de su enfermedad, los pacientes tienen el derecho a la obtención en las oficinas de farmacia de los medicamentos necesarios para su tratamiento, mediante la receta médica que establezca la Administración Sanitaria, en cada caso. Esto también se traduce como deber del médico, la prescripción por escrito y en receta médica (pública, privada, particular).

El paciente también tiene el derecho a negarse a aceptar y seguir el tratamiento prescrito y, en caso de estar ingresado

en un centro sanitario, a recibir el alta voluntaria. El médico tiene el deber de emitir ese alta voluntaria solicitada por el paciente independientemente de la gravedad del mismo. En este momento, el paciente se enfrenta con dos de sus derechos fundamentales, como son el derecho a la vida y a la integridad física, y el derecho a la libertad y autonomía de su propia voluntad; el derecho a decidir libre y voluntariamente, después de haber recibido toda la información adecuada y de manera comprensible. El médico cumple con el deber de informar (opciones y expectativas del tratamiento, si lo hay, o ausencia del mismo) y el paciente ejerce su derecho a decidir aunque con su decisión ponga en peligro su propia vida o agrave su enfermedad. En este caso también es deber del médico hacer constar estas circunstancias en la historia clínica y, por supuesto, en el Informe de Alta.

Los derechos del paciente aún no finalizan aquí, ya que tiene derecho a reclamar, a hacer sugerencias y a recibir una respuesta adecuada en cualquiera de los casos. Esta es la obligación del centro sanitario, del sistema público de salud.

Finalmente, los pacientes tienen el derecho a participar en actividades sanitarias, a través de las instituciones comunitarias reconocidas oficialmente, y además, tienen el derecho a la libre elección de médico y de otros profesionales sanitarios.

En definitiva, el ciudadano, cliente o paciente tiene el derecho a recibir la asistencia sanitaria que necesita en cada momento, con la calidad de la misma inherente al nivel asistencial donde se desarrolla el proceso asistencial, y de acuerdo con los criterios protocolizados para su patología, conforme a la práctica profesional (esto es un deber del médico) y con el soporte tecnológico disponible en el centro sanitario, con independencia que sea público (de gestión directa ó mixta) o privado (concertado o no con el sistema público).

LOS MÉDICOS

Todo centro sanitario autorizado para funcionar como tal deberá disponer, en un lugar bien visible al público que acceda al mismo, de la identificación oficial de su autorización, con constancia en la misma de su finalidad asistencial y recordando los principales derechos de los pacientes. El centro sanitario también deberá disponer a la vista de los pacientes, la relación del personal sanitario que lo atiende con la indicación del nombre y apellidos, profesión y especialidad y/o servicio que presta. Esto es una consideración al paciente,

PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN ALGUNOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID:

- Mejora de la tecnología y equipamiento así como de los servicios.
- Adecuado tratamiento personal a todos los pacientes.
- Desarrollo y adaptación de las políticas públicas.
- Atención sanitaria e innovación seguras, eficaces y eficientes.
- Implantación de sistemas adecuados de información .

pero es una obligación del centro sanitario para cumplir con el derecho a la información de la cartera de los servicios sanitarios a los que el paciente puede acceder. Información que siempre tendrá que ser cierta, rigurosa y veraz. Como la propia identificación que el personal llevará en placa distintiva, sobre el uniforme o bata, adecuado y característico de cada profesional sanitario que interviene en el proceso asistencial.

La historia clínica del paciente, adecuadamente conformada con los preceptivos documentos establecidos por ley, es la expresión del derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso asistencial del paciente y su estancia en el centro sanitario. Es deber del médico su elaboración. La custodia, depósito y conservación en el archivo de historias clínicas y el acceso al mismo, respetando la normativa sobre protección de datos confidenciales de las personas, es una obligación del centro sanitario. Todos los que intervienen en la asistencia sanitaria tienen el deber de respetar la confidencialidad de los datos del paciente. La historia clínica electrónica es una herramienta con un gran potencial, pero sobrevalorado. La garantía de la calidad de la historia clínica



electrónica se logra certificando los sistemas de información de las organizaciones sanitarias. Hoy en día el proceso es voluntario, pero se podría hacer obligatorio, al menos, en el sistema público, mediante la iniciativa de cada país poniendo en marcha organizaciones independientes de proveedores y de las propias administraciones sanitarias públicas. Hay que hacer mención especial al actual sistema de almacenamiento de nube (*cloud computing*) que es lo último y más seguro que el archivo *off/on line* y, por supuesto, que el archivo en papel. La mayor seguridad del sistema

viene impuesta por el riguroso control de acceso al mismo, responsabilidad del centro sanitario.

El documento del consentimiento informado es el encargado de presentar y respetar el derecho del paciente (o de sus familiares) a recibir en términos comprensibles la información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso asistencial, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Esto constituye el deber del médico para con el paciente.

REGULACIÓN EUROPEA

- La directiva europea de derechos de los pacientes en materia de sanidad transfronteriza (2011/24/UE) sirve, entre otras cosas, para mejorar la calidad de los centros, servicios y establecimientos sanitarios respecto a la evaluación, el control, la transparencia y los criterios comunes de aplicación universal (al menos en la Unión Europea). España tiene que mantener su competencia en Europa; y también en la Comunidad Hispanoamericana, donde seguimos siendo referencia. Hay que avanzar hacia la convergencia en términos de cobertura asistencial y de accesibilidad al Sistema Nacional de Salud, el nuestro tiene que seguir siendo referente dentro de la propia Unión Europea.
- Cada país miembro de la Unión Europea debe contar con estándares de calidad establecidos y controlar su cumplimiento con supervisiones y evaluaciones periódicas y públicas. Y en este año 2013, que ha entrado en vigor dicha directiva europea, el Sistema Nacional de Salud de España, debe ser una garantía de calidad para los ciudadanos españoles y para el resto de ciudadanos europeos. Para ello, hay que definir a que se tiene derecho como ciudadano europeo y comunicárselo a toda la población, informarla muy bien al respecto. Conviene tener en cuenta el Real Decreto Ley 16/2012 (y posterior corrección) de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Esto sirve para mejorar la transparencia de los diferentes sistemas nacionales de salud de toda la Unión Europea para sus propios pacientes-ciudadanos y para el resto de los pacientes de otros sistemas.
- El profesional sanitario dispone de los mismos derechos enumerados anteriormente cuando es el receptor de la asistencia sanitaria, y es tratado como paciente (enfermo o lesionado); independientemente de sus propios derechos que, a veces, los profesionales sanitarios desconocen por falta de información o de interés en su exigencia.
- Es el momento de recordar someramente los derechos de los médicos, empezando por el derecho a estar informado y a opinar, a través de los mecanismos establecidos, tanto en el ámbito laboral como en el profesional. Es un deber y obligación del sistema público de salud facilitar toda la información necesaria en relación con el puesto de trabajo cuyas funciones desempeña.

CADA SOCIEDAD ES LA QUE PROMULGA LOS DERECHOS DE SUS MIEMBROS DE MODO QUE, AL RECONOCER CIERTOS DERECHOS A UN COLECTIVO, ESTÁ OBLIGANDO A CIERTOS DEBERES A OTRO COLECTIVO

Al final del proceso asistencial, se tiene que emitir el documento informe de alta en el que consta todo el proceso al que ha sido sometido el paciente que tiene el derecho a recibir certificación acreditativa de su estado de salud. Y, como tal, es un deber del médico, elaborar y firmar dicho Informe de Alta.

Los derechos de los médicos son múltiples y constituyen una variedad que nace con el derecho al trabajo (como cualquier otro ciudadano español, a pesar del alto nivel de desempleo), el derecho a la estabilidad en el empleo, el derecho a la libertad de empresa, derecho a la movilidad y al libre ejercicio profesional en cualquier país de la Unión Europea.

El médico tiene derecho a la salvaguarda de su honor y de su prestigio profesional; el médico tiene derecho a la protección jurídica frente a agresiones, amenazas e injurias. El deber del paciente es tratar al médico con corrección, educación y respeto (como a cualquier persona). El Tribunal Supremo ha creado doctrina jurisprudencial reconociendo la condición de autoridad pública a los profesionales sanitarios en el ejercicio y desarrollo de sus funciones asistenciales, en el sector sanitario público (función pública en servicio público, sometida a derecho público y satisfaciendo intereses públicos). También tiene derecho el médico a tener cubierta la responsabilidad civil derivada de sus actuaciones, como otro personal sanitario.

Otro distinto, es el derecho a objeción de conciencia, definida en el Código Deontológico Médico, como la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, jurídica o administrativamente, de tal manera que realizarla violenta su propia conciencia. En la Constitución Española solamente se regula la objeción de conciencia al servicio militar (cuando era obligatorio y para los ciudadanos varones en general), pero la vigente ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, determina y regula que profesionales pueden ejercer este derecho de objeción de conciencia.

El médico también tiene el derecho a la solicitud de exploraciones y pruebas diagnósticas complementarias; derecho sometido a la buena práctica profesional, sin entrar en el abuso y rutina de la práctica de la medicina defensiva (contraria a la ética médica) y el derecho (y deber) a la aplicación de los protocolos clínicos debidamente homologados por la profesión (sociedades científicas, colegios profesionales, etcétera.). Siempre será mejor la aplicación de los protocolos clínicos por aquello del cumplimiento del deber en la práctica profesional.

Y finalmente, dentro de la asistencia, el médico tiene el derecho a la libre prescripción del tratamiento que, según sus

conocimientos, sea el adecuado para la curación y rehabilitación del paciente (o al menos, su mejora o mantenimiento bajo control). Y el médico tiene el deber de prescribir por escrito en el modelo oficial de receta que sea de aplicación.

Pero también el médico tiene el deber de mantener actualizados y reciclar sus conocimientos científicos de la profesión, especialidad y técnicas concretas para diagnosticar y tratar al paciente, ya que la empresa para la que trabaje (Administración Sanitaria, mutua, compañía aseguradora) tiene el deber de favorecer y potenciar el derecho a la formación continuada de todos los profesionales sanitarios así como dotar, mantener y renovar la tecnología médica necesaria para cada centro sanitario según nivel asistencial.

Y no conviene olvidar el derecho a la protección de la salud y su vigilancia en el trabajo; la salud laboral regulada por la ley de prevención de riesgos laborales. Salud laboral comprometida en algunos profesionales sanitarios, en determinados puestos de trabajo con mayor riesgo (radiaciones, citostáticos, contagios profesionales, accidentes biológicos, fatiga, estrés, etcétera). En el caso concreto del médico, tiene derecho a recibir formación adecuada en materia de prevención y protección, derecho a estar informado de todos los riesgos laborales de la función, del puesto, de la empresa, del sector al que pertenece; y tiene derecho a participar en todos los asuntos relativos a la salud y seguridad en el trabajo. El sistema público o la empresa privada están obligados a facilitar toda la formación y toda la información necesarias para el correcto desarrollo de sus funciones y competencias.

No entramos a valorar otro grupo de derechos y deberes del médico como son las relaciones respetuosas entre compañeros, el secreto profesional, la declaración de enfermedades obligatorias, el auxilio y ayuda a la Administración de Justicia. Según el momento y las circunstancias son deberes del médico pero también son derechos que le son reconocidos. Conviene recordar que la colegiación profesional del médico, sigue siendo obligatoria en España; constituye un deber para el médico estar colegiado.

Resumiendo, el personal sanitario bien informado, conocedor de todos sus derechos y protegido (física y legalmente), es un personal con mayor compromiso social y mucho más motivado, que desarrolla su trabajo con mayor tranquilidad, mejor competencia y más seguridad, cumpliendo con todos sus deberes y obligaciones, todo lo cual se transforma en una notable mejora de la calidad asistencial que está prestando y beneficia al paciente que la está recibiendo. ■

Médico Inspector jefe de Área, Director General de Ordenación e Inspección. Consejería de Sanidad de Madrid.



A río revuelto, sindicatos nuevos

AL CALOR DE LAS PROTESTAS POR EL PLAN SANITARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID, HAN SURGIDO TRES NUEVOS SINDICATOS DE MÉDICOS, ENFERMEROS Y USUARIOS

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

Las protestas multitudinarias contra los anuncios de privatización en la sanidad madrileña –marea blanca– y contra los desahucios –Plataforma de Afectados por la Hipoteca– han resultado un perfecto caldo de cultivo para el surgimiento de nuevas organizaciones sindicales que están restando protagonismo, eficacia y afiliados a los sindicatos tradicionales.

En el ámbito sanitario, del movimiento de la marea blanca han brotado tres grupos en la Comunidad de Madrid que aglutinan, respectivamente, a trabajadores y usuarios (PATUSalud, una plataforma asamblearia), enfermeros (AME) y médicos de todas las especialidades, incluidos los de Atención Primaria (AFEM). Los tres se declaran abiertamente independientes, sin ninguna vinculación política ni sindical al uso.

Las tres organizaciones nacieron al calor del incendio provocado por el plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, aprobado a finales del año pasado. Y los dos últimos grupos se han legalizado como sindicatos.

Dicho Plan, del que ya se han publicado los pliegos de condiciones para la privatización integral de la gestión en los nuevos hospitales de Aranjuez, Arganda, Coslada, Parla, San Sebastián de los Reyes y Vallecas, pretende también privatizar la gestión de 27 centros de salud. Con ello se quiere conseguir un ahorro global de 533 millones de euros.

AFEM (Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid) se presentó públicamente el pasado 24 de

octubre y está presidida por Pedro González León, neurocirujano del Hospital Universitario 12 de Octubre. Su lema, “No trabajo de médico, soy médico”, ha funcionado como banderín de enganche para muchos facultativos madrileños contra el Plan del consejero madrileño.

AFEM nació, según sus fundadores, como entidad despolitizada e independiente de cualquier grupo de opinión, sólo sujeta a los principios inherentes de los propios médicos. Su objetivo principal “es defender a la profesión médica y reafirmar su papel indispensable en el mantenimiento del Sistema Nacional de Salud y de la atención a los pacientes”. Y entre sus reivindicaciones, más allá del conflicto madrileño, figura la “responsabilidad y el papel esencial del médico en la gestión sanitaria y en la toma de decisiones en el ámbito asistencial”.

El Plan Lasquetty es, hoy por hoy, el frente de lucha y reivindicaciones de AFEM. De ahí que su presidente haya lanzado este aviso a las empresas, dispuestas a hacerse con la gestión de la media docena de hospitales en litigio: “Vamos a estar muy vigilantes de la calidad que se quiere ofrecer y de las ga-



Recogida de firmas de la consulta por la Sanidad Pública.

rantías de la seguridad y atención a los pacientes”, lo que parece muy razonable.

Este sindicato cuenta con unos 1.500 afiliados, pero es capaz de movilizar a muchos más facultativos de la

DENUNCIAS Y REIVINDICACIONES

El común denominador de ambos sindicatos es su férrea oposición al plan de privatizaciones en la gestión de centros sanitarios de la Comunidad de Madrid. Aparte de esto, cada colectivo encuentra motivos específicos para justificar su creación y existencia.

Reivindicaciones de AFEM

- La unificación de todos los facultativos sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- Defensa de la dignidad profesional del médico.
- Plan a largo plazo para dimensionar las plantillas de Madrid y del SNS.
- Establecer adecuados controles de calidad con objetivos claros.
- Modelos de gestión clínica propios de una sociedad avanzada.
- Participación de los médicos en la gestión real.

Denuncias de AME

- Creación de comités científicos opacos que se erigen como interlocutores con la Consejería de Sanidad de Madrid y que se legitiman para representar a la Enfermería madrileña en su conjunto.
- Ausencia de transparencia en la elección de los representantes colegiales.
- Pasividad o lentitud en el desarrollo de las especialidades de Enfermería.
- Elaboración de macro proyectos estatales vacíos de lógica empírica sobre la prescripción enfermera y su realidad cotidiana.
- Utilización del colectivo enfermero con ánimo de lucro, ante la ausencia de criterios científicos y medios que controlen y evalúen.
- Gestores y direcciones de Enfermería elegidos por intereses particulares, en muchos casos sin la cualificación pertinente.
- La ausencia de voz de la Enfermería en los organismos e instituciones que gestionan y dirigen la sanidad pública.

“HAY PERSPECTIVAS DE QUE AFEM PERMANEZCA COMO ASOCIACIÓN PORQUE TIENE UN SENTIDO QUE NOS DIFERENCIA: SOMOS UNA VOZ QUE BUSCA ORIENTAR”

sanidad pública de la Comunidad de Madrid, como se ha demostrado en la marea blanca. Un serio competidor para la Asociación de Médicos y Titulados Superiores y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (AMYTS-CESM).

Al sindicato de enfermeros SATSE también le ha salido otro rival: la Asociación Madrileña de Enfermería (AME), que asimismo se declara independiente. Su lema reza así: “La enfermería eres tú”. Esta asociación sindical se constituyó el pasado mes de febrero “para

entre otras cosas, de falta de representatividad, opacidad, y timidez y ambigüedad en su posicionamiento respecto a la política privatizadora de Fernández-Lasquetty.

El presidente de AFEM va más lejos: define al sindicato que preside como “presión, opinión, orientación (...) una voz (...), hasta ahora los médicos no teníamos voz”. Estas palabras, publicadas a primeros de abril, produjeron en AMYTS una inmediata respuesta: “La voz de los médicos lleva funcionando 30 años en Madrid”, replicó su secretario general, Julián Ezquerro.

Más allá de estas diatribas dialécticas, (González León ha guardado silencio ante los requerimientos de esta revista acerca del sindicato que preside) ambos sindicatos, junto con otros, promueven su colaboración a la hora de plantar cara a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid mediante protestas y paros, incluso convocatorias de huelga. Pero hay muchos médicos que, perteneciendo desde hace años a AMYTS, se han afiliado a AFEM. ¿Será el preludio de una división sindical entre los facultativos o el germen de un sindicato más fuerte y numeroso? El tiempo lo dirá.

Mientras tanto, los de AFEM prefieren sentirse “más médicos que sindicalistas”. En esa dirección van las siguientes palabras de su presidente: “Hay una corriente de despertar de la profesión que defiende que hay que contar con los profesionales si se quiere hacer un sistema sanitario eficaz”. De

ahí que preconice “un cambio de modelo”, lo que “no es un problema sindical”.

El tercer grupo de acción sindical surgido de la marea blanca es la Plataforma Asamblearia de Trabajadores y Usuarios por la Salud (PATUSalud), creada en noviembre de 2012. Como sus organizaciones hermanas, se define sin vinculación política y/o sindical. Su lema es: “La sanidad pública no se vende, se defiende”.

¿Nacen estos nuevos sindicatos con vocación de permanencia o se extinguirán una vez que pase la marea blanca? González León: “Hay perspectivas de que AFEM permanezca como asociación porque tiene un sentido que nos diferencia: somos una voz que busca orientar”. Portavoz de AME: “Seguiremos creciendo”. ■



Jornada de manifestación convocada por los sindicatos.

pedir responsabilidades a la nula respuesta percibida de nuestros representantes laborales y garantes de los principios deontológicos de la profesión enfermera”, ante la privatización de parte del sistema sanitario público madrileño, según declara a *Medical Economics* un portavoz de su comisión gestora.

AME, que pretende representar “la voz acallada y ausente de los profesionales de la Enfermería”, carece de liberados sindicales y sus medios económicos y logísticos proceden del “esfuerzo personal, la experiencia a pie de cama o en la consulta”, señala el mismo portavoz.

Ambos sindicatos, llamémoslos alternativos, cuestionan a sus homónimos tradicionales y a sus respectivos colegios profesionales y consejos generales. Les tachan,



La suposición de que la seguridad es algo inherente al lugar de trabajo evita que empleados y empleadores adopten de forma proactiva una cultura de seguridad. Como empleador, la creación de un programa de seguridad reduce el riesgo de que pacientes o empleados sufran una lesión y el riesgo de daños a su consulta a un nivel controlable.

Seguridad en el lugar de trabajo

LA SEGURIDAD ES UN DEBER, NO UNA OPCIÓN

[Por **JAY A. SHORR**, **JANEE D. STEINBERG** Y **FAWN J. WINKELMAN**]

No se suele considerar ni hablar sobre la seguridad en el lugar de trabajo médico hasta que es demasiado tarde, aunque contar con un protocolo de seguridad definido es fundamental para el personal, los médicos y los pacientes.

Este artículo nace de nuestra pasión y compromiso con la seguridad en el lugar de trabajo. La cultura de seguridad va de arriba abajo, nunca al revés. Todos damos por sentada la seguridad porque pensamos que es algo que está ahí cuando vamos al trabajo. Ningún profesional se cuestiona el nivel de seguridad de una consulta médica cuando se postula para un empleo en ella.

En entrevistas a cientos de candidatos potenciales en los últimos diez años para varias consultas médicas, la seguridad nunca salió a relucir en el proceso a menos que nosotros sacáramos el tema. La mayor parte de las personas ni siquiera saben cómo responder porque realmente nunca se lo han planteado.

Esto asusta un poco, porque si no tienen presente la seguridad, ¿cómo sabrán ser preventivos y no reactivos cuando los sucesos potenciales parezcan inminentes? Como empleadores, todos debemos crear una cultura de seguridad en el lugar de trabajo, no sólo porque lo establezca la ley, sino porque es lo correcto. Haga de

la seguridad una parte de su declaración de objetivos y llévala a cabo. En primer lugar, definamos seguridad y cultura de seguridad.

DEFINICIÓN Y CULTURA DE SEGURIDAD

La seguridad puede definirse como el control de los peligros reconocidos con el fin de alcanzar un nivel de riesgo aceptable. Esto puede conseguirse estando protegidos del evento o de la exposición a aquello que causa pérdidas económicas o sanitarias. Puede incluir la protección de personas o de posesiones.

La seguridad es la condición de estado estacionario de una organización o lugar que hace lo que tiene que hacer. Resulta costoso contar con un programa de seguridad, pero más lo es no tener ninguno.

Para aplicar la seguridad en una consulta médica debemos comenzar por definir la seguridad en relación con el entorno de trabajo. Las consultas médicas deberían considerar los riesgos y amenazas potenciales para poder desarrollar protocolos de gestión de la seguridad con los que minimizar y eliminar dichos riesgos potenciales. La Administración de Salud y Seguridad Ocupacional afirma que las personas tienen el derecho de trabajar en un entorno seguro, y que los empleadores deben tomar las precauciones adecuadas para mantener la seguridad en el lugar de trabajo.¹

La cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de la gestión de la seguridad y la salud de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, percepciones comunes de la importancia de la seguridad, y la confianza en la eficacia de las medidas preventivas.²

Como administradores de una consulta de cirugía estética de varias especialidades, nuestras dos primeras prioridades son la seguridad de nuestros empleados y pacientes, y la protección de las licencias de nuestros profesionales (incluidos médicos, enfermeros, anestesiólogos, etcétera).

Cuando establezca y mantenga la integridad de un lugar de trabajo seguro para todos, de inmediato comprobará que el personal adopta la misma cultura que usted representa. De hecho, verá que otros también buscan peligros potenciales. Estas culturas no son programas temporales. Deberían y deben ser permanentes. Lo contrario es totalmente inaceptable.

En el comienzo de sus intentos por crear una cultura de seguridad permanente, puede que vea cómo jefes y empleados ponen los ojos en blanco. Todos sabemos lo que significa cuando lo vemos: no son conscientes, no tienen el conocimiento o en un principio no están

Tipo de peligros y situaciones relacionados con la seguridad en el lugar de trabajo

Algunos de los factores que influyen en qué tipos de peligros de seguridad podrían estar presentes en su consulta:

Ambientales: Calidad del aire, actitud personal, condiciones meteorológicas, etcétera.

Equipos: Objetos punzantes, bolsas rojas, enchufes deshilachados, equipo personal proactivo, protectores de seguridad, guantes, agujas de seguridad, cables, objetos resbaladizos en el suelo, etcétera.

Historiales médicos: Cuestiones relacionadas con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, tiempo de inactividad en cirugía, ingresos incorrectos de pacientes, intervenciones realizadas en el sitio erróneo, pacientes con el mismo nombre, falta de consentimientos apropiados, gestión de registros inadecuada o irregular, etcétera.

Materiales peligrosos: Hoja de Datos de Seguridad de Materiales (MSDS, por sus siglas en inglés) e información sobre los residuos biomédicos (químicos) peligrosos, etcétera.

Algunos de los pasos concretos que puede tomar de forma proactiva para convertir su lugar de trabajo en un entorno seguro para todos:

- Cree un lugar de trabajo sin drogas ni alcohol. ¿Es esto parte de su política y de su manual de procedimientos, y una condición para la contratación de empleados? En caso contrario, ¿por qué no lo es?
- Prevenga los errores médicos a través del tiempo de inactividad en quirófano y la identificación positiva de pacientes y procedimientos.
- Formule un plan de seguridad. ¿Cuenta con un plan de seguridad y con protocolos por escrito a los que recurrir en caso de accidente?
- Realice una formación adecuada del personal sobre las normas de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional, seguridad y uso del láser, violencia en el lugar de trabajo, VIH/Hepatitis, MSDS e información necesaria, y prevención del consumo de drogas y alcohol.
- Insista en el compromiso de sus empleados. ¿Cuenta con su compromiso?

dispuestos a adoptar cambios o a incrementar su conciencia sobre el programa de seguridad actual que no se cumple.

¿Por qué? Porque se suele pensar que cualquier cosa que exija un cambio sin una recompensa económica inicial es una pérdida de tiempo o no tan importante. Cuando alguien (empleado o paciente) enferme o se lesione por su negligencia o uso inadecuado de los protocolos de seguridad, verá lo rápido que cambian sus

actitudes. Recuerde siempre que la próxima lesión o enfermedad puede apuntar directamente hacia usted.

¿TIENE LIMITACIONES LA SEGURIDAD?

La seguridad puede limitarse en relación con una garantía o estándar de seguro a la calidad y al funcionamiento no perjudicial de un objeto u organización. Se utiliza para garantizar que el objeto u organización sólo hará lo que se supone que debe hacer.

Es importante darse cuenta de que la seguridad es relativa. La eliminación de todos los riesgos, aun siendo posible, sería extremadamente complicada y costosa. Una situación de seguridad es aquella en la que los peligros de lesión o daño a la propiedad son bajos y controlables.³ El riesgo es el potencial de que una acción o actividad elegida (incluida la elección de inactividad) lleve a una pérdida (un resultado no deseable). Esta noción implica que la elección que afecta al resultado existe (o existió). Las pérdidas potenciales también pueden denominarse peligros. Casi cualquier acción humana conlleva algún riesgo, pero algunas son mucho más peligrosas que otras.

COMPROMISO CON LA SEGURIDAD

Debemos comprender que la seguridad no ocurre por sí sola. Como comentamos antes, la seguridad comienza de arriba abajo. Como médicos, profesionales sanitarios, jefes, empleados, personal de apoyo y proveedores, debemos cumplir los estándares profesionales que todos admitimos. Nadie se levanta por la mañana pensando “¿cómo puedo enfermarme o lesionarme hoy en el trabajo?”, ¿verdad? Pero, ¿alguna vez alguien se levanta pensando “¿cómo puedo garantizar que nuestro lugar de trabajo sea siempre un lugar seguro?”. Mi respuesta es que probablemente nunca. Es aquí donde la cultura de seguridad juega un papel tan importante en el proceso.

No tener presente la seguridad en su consulta también puede causarle perjuicios económicos. Cuando uno de sus empleados se hace daño y debe ausentarse un tiempo, aumenta la carga laboral del resto del personal. Esta carga hace que todos ellos puedan sufrir lesiones adicionales porque deben trabajar más para hacer más trabajo con menos ayuda. Esta situación puede dar lugar a atajos y posibles lesiones.

Los pacientes se merecen ser tratados con el mayor nivel de seguridad que podamos proporcionar. Fijese en las consultas que no cuentan con una cultura o protocolo de seguridad. A menudo leemos cosas sobre ellas y decimos, “¿cómo pudieron dejar que eso pasara?”. La próxima vez que se sienta así, mírese en el espejo, sea sincero consigo mismo, y pregúntese “¿podría haberme ocurrido a mí?”. Si no se aplican medidas de seguridad definitivas, puede apostar que sí.

Los miembros del personal también se merecen el mismo respeto. Si no cuenta con un encargado de seguridad en su consulta, pida voluntarios. Nombrar a

alguien que realmente no quiere asumir esa responsabilidad sólo empeorará las cosas. Los miembros del personal no lo respetarán porque saben que dicho encargado no se preocupa de verdad. Establezca una lista de control de seguridad, y asegúrese de que la consulta tiene una rutina y un sistema de notificaciones oportuno. Proporcione tiempo al encargado de seguridad para recorrer las instalaciones y tomar nota de cualquier deficiencia que precise corrección inmediata o futura. Haga que se sienta bien haciendo de la consulta un entorno más seguro para todos los implicados.

No hay lugar para el error cuando se trata de seguridad. Cuando escuche a alguien decir que casi se hace daño, debe escuchar con atención y considerarlo casi un fallo. Lo siguiente que debería pensar es, “¿cómo puedo evitar que esto pase otra vez?”.

¿Sabe que los programas de compensación de la mayoría de los trabajadores ofrecen descuentos por los planes de seguridad y los planes contra las drogas y el alcohol? Es una gran ventaja sólo por hacer lo correcto.

Es posible que no podamos abarcar todos los aspectos de la seguridad en nuestras consultas médicas o eliminar todas las probabilidades de posibles lesiones, pero ser conscientes de una parte de nuestras vidas diarias minimizará el peligro potencial en el futuro. ■

PUNTOS CLAVE

La cultura de seguridad viene de arriba abajo, nunca de abajo arriba.

Cuando establezca y mantenga la integridad de un lugar de trabajo seguro para todos, de inmediato comprobará que el personal adopta la misma cultura que usted representa.

Los programas de compensación de la mayoría de los trabajadores ofrecen descuentos por planes de seguridad y planes contra las drogas y el alcohol.

REFERENCIAS

1. Bartolomei K. Medical office safety. eHow Health. http://www.ehow.com/about_6469606_medical-office-Safety.html#ixzz1V0oPruDb. Acceso en octubre de 2011.

2. Comisión de Salud y Seguridad. Tercer Informe: Organising for Safety. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations Study Group on Human factors. Sudbury, England: HSE Books; 1993.

3. Safety. Wikipedia. <http://en.wikipedia.org/wiki/Safety>. Acceso en octubre de 2011.



Shorr, arriba, es vicepresidente de operaciones y administrador de consultas para Steinberg, en el medio, dermatóloga certificada por el consejo médico y cirujana estética en Boca Raton y Tamarac, Florida. Winkelman, abajo, es asesora estética certificada en la misma consulta. Envíe sus comentarios a medec@advanstar.com.



Por **LEE J. JOHNSON**

El optimismo puede reducir el riesgo de mala praxis

El optimismo puede definirse como la esperanza y la confianza en el futuro o en el resultado positivo de algo. Si está leyendo este artículo, entonces es probable que sea usted un optimista.

Para cualquier persona, la aspiración de llegar a ser médico (dados los años de estudio, el coste y la dura competencia) requiere un acto de gran esperanza y confianza. Asumir la responsabilidad de la salud y la vida de otros seres humanos exige el gran pensamiento optimista de que podemos hacer el trabajo igual de bien, o mejor, que otros, y que los resultados serán los mejores posibles.

La neurociencia y las ciencias sociales han abordado el concepto de sesgo de optimismo, que es la inclinación a sobreestimar las probabilidades de experimentar eventos positivos y de subestimar aquellas de experimentar eventos negativos.

Esta visión positiva parece estar arraigada en nuestros cerebros, quizá a través de procesos evolutivos. Sólo hay que pensar en que los niños demuestran esta visión positiva cuando se les pregunta qué quieren ser de mayor.

Pero el optimismo está igual de extendido entre los adultos. Sobreestimamos nuestro éxito futuro acerca del trabajo, la familia, las finanzas, la salud y la esperanza de vida. Subestimamos nuestras posibilidades de despido, divorcio y enfermedad.

El sesgo de optimismo es irracional en el sentido de que nuestra confianza en el futuro no refleja la media. Aunque las cosas buenas ocurren, nuestras estimaciones superan las posibilidades medias de obtener resultados positivos en el futuro. Por ejemplo, en un estudio, el 10 por ciento de los adultos afirmó creer que viviría hasta los 100 años de edad. Sin embargo, la realidad de esta posibilidad no es 1 de 10, sino 1 de 5.000. El 80 por ciento de la población tiene un sesgo de optimismo. El otro 20 por ciento tiende más a la depresión, y está formado por personas profundamente deprimidas, definidas como pesimistas, y personas moderadamente deprimidas, que serían las más realistas.

COMPORTAMIENTOS

El sesgo de optimismo puede considerarse un comportamiento adaptativo en el sentido de que fomenta la motivación y rechaza la placidez. Nos mantiene en movimiento, con independencia de las probabilidades.

Al tratarse de un mecanismo de supervivencia, se puede decir que el optimismo ha sido seleccionado por la evolución. Quizá las expectativas positivas mejoren nuestras posibilidades de sobrevivir. El optimismo puede permitirnos planificar el futuro, reservar recursos y aguantar el trabajo duro a favor de los beneficios futuros.

El sesgo de optimismo también puede ser una profecía que se hace realidad.

En un estudio, se dijo a un grupo de estudiantes seleccionados aleatoriamente que se encontraban en un punto de considerable crecimiento intelectual. Luego, estos estudiantes realmente sacaron mejores puntuaciones que otros en la prueba de coeficiente intelectual de final de año.

El sesgo de optimismo también puede considerarse un comportamiento desadaptativo. Uno de sus peligros es la subestimación del riesgo, lo que puede llevar a errores de cálculo fatales.

EL SESGO DE OPTIMISMO Y EL PACIENTE

En los pacientes, el sesgo de optimismo tiene un lado bueno y otro malo. De hecho, gran parte de las investigaciones llevadas a cabo sobre este tema se han centrado en los problemas de salud.

En general, los optimistas tienden a vivir más y a disfrutar de un mejor estado de salud. Suelen tomar más vitaminas, seguir dietas bajas en grasas y hacer ejercicio. Además, la esperanza reduce el estrés y mejora la salud física.

Un ejemplo de sesgo de optimismo es el efecto placebo. El Instituto Nacional de Salud lo define como «el efecto sobre los resultados del paciente (para mejor o para peor) que puede producirse como consecuencia de la esperanza del paciente (o médico) en que una intervención concreta tendrá un efecto. El efecto placebo es

independiente del efecto real (farmacológico, quirúrgico, etcétera) de una intervención concreta». En algunos estudios, los pacientes afirmaron haber experimentado una mejora de entre el 10 y el 15 por ciento sólo con placebo. Uno de los motivos por los que tantos pacientes experimentan mejorías gracias a un fármaco que carece de valor medicinal es que estos pacientes reciben mucha atención. Otro puede ser

PUNTOS CLAVE

Es posible que los médicos optimistas tengan pacientes más sanos y consultas más satisfactorias.

Los pacientes optimistas tienden a vivir más tiempo y a tener un mejor estado de salud.

El optimismo puede ayudar al médico a construir buenas relaciones con sus pacientes, evitar su enfado y ayudarlos a obtener mejores resultados.

estiman la posibilidad de tener cáncer en un 40 por ciento y luego se enteran de que en realidad es del 30, cambiarán su estimación al 30 por ciento. Muchos pacientes corrigen la información médica errónea más fácilmente cuando la nueva información es positiva que cuando es negativa.

El optimismo afecta a la supervivencia del cáncer. En un estudio que realizó el seguimiento de 28 pacientes con cáncer, se descubrió que los pesimistas menores de 60 tenían más probabilidades de morir en un plazo

de siete meses que los optimistas. La salud, el estatus y la edad de ambos grupos eran los mismos al inicio del estudio.

El optimismo también afecta a los resultados de una cirugía cardíaca. En un estudio que realizó el seguimiento de la recuperación de pacientes cardíacos tras una cirugía de bypass coronario, los optimistas se recuperaron más rápido y fueron menos propensos a volver a ser hospitalizados que los pesimistas. Subestimar la probabilidad de eventos futuros adversos puede reducir la ansiedad y el estrés de una forma que realmente mejore nuestra salud.

El lado bueno es que los pacientes que creen que sus probabilidades de curarse son buenas estarán dispuestos a probar terapias y medicaciones. De hecho, sus actitudes positivas pueden ser un factor en la mejora de su salud. No obstante, también hay un lado malo evidente: los pacientes demasiado optimistas pueden estar menos dispuestos a tomar medidas profilácticas. Si los pacientes subestiman los riesgos de experimentar un resultado negativo, no tenderán a tomar precauciones para prevenir esos resultados. Los peligros de estos comportamientos, como una mala dieta, la ausencia de ejercicio físico y de chequeos anuales, y el sexo no seguro pueden incrementarse. Por ejemplo, los pacientes que no creen tener un riesgo de sufrir cáncer de pulmón no tendrán motivos para dejar de fumar.

Las mismas creencias interesadas que pueden fomentar los buenos hábitos pueden también resultar perjudiciales si se viven en exceso. Parece que el optimismo moderado guarda relación con las decisiones sensatas, mientras el optimismo extremo guarda relación con decisiones potencialmente perjudiciales.

Otro aspecto negativo, menos evidente, es que el paciente puede insistir en someterse a tratamientos intervencionistas cuando los cuidados paliativos son ya la única opción. El sesgo de optimismo puede animar a los pacientes a someterse a tratamientos que tienen pocas posibilidades de éxito en la creencia irracional de que ellos serán parte del pequeño grupo que se cura.

Por ejemplo, si el paciente tiene cáncer de pulmón terminal, y si seguir con el tratamiento sólo lo debilitará, el paciente optará por él de todas formas. El sesgo de optimismo puede hacer que el paciente crea que el cáncer puede esfumarse y que tome decisiones potencialmente perjudiciales. Si la vida del paciente será igual de larga y mucho más agradable sin tratamiento, lo mejor será pasar de él. Las pruebas indican que los pacientes que aceptan los cuidados paliativos pueden vivir más tiempo, sufrir menos efectos secundarios, incurrir en menos gastos y disfrutar de una mejor calidad de vida.

EL SESGO DE OPTIMISMO Y EL MÉDICO

No se han realizado estudios definitivos sobre el sesgo de optimismo y los médicos, así que sólo nos queda la conjetura. Sin embargo, ¿es de suponer que un médico optimista tendrá pacientes más sanos y una consulta más próspera y satisfactoria? ¿Es posible que el optimismo reduzca los riesgos de mala praxis?

• **Medicación.** Dado el efecto placebo, surge la cuestión de la sobremedicación. Una posibilidad sería preguntarle al paciente si considera que un fármaco concreto mejora su enfermedad y/o le hace sentir mejor.

Si la atención médica es parte del efecto placebo, entonces esta atención puede utilizarse como herramienta

incluso sin medicación ni otra forma de tratamiento. Y sin duda debería prestarse atención al paciente que se somete al tratamiento.

- **Noticias médicas.** Si sabemos que los pacientes responden con mayor firmeza a las noticias buenas que a las malas, ¿significa esto que hay que recalcar más las noticias malas? Es un panorama desalentador. El optimismo en exceso puede ser una forma de negación y como tal hay que abordarlo. Quizá se podría pedir a los pacientes que repitan lo que han comprendido de la noticia, y que sigan con su explicación hasta que puedan ofrecer una evaluación exacta.

- **Cirugía.** Los efectos drásticos del optimismo sobre los resultados de la cirugía cardíaca han hecho que algunos médicos los tengan en cuenta. Al tratar con un paciente pesimista, los cirujanos suelen rechazar la operación, derivar el paciente al psiquiatra y/o esperar hasta que el paciente tenga una actitud más positiva. Diferentes estudios han demostrado que los médicos que han sido demandados tienen más probabilidades de volver a serlo. Hay muchas explicaciones a este fenómeno, pero una posibilidad es que el médico haya dejado de ser optimista. El optimismo del médico puede infundir este sentimiento en los pacientes y quizá fomentar un resultado mejor.

- **Mala praxis.** Dos factores que predisponen a los pacientes a demandar al médico son los malos resultados con grandes daños y el enfado. Tome las precauciones necesarias. Ayudar a los pacientes a abordar su propio sesgo de optimismo puede ayudar a que obtengan mejores resultados, o al menos los que esperan.

El optimismo también puede contribuir a construir una buena relación y evitar el enfado del paciente. Considere la confianza en una buena relación con el paciente. También hay que tener en cuenta todas las demás precauciones que serán de ayuda, como escuchar a los pacientes, no hacerlos esperar y redactar buenos historiales médicos (si todo lo demás falla, al menos podrá defenderse).

¿Cómo podemos conservar la esperanza y evitar resultados no deseados? ¿Cómo podemos conservar la esperanza y no perder de vista los peligros? El eslogan de pegatina para coches que propongo es: «Espera lo mejor y prepárate para lo peor». En la sanidad, los pacientes necesitan creer que siempre estarán sanos, pero al mismo tiempo deben llevar un estilo de vida saludable y seguir todas las intervenciones indicadas por su médico. ■



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



Por OFELIA DE LORENZO APARICI

Respuestas a sus preguntas sobre...

Secreto profesional

¿Es obligado informar a las personas allegadas a un paciente de una enfermedad infecto-contagiosa (VIH por ejemplo), que pueda contagiarlas?

El secreto profesional médico puede analizarse desde el punto de vista legal y el ético. Aunque se trata de puntos de vista diferentes, lo cierto es que se encuentran interrelacionados y con normativas similares. Así, desde el punto de vista ético, establece el artículo 30 del Código Deontológico Médico que el secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del colegio profesional si lo precisara, y en los casos en los que con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o amenazara un peligro colectivo.

Con respecto al caso expuesto, lo cierto es que en aquellos casos en los que se tenga la evidencia que hay un peligro real de contagio para un tercero, y siempre que el paciente no esté dispuesto a comunicar personalmente su situación y/o, cuanto más importante, a tomar medidas preventivas adecuadas, el médico puede y debe revelar el secreto. De hecho, en esas situaciones, el médico tiene la obligación de intentar convencer al paciente, advirtiéndole que, si persiste en su negativa, será el mismo médico quien lo haga. Ahora bien, se entenderá que existe quebrantamiento del

secreto médico en los casos en los que el peligro sea poco probable. Por ello, lo recomendable es que cada caso se evalúe de forma particular, ponderando la existencia o no de justa causa para la revelación.

Contrato de seguro y defensa jurídica

En caso de una reclamación por responsabilidad profesional, ¿puedo designar a un letrado de confianza o me puede la compañía aseguradora imponer al suyo?

El artículo 74 de la Ley del contrato de seguro establece que, salvo pacto contrario, el asegurador asumirá la dirección jurídica frente a la reclamación del perjudicado, y serán de su cuenta los gastos de defensa que se ocasionen, debiendo el asegurado prestar la colaboración necesaria en orden a la dirección jurídica asumida por el asegurador. La defensa jurídica constituye tanto una obligación como un derecho por parte de la compañía aseguradora, salvo pacto en contrario, y lo es tanto en el caso de reclamaciones fundadas como infundadas, y tanto si la cantidad reclamada por el tercero excede o no llega a la suma asegurada.

En principio, la actividad de defensa que asume la compañía aseguradora es total e incluye la designación de abogados y procuradores, salvo en los casos de procedimiento penal, en los que la cuestión fundamental del litigio no es sólo la cuantía de la responsabilidad, sino la imposición de una pena, es decir, se trata ante todo de responsabi-

lidad personal más que de pura suma asegurada, prevaleciendo el derecho a la defensa individual sobre los intereses del seguro.

La cuestión fundamental que se plantea en torno a la asunción por la compañía aseguradora de la defensa jurídica del asegurado es la existencia de un posible conflicto entre ambos a la hora de enfocarlo durante la tramitación del procedimiento. El párrafo segundo del artículo 74 de la Ley del contrato del seguro dispone que, cuando quien reclame esté también asegurado con el mismo asegurador o exista algún otro conflicto de intereses, la compañía debe comunicar inmediatamente al asegurado la existencia de estas circunstancias sin perjuicio de realizar aquellas diligencias que, por su carácter urgente, sean necesarias para la defensa, en cuyo caso el asegurado podrá optar entre el mantenimiento de la dirección jurídica por el asegurador o confiar su propia defensa a otra persona y, en este caso, el asegurador quedará obligado a abonar los gastos de tal dirección jurídica hasta el límite pactado en la póliza.

Hay que precisar que la afirmación anterior es válida frente a reclamaciones civiles, nunca frente a las penales, pues, según se ha declarado ya en varias ocasiones por nuestros tribunales, el inalienable derecho de defensa consagrado en el artículo 24 de la Constitución exige que la persona frente a la que se ejercita una acción de responsabilidad penal pueda designar libremente un abogado de su confianza. ■



Por **ÓSCAR GIL GARCÍA**

Externalización de los sistemas de información

En los últimos años se ha producido un gran apogeo de servicios orientados a la gestión externa de sistemas de información, palabras como *hosting* o incluso el propio *cloud computing*, son parte de este auge. En definitiva, se trata de que una empresa externa de servicios se haga cargo de parte o de todo el sistema informático y de las principales fases de los proyectos, como la instalación, parametrización, integraciones, y sobre todo, el mantenimiento y el soporte.

Para responder a la pregunta de qué interesa externalizar y qué no, es necesario analizar distintos parámetros desde al menos tres puntos de vista: tecnológico, económico y organizativo.

Desde el punto de vista tecnológico, hay que preguntarse qué ofrece el mercado de la externalización de sistemas, donde se pueden distinguir tres modelos incrementales:

1. Infraestructura como servicio:

En este caso el proveedor ofrece en sus propias instalaciones el Centro de Proceso de Datos (CPD) y el hardware necesario para que corran las aplicaciones del cliente, quien se hace responsable (directamente o a través de terceros) de todo el software que se ejecuta. Las ventajas de este modelo están relacionadas con lo innecesario de invertir en un CPD propio (tecnología y personas), y las medidas de alta disponibilidad de fallos del hardware.

2. Plataforma como servicio: Aporta, adicionalmente a lo anterior, el *software*

intermedio que necesitan las aplicaciones de negocio para poder ejecutarse y que suponen una inversión y un coste de mantenimiento nada desdeñable. Son, por ejemplo, los motores de bases de datos (Oracle, SQL Server, etcétera), los sistemas operativos (HP-UX, Windows Enterprise Server y otros), o los servidores de aplicaciones, como IIS, Apache Tomcat o JBoss.

3. Software como servicio (SAAS):

Es el último nivel de externalización en la arquitectura y la más cómoda para el cliente. En este caso el proveedor ya tiene el software de negocio instalado y se realiza una parametrización específica para el cliente que accede al mismo de forma remota. A día de hoy, se puede llegar a este nivel en prácticamente todo tipo de aplicaciones de negocio, desde la intranet corporativa a la herramienta de contabilidad (ERP). La principal ventaja es la inmediatez, basta con la fase de parametrización y formación a usuarios para tener el sistema disponible. Adicionalmente, como en el resto de casos, este modelo aplanar la curva del gasto durante toda la duración de la relación, evitando la necesidad de realizar desembolsos extraordinarios al arranque de los mismos.

Desde el punto de vista económico hay que tener en cuenta algo básico, y es que como contrapartida a la ventaja de evitar una gran inversión inicial para disponer del sistema, tendremos un coste de mantenimiento anual que además está relacionado con el volumen. Por

otro lado, y nada desdeñable, es que todo el servicio de mantenimiento y soporte prestado por personal externo estará gravado con el IVA, que, habida cuenta de las últimas subidas, está haciendo que empiece a escucharse también, y cada vez más, la palabra contraria: “internalización”.

En cualquier caso, es fundamental hacer un estudio o caso de negocio con las previsiones de volúmenes en los próximos años para tomar la decisión.

Por último, desde el punto de vista organizativo hay que tener en cuenta la situación de partida que tiene la organización en cuanto a sistemas de información, tanto desde el punto de vista de infraestructuras (CPD propio, por ejemplo) como de personas (Departamento de Sistemas). A modo de ejemplo, una compañía pequeña que prevé un gran crecimiento rápido es candidata a este tipo de servicios, pero también lo es una grande que quiere contener las nuevas inversiones en TI y necesita agilidad en poner en marcha nuevos sistemas. ■

PUNTOS CLAVE

Es fundamental hacer un estudio o caso de negocio con las previsiones de volumen en los próximos años para tomar la decisión.

Una compañía pequeña que prevé un gran crecimiento rápido es candidata a este tipo de servicios, pero también lo es una grande que quiere contener las nuevas inversiones en TI y necesita agilidad en poner en marcha nuevos sistemas.



Internacional de España Stroke Play Femenino

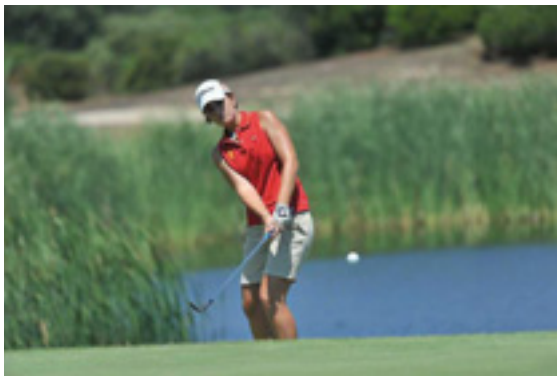
Sobrón venció y convenció en Las Colinas

Presentó en la última ronda una tarjeta de 70 golpes y un total de 212.

Luna Sobrón ha conseguido la victoria en el Internacional de España Stroke Play Femenino 2013 que se ha disputado en el campo alicantino de Las Colinas & Country Club. La jugadora balear ha sido la más regular del torneo y en la última ronda ha conseguido la victoria con una tarjeta de 70 golpes y un total de 212, uno de ventaja sobre la castellonense Natalia Escuriola.

La castellonense ha peleado hasta el final con una ronda de 68 golpes, la mejor del día, pero que no ha sido suficiente para alcanzar a la campeona. En tercera posición ha terminado la francesa Mathilda Cappeliez, que con 69 golpes ha subido al podio.

Luna Sobrón, que este año ganó también el Campeonato de España Universitario, ha demostrado su temple en la competición acechando el liderato desde el comienzo. Tras un inicio de dominio francés, con Charlotte Guilllex encabezando la tabla con 69 golpes y un golpe de ventaja sobre su compatriota



La jugadora balear ha sido la más regular del torneo.

Anyssia Herbaut, Luna Sobrón y Alejandra Pasarín, también con 70 golpes, comenzaron cerca de la cabeza.

En la segunda ronda, Luna Sobrón mantuvo con garra esa segunda plaza tras firmar 72 golpes, quedándose a uno de la nueva líder, la asturiana jugadora de la Escuela Nacional Blume, Celia Barquín, que con 68 golpes brillaba y accedía al liderato con el mejor resultado del día, mientras que Natalia Escuriola mejoraba con 72 golpes, pero todavía se

quedaba a cuatro golpes de la cabeza.

En la última ronda, los 70 golpes de Luna Sobrón le han dado la victoria, a pesar de los 68 golpes de Natalia Escuriola, que ha firmado la mejor ronda de la jornada para acabar segunda. Por su parte, Celia Barquín y María Palacios, han logrado una valiosa cuarta plaza, mientras que la defensora del título, también de la Escuela Nacional Blume, Harang Lee, ha terminado undécima con una gran última ronda de 70 golpes. ■

Fernández Doval vence en Montealegre

El club de golf Montealegre acogió la prueba de Autogal, perteneciente al circuito BMW Golf Cup International. El torneo, en el que participaron más de 140 jugadores amateur, será el único que tenga lugar este año en Galicia. Además de los premios a los tres primeros clasificados de cada categoría, el campeonato contó con un premio especial para el ganador scratch, y varios concursos adicionales patrocinados por Lloyds Bank International. Como premio estrella destacó el Hole in One, consistente en un BMW serie 320d gran turismo,

gracias al patrocinio de Allianz. En esta ocasión ningún jugador consiguió embocar la bola de un sólo golpe en el hoyo 8, aunque pudieron verse un par de bolas rozando el hoyo y soñando con el flamante coche. En primera categoría de caballeros el ganador, José Manuel Fernández Doval, consiguió una amplia ventaja de tres puntos sobre el segundo, al conseguir firmar una tarjeta de 40 puntos. La segunda categoría estuvo más disputada, siendo la victoria finalmente para Miguel Ángel Vázquez, con 41 puntos. En cuanto a la categoría de damas, la mejor fue

Rosa Bacariza con el par del campo. Esta jugadora, que ya conoce lo que significa jugar una final nacional BMW (representó a Autogal en 2009), competirá de nuevo en representación del concesionario gallego junto con Fernández Doval y Vázquez. Los tres jugadores volverán a verse las caras en la final nacional que se celebrará en PGA Catalunya Resort (Girona) del 5 al 7 de octubre. Allí intentarán conseguir una de las tres plazas en juego para disputar la final mundial, que se celebrará en 2014, y donde representarán a España frente a más de 40 países de todo el mundo. ■