

Sanidad

elEconomista

Revista quincenal

20 de febrero de 2014 | Nº 35

Gerentes de hospitales a 'dedo':
admiten que su puesto depende
de la "afinidad política" | P9

Turismo sanitario: las clínicas
esperan doblar su facturación por
la nueva regulación europea | P12

Entrevista a Julio del Valle
director de Sanidad de Bull | P16

LOS FUNCIONARIOS 'HUYEN' DE LA SANIDAD PÚBLICA

100.000 empleados
públicos piden dejar la
Seguridad Social y pasar
al seguro de salud
privado. Son ya el 82% | P6

Opinión:



José Luis Poveda

Pte. Sdad. Española de Farmacia Hospitalaria P10



Fernando Mugarza

Dtor. Desarrollo Corporativo del Idis P22

10. Opinión

**José Luis Poveda,
presidente de la SEFH**

El presidente de la Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

12. Empresas

**El turismo sanitario elige
la clínica privada**

El sector privado aspira a duplicar su facturación
por este concepto en 2015

18. Farmacias

**Las boticas muestran
su potencial de ahorro**

Un estudio en 178 farmacias ha mostrado su
capacidad de reducir costes al sistema sanitario

Edita: Editorial Ecoprensa S.A. **Presidente de Ecoprensa:** Alfonso de Salas
Vicepresidente: Gregorio Peña **Director Gerente:** Julio Gutiérrez **Director
Comercial:** Juan Ramón Rodríguez **Relaciones Institucionales:** Pilar Rodríguez
Subdirector de RRH: Juan Carlos Serrano **Jefe de Publicidad:** Sergio de María

Director de elEconomista: Amador G. Ayora
Director de 'elEconomista Sanidad': Alberto Vigario **Diseño:** Pedro Vicente y Elena
Herrera **Fotografía:** Pepo García **Infografía:** Nerea Bilbao **Redacción:** Juan
Marqués

En portada

**Los funcionarios 'pasan' de
la pública y van a la privada**

100.000 empleados públicos de Muface han pedido dejar de ser
atendidos en la sanidad pública y pasar a una aseguradora



6



16

Entrevista

**Julio del Valle, director
de Sanidad de Bull**

El directivo de la compañía francesa explica el proyecto
europeo Elixir para avanzar en la bioinformática

Hospitales

**Los gerentes de hospitales,
elegidos por su afiliación**

La mayoría de directivos de centros sanitarios públicos admite
que su puesto depende de la afinidad política



9



24

Empresas

**Las mutuas temen por
los planes de pensiones**

La obligación de las empresas de cotizar por los planes
de jubilación disparará los costes de las compañías

La mayor parte de las críticas a la gestión privada de hospitales públicos se hacía argumentado que la sanidad no podía ser un negocio. Muface, el seguro de salud de los funcionarios está demostrando lo contrario

Si se da la opción de elegir, la privada no es tan mala

El seguro de salud de los funcionarios no tiene *buena prensa* en nuestro país. Se sigue viendo como un privilegio -otro más- de los empleados públicos. Sin embargo, las cifras son tozudas y todos los estudios realizados hasta la fecha sobre este modelo muestran que su vigencia es fundamental para asegurar la atención médica del resto de españoles. Es imposible retirarlo. Al menos, con el sistema público de salud actual. Imaginemos, con las tasas de lista de espera actuales y la sobrefrecuentación de nuestros centros de salud que, de repente, 2 millones de personas se sumaran de golpe a la población que hay que atender. El sistema caería. Desde el punto de vista económico, las cuentas también se han hecho infinidad de veces. Y siguen saliendo. Según diferentes estudios, el ahorro que genera el modelo mutualista en España puede llegar hasta el 40 por ciento. El informe más reciente, de PricewaterhouseCoopers, mostró que un usuario de Muface le sale un 35 por ciento más barato al Estado que uno de la Seguridad Social.

El otro aspecto que retrata perfectamente este sistema tiene que ver con lo que ha pasado en el último año en la sanidad española. O mejor dicho, en su debate público -o

político-. La mayor parte de las críticas a la gestión privada de hospitales públicos se hacía argumentado que la sanidad no podía ser un negocio. Se intentaba con esto dar a entender que cualquier compañía sanitaria iba a mirar primero su bolsillo que la salud del paciente. Lo mismo se podría decir entonces de las compañías aseguradoras de salud. Con una prima tan baja como la que tienen por atender a los mutualistas de Muface -unos 700 euros al año- la tentación de ahorrar unos euros por paciente parecería hasta comprensible. Sin embargo, de nuevo la realidad -y los datos- nos demuestran que fuera de las masas, el individuo tiene mayor capacidad de elección. Sobre todo si les dejan. Y los funcionarios de Muface lo hacen cada año. ¿El resultado? Más de 8 de cada 10 prefieren ser atendidos por una compañía sanitaria que por el sistema público de salud.

Dejémonos por tanto de demagogias y defendamos un sistema que, hasta el momento, funciona. El seguro de salud de los funcionarios es un modelo que permite mantener el equilibrio de la oferta del sistema sanitario público, que por sí solo no es suficiente para absorber la demanda sanitaria existente. Quizás lo que no queremos es preguntar al respetable. Las respuestas podrían sonrojar a más de uno.



Fernando Martín, nuevo director de Actuarial de Sanitas

Fernando Martín ha sido nombrado nuevo director de Actuarial de Sanitas y pasa a integrarse en el Comité de Dirección de la unidad de negocio de Seguros de la compañía. Pasa hoy a la organización. Procede de DKV Seguros, donde ha trabajado durante 13 años, cinco de ellos en Alemania como *senior account manager*. Tras esta etapa, desde enero de 2011 ha ocupado el puesto de director técnico para España, Portugal y Latinoamérica.



Cofares entrega su donación a dos organizaciones

El presidente de la Fundación Cofares, Carlos González Bosch, ha hecho entrega al director de gestión de Cáritas Española, José Luis Pérez Larios, y al director de la Fundación Reina Sofía, José Luis Nogueira, de sendas dotaciones económicas derivadas de la recaudación obtenida en el concierto benéfico anual que celebra la Fundación Cofares entre los farmacéuticos socios de Cofares, así como sus familiares y amigos.



El Hospital Moncloa, de Asisa, cumple 20 años

El Hospital Moncloa, propiedad de la aseguradora Asisa, ha cumplido estos días 20 años desde que se inaugurase como clínica en el año 1993. El actual Hospital Moncloa se ha convertido en el buque insignia del grupo Asisa y, a lo largo de estos años, el centro sanitario ha atendido más de 1.700.000 urgencias y ha realizado 275.000 intervenciones quirúrgicas. El doctor Fernández Ramos dirige el hospital desde el año 2008.



Concierto de la mutua PSN a favor de Cáritas

La mutua PSN (Previsión Sanitaria Nacional) celebrará el próximo 5 de abril un concierto benéfico para el que contará con el reconocido pianista Joaquín Achúcarro y la Orquesta Filarmónica de España. El Teatro Monumental, situado en Madrid, acogerá este acto solidario organizado para recaudar fondos a favor de Cáritas España. Las entradas pueden adquirirse ya a través de la web www.entradas.com, en los cajeros de Bankia o en el teléfono 902 488 488.



Siemens abre un centro formativo en 'software' de salud

La compañía Siemens ha puesto en marcha en España la *syngo Academy*, un centro para impulsar la formación tecnológica entre los profesionales del sistema sanitario. Se trata de un centro de excelencia pionero donde los especialistas podrán formarse en el *software* de Siemens -que permite acceder a imágenes clínicas en cualquier momento y lugar-, compartir experiencias y dar vida a proyectos de innovación en el terreno sanitario.



NovoNordisk colaborará con Galicia en diabetes

El Servicio Gallego de Salud y la farmacéutica Novo Nordisk, líder mundial en el tratamiento de la diabetes desde hace más de 90 años, han firmado un convenio de colaboración para promover la investigación y la formación sobre esta enfermedad. El objetivo es mejorar la atención sanitaria a las más de 220.000 personas que la padecen en Galicia. Además del estudio, el convenio prevé actividades conjuntas de innovación y formación.



Merck abre un centro de alergias en Tres Cantos

Merck ha inaugurado el Laboratorio de Investigación en Alergia en las instalaciones de su planta biotecnológica de Tres Cantos. Un innovador proyecto que dará soporte al alergólogo en su práctica clínica e investigadora, ayudando a la identificación y establecimiento de la prevalencia de nuevos alérgenos en España. La secretaria general de Ciencia, Tecnología e Innovación, María Luisa Poncela, inauguró el nuevo laboratorio.



Astellas Pharma crea una franquicia de vacunas

Astellas Pharma y ClearPath Development Company han anunciado la firma de un acuerdo estratégico cuyo objetivo es la creación de un conjunto de empresas centradas en el desarrollo de vacunas contra enfermedades infecciosas. El acuerdo es resultado del objetivo de Astellas de construir una franquicia de vacunas a escala mundial, para lo cual lanzó en diciembre de 2013 la primera empresa con este fin, RSV Corporation (RSVC).



La consultora de mercado hmR se presenta en España

La compañía de estudios de mercado hmR -Health Market Research- ha realizado su presentación oficial en España. hmR España es el *hijo* más reciente de una familia empresarial especializada en el sector de la salud: Farminveste SGPS, un *holding* empresarial nacido de la mano de la Associação Nacional da Farmácias, entidad creada hace más de 40 años en Portugal y que representa el 96 por ciento de todas las farmacias portuguesas.



'Yondelis', de Zeltia, recomendado por la NCCN

La NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Clinical Practice Guidelines in Oncology en neoplasias uterinas ha considerado muy recomendable la inclusión de pacientes en ensayos clínicos con el fármaco *Yondelis*, de PharmaMar, para el tratamiento de leiomioma uterino debido a sus datos de actividad en esta indicación -13,9 meses de supervivencia global- en los pacientes con el tratamiento estándar ya agotado.

8 DE CADA 10 FUNCIONARIOS NO QUIEREN IR A LA PÚBLICA

100.000 empleados públicos del sistema Muface piden dejar el sistema público de salud y ser atendidos por una compañía sanitaria. El 82 por ciento elige ya el sistema privado de salud

ALBERTO VIGARIO

Los funcionarios prefieren ser atendidos en la sanidad privada en vez de en la pública. Y lo demandan cada vez más. Así lo demuestra el hecho de que a principios de año cerca de 100.000 empleados públicos del Estado han solicitado dejar de ser atendidos por el sistema sanitario público y han pedido quedar cubiertos por alguna de las aseguradoras privadas que ofrece el Gobierno a este colectivo. Es lo que se conoce como el modelo Muface. Con esta última huida del sistema sanitario público, ya son más de 8 de cada 10 (81,83 por ciento) de los funcionarios públicos los que eligen cada año el seguro médico privado cuando la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (Muface) les da a elegir entre un sistema y otro.

Los directivos de la sanidad privada temían que el efecto *marea blanca* - las manifestaciones en apoyo de la sanidad pública donde se demonizaba a la privada- tuviera también sus consecuencias en la elección de este año de



los funcionarios de Muface. Los datos conocidos hace unos días han despejado estas dudas. En concreto, han sido un total de 94.305 funcionarios los que han solicitado en enero o dejar de ser atendidos por el sistema sanitario público. Estos traslados a la sanidad privada representan el 92,42 por ciento de los 102.042 cambios registrados por Muface durante este primer mes del año, en que los funcionarios deben elegir la entidad que desean para recibir la prestación de la asistencia sanitaria, bien el sistema público, bien las entidades incluidas en el concierto para 2014 -Asisa, Adeslas, DKV e Igualatorio Cantabria-.

Sólo se han registrado 7.737 cambios de mutualistas o beneficiarios que han optado por cambiar al sistema sanitario privado, según datos hechos públicos este pasado martes por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Una vez cerrado el proceso de elección de entidad, el 81,83 por ciento del colectivo de 1.525.000 funcionarios (1.248.052), serán atendidos por las entidades de seguro médico y el 18,17 por ciento restante recibirán asistencia en la sanidad pública.

Condiciones menos ventajosas

Y eso que las condiciones del modelo Muface se han endurecido para el año 2014. Los funcionarios que tengan el seguro de salud Muface no podrán acudir a la sanidad pública para tratarse y sólo podrán hacerlo en caso de urgencia. Hasta ahora, el sistema sí dejaba abierta esta opción y eran las aseguradoras que tiene contratadas el Gobierno las que debían hacerse

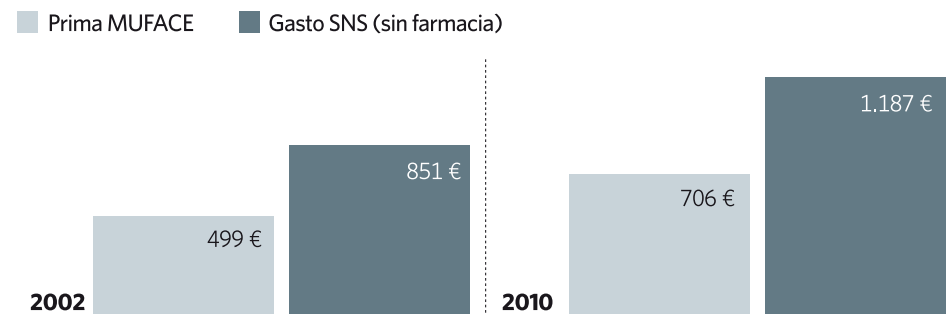
92% Los traslados a la sanidad privada representan casi el total de los cambios en 2014

Las cuentas de Muface en 2013

Datos en miles de euros

INGRESOS		VAR. (%)	GASTOS		VAR. (%)
Aportaciones del Estado	898.572,22	-12,41	Personal	82.172,50	-2,21
Cuotas de mutualistas	375.837,61	0,50	Gastos corrientes	9.431,46	0,00
Subvenciones el Estado	84.884,65	-2,85	Prestaciones sociales	168.167,23	-22,02
Minusvalías	31.502,10	1,34	Inversiones reales	2.399,80	-27,61
Fondo Especial	53.382,49	-5,16	Asistencia sanitaria	1.005.441,20	0,19
Recursos propios	3.273,20	0,21	Farmacia	280.023,73	-8,26
Remanente de Tesorería	227.144,42	131,10	Prótesis y otras prestaciones	41.219,34	-3,00

Comparación prima MUFACE- Gasto SNS



Fuente: Anteproyecto de Presupuesto de MUFACE.

elEconomista

Dos millones de seguros de salud a través de Muface

Hasta 9,6 millones de españoles tienen contratado actualmente un seguro de salud, según un reciente estudio publicado por Mapfre. Dos millones de estas pólizas corresponden a personal público de la Administración, a través de la cobertura de Muface, Isfas y Mugeju.

■ Recomiendan su uso

Según los datos del primer barómetro de la sanidad privada, cerca del 100 por cien de quienes tienen un seguro privado recomendaría el uso de la sanidad

privada. Estas cifras demuestran la elevada satisfacción de los ciudadanos con la sanidad privada, una tendencia que ha ido creciendo en los últimos años, ya que existe un número cada vez más significativo de grandes hospitales, muchos de ellos universitarios, atendidos por magníficos profesionales y dotados de los mejores equipamientos médicos de diagnóstico y curación del mercado.

■ Sostener el sistema

El mutualismo administrativo (Muface,

Isfas y Mugeju) es un modelo que permite mantener el equilibrio de la oferta del sistema sanitario público, que por sí solo no es suficiente para absorber la demanda sanitaria existente. De hecho, y dado que además tiene un coste inferior al de la sanidad pública en aproximadamente un 40 por ciento, lo ideal, según los expertos, sería ampliar este modelo a otros colectivos, como funcionarios de las comunidades autónomas, corporaciones locales y provinciales o Seguridad Social. De esta

forma, se lograría un trasvase de alrededor de un millón de personas, lo que supondría un ahorro sanitario público de unos 531 millones de euros.

■ Aportación del Estado

Sin embargo, las noticias sobre la previsible menor aportación del Estado a este sistema para los próximos ejercicios, según los expertos, podría hacer que algunas aseguradoras se replanteen su participación y, por lo tanto, en lugar de ampliar el modelo se reduzca.

cargo de estas facturas de la sanidad pública.

Esta ha sido la principal reivindicación que ha aceptado el Gobierno de las compañías aseguradoras, que por su parte tendrán que aceptar una rebaja del precio de la prima (menos 0,1 por ciento) cuando el concierto establecía una subida para el año que viene del 1,5 por ciento.

El nuevo concierto de este año recoge por tanto la obligación de los mutualistas de asistir de forma exclusiva a su entidad privada concertada, excepto en casos de atención sanitaria urgente y los de denegación injustificada de asistencia, “con el fin de evitar duplicidades con cargo a los fondos públicos”, asegura el Gobierno.

Esta nueva medida permitirá a las aseguradoras adaptar sus medios asistenciales en función de la población protegida en cada localidad, ya que hasta ahora, las compañías estaban obligadas a prestar servicios según la población total censada en cada municipio. De esta manera, Muface pretende maximizar el ratio persona-médico sin que se produzca “ninguna merma de la calidad asistencial”, al tiempo que permitirá eliminar “bolsas de ineficiencia que existían en el anterior concierto”, según reconoce el Ministerio de Hacienda.

Ya no cubre los implantes dentales ni la reproducción asistida

Además, el nuevo concierto ha igualado las prestaciones de la mutualidad con lo que se ofrece en la sanidad pública tras los últimos recortes de prestaciones. Esto afecta fundamentalmente al transporte sanitario no



urgente, la reproducción asistida y la salud bucodental, podología y prestación ortoprotésica. Así, a partir del año que viene Muface sólo cubrirá la reproducción humana asistida en los términos en los que ha definido el Ministerio y se eliminarán las prestaciones de periodoncia que actualmente cubría Muface y no el sistema público.

El valor del nuevo contrato, de un año de duración (para 2014) asciende a 995 millones de euros. La entidad que ha decidido no presentarse de nuevo y retirarse del proceso es Sanitas. La compañía, que decidió en 2012 volver a presentarse a este concurso tras 22 años de ausencia, considera que las condiciones del nuevo concurso eran “muy complicadas y difíciles”. La aseguradora se siente “decepcionada” con el Ministerio de Hacienda, que en el anterior convenio prometió a las compañías una subida del 1,5 por ciento en las primas para el año 2014.

La salida de Sanitas del seguro de salud de los funcionarios (Muface) abría este año una oportunidad para captar hasta 52.420 nuevos clientes al resto de aseguradoras de este concierto: Adeslas, Asisa, Igualatorio Cantabria y DKV Seguros. Al final, ha sido ésta última la que más se ha beneficiado.

DKV Seguros tendrá este año 26.881 pólizas más de Muface en comparación con el año anterior de las que hasta un 35 por ciento provienen de los asegurados cubiertos el año pasado por Sanitas, según ha confirmado la compañía. Esta aseguradora ha conseguido captar el 50 por ciento de todos los movimientos que se han producido. Por su parte, Adeslas ha conseguido 13.963 nuevas pólizas y Asisa 10.391 para el año 2014.

■ Bajan los mutualistas

Analizando la evolución del colectivo mutualista entre los años 2000 y 2009, se puede apreciar que el colectivo ha disminuido un 9,5 por ciento. En el año 2010, el colectivo mutualista, entre titulares y beneficiarios cubiertos por asistencia sanitaria privada, estaba compuesto por un total de 1.986.759 mutualistas, lo que supone un 4,2 por ciento sobre el total de la población española de ese año y el 21 por ciento del número de asegurados.



THINKSTOCK

■ Por regiones

Comparando los datos de distribución geográfica de los mutualistas con asistencia sanitaria privada respecto al total de población asegurada se aprecia una distribución irregular; destacar las ciudades autónomas con un 65 por ciento de mutualistas sobre el total de población asegurada, la comunidad de Extremadura con un 54 por ciento y la región de Murcia y el principado de Asturias con un 43 por ciento los territorios con mayor número de

mutualistas sobre población asegurada.

■ Primas y ahorro

En el año 2008 la prima per cápita de Muface se situó en 675,24 euros, un 55,3 por ciento menos que el gasto por el SNS de 1.189 euros; si se analiza el periodo 2002-2008, el crecimiento de la prima Muface fue del 32 por ciento frente al 40 por ciento del gasto del SNS.

■ 712 euros en 2010

En el año 2010 el volumen de primas total fue de 5.827 millones de euros, de

los que 1.414 millones de euros corresponden a las mutualidades -24 por ciento del total de primas de salud-. Según los datos de Icea recogidos en 2010, la prima media de los asegurados mutualistas ascendía a 712 euros, que aplicando la siniestralidad del colectivo mutualista en asistencia sanitaria -91,9 por ciento- el importe en siniestros pagados supuso a las aseguradoras un total de 1.299 millones de euros, el 28 por ciento de la siniestralidad total del sector asegurador.

GERENTE DE HOSPITAL: UN PUESTO DESIGNADO A DEDO

Siete de cada diez directivos de hospitales y demás instituciones sanitarias reconoce que en la elección de sus cargos suele tenerse más en cuenta su relación o afinidad política que su formación, experiencia o conocimiento del sector, según un informe llevado a cabo por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa)

ALBERTO VIGARIO



GETTY

Los directivos y gerentes de los hospitales de nuestro país quieren dejar de ser elegidos a dedo por los políticos. Así se lo han hecho saber oficialmente a las consejerías y al propio Ministerio de Sanidad, a través de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa), el organismo que agrupa a la mayoría de directivos de centros sanitarios, tanto públicos como privados.

Ahora, se ha conocido siete de cada diez directivos de hospitales y demás instituciones sanitarias reconocen que en la elección de sus cargos suele tenerse más en cuenta su relación o afinidad política que su formación, experiencia o conocimiento del sector, según los resultados de un informe llevado a cabo por esta asociación.

El trabajo se ha basado en cerca de 800 encuestas realizadas a los directivos que forman parte de esta entidad, de los que la mayoría -70 por ciento- están trabajando en instituciones de financiación o gestión pública, y el objetivo era conocer la profesionalización que hay en este ámbito.

De este modo, preguntados por los motivos que más influyen en la elección de estos cargos, admiten que lo más valorado era la afinidad política -71 por ciento de los

encuestados-, seguida de la experiencia gerencial -46 por ciento-, grado de formación -29 por ciento- o experiencia clínica -11 por ciento-.

“Todos pensábamos que sucedía esto pero nadie se atrevía a poner una cifra. Siempre hemos dicho que había mucha vinculación política en la toma de decisiones a la hora de elegir a profesionales de la gestión sanitaria y el informe lo que hace es cuantificarlo”, ha reconocido el secretario general de la Junta Directiva de Sedisa, Mariano Guerrero, coordinador de este trabajo.

Esta situación de amiguismo en la dirección de grandes hospitales “provoca muchas ineficiencias”, asegura Joaquín Estévez, presidente de esta sociedad. “Primero, que haya demasiado cambio continuado de personas al frente de estas instituciones sanitarias, lo que da sensación de provisionalidad en la dirección, que se traslada también al resto de profesionales sanitarios del centro”, afirma. “Y segundo, porque creemos que el gerente de un hospital debe ser un profesional que tenga el conocimiento para buscar tanto el beneficio económico como el sanitario de su institución”, insiste este directivo. Desde la Sociedad Española de Directivos de la Salud consideran que es necesario, y más en estos tiempos de debate sobre la viabilidad del sistema que la gestión sanitaria en cualquiera de los modelos se despolitice y profesionalice, ligando la misma a contratos con cumplimiento de objetivos y evaluaciones, y no ligándola a nombramientos políticos.

La asociación pide la creación de una acreditación profesional para ejercer como directivo sanitario y un acceso a los distintos tipos de centros por tramos, según la formación.



José Luis Poveda

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

La decisión sobre qué medicamentos van a incluirse en la prestación farmacéutica es un elemento clave. La financiación selectiva no sólo debe buscar el ahorro sino el mejor fármaco en términos de valor terapéutico

El farmacéutico de hospital en la evaluación de medicamentos

A este paso, sostenibilidad y sistema sanitario no van a cobrar su verdadero sentido si no las leemos juntas. Pero es que resulta innegable que atravesamos un periodo más largo de lo que nos gustaría: las amenazas que sobrevuelan a la solidez de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) no son pocas y no abundan precisamente los indicios de que esto vaya a cambiar pronto. Tampoco son pocos los esfuerzos encaminados a tapar los agujeros de la barca para que no se nos hunda.

El debate sobre el gasto es diario y el papel protagonista que de forma creciente estamos jugando los farmacéuticos de hospital es absolutamente razonable si bien nuestro objetivo hoy no ha variado un ápice respecto al de ayer: hemos trabajado, trabajamos y vamos a seguir trabajando para la utilización eficaz, segura y eficiente de los medicamentos. Y del mismo modo que la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se ha esforzado para dar la mejor respuesta al reto de la cronicidad o al desafío que supone saber incorporar las posibilidades que ofrece el entorno 2.0 a nuestra labor, podemos decir otro tanto en el capítulo concreto de la evaluación del fármaco.

La decisión sobre qué medicamentos van a incluirse en la

prestación farmacéutica es un elemento clave a la hora de asegurar la salud de la población y a su vez de optimizar el gasto sanitario. La financiación selectiva no solo debe buscar el ahorro sino el mejor fármaco en términos de valor terapéutico, eficacia, seguridad y eficiencia. Las Comisiones de Farmacia y Terapéutica (CFT) de los hospitales españoles son las responsables de la selección de los medicamentos a incluir en el centro y han sido y están siendo lideradas desde los servicios de farmacia. Como profesionales, estamos acostumbrados a la colaboración multidisciplinar: conocemos el circuito hospitalario, tenemos conocimientos técnicos y habilidades en materia de farmacoterapia, con competencias sobre el entorno y, sobre todo, acumulamos mucha experiencia en la evaluación y selección de medicamentos, que hoy por hoy, por lo dicho más arriba, es una estrategia más necesaria que nunca.

En esa búsqueda de soluciones, un punto y aparte fue el Real Decreto 16/2012 (abril de hace dos años), a partir del cual se marca como objetivo un uso más racional y eficiente de los medicamentos, pero sin concretar en ningún caso cómo debe hacerse. En ese sentido, la sociedad que presido lleva años liderando el conocimiento y desarrollando prácticas concretas de evaluación de nuevos medicamentos en nuestro país de la mano del grupo de trabajo Genesis (Grupo de Evaluación de

Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos); con él desarrollamos hace unos años el programa Madre diseñado para facilitar la realización de informes de evaluación de una forma ordenada y sistemática, definiendo para cada una de las fases del proceso cuál es la metodología más adecuada. Una herramienta pensada para la evaluación que llevan a cabo las CFT y que incorpora nuevas dosis de interactividad e importantes avances metodológicos y conceptuales.

En 2014 podemos afirmar con satisfacción que el modelo ya ha sido adoptado por el 85 por ciento de los hospitales españoles, y que se ha incorporado como una herramienta a su labor en la evaluación de nuevos medicamentos sin ninguna obligación normativa. ¿Y hasta qué punto es importante disponer de esta herramienta? Del total de fármacos incluidos en la prestación farmacéutica estatal, solo entre un 7 y un 10 por ciento se incluyen en los hospitales. No olvidemos que invertir en evaluar el valor terapéutico añadido o la relación coste-efectividad de un nuevo tratamiento, o de los ya existentes en el mercado, es la forma más efectiva de garantizar la solvencia futura del sistema sanitario público.

La metodología Madre ya se ha adoptado por parte de algunas comisiones de evaluación de los servicios de salud y de las comunidades autónomas, como por ejemplo en Aragón, Valencia, Andalucía, Cataluña y Baleares, y está a disposición de cualquier otro organismo e institución, incluido el Ministerio de Sanidad. Al esfuerzo colectivo que suponen los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) y en el que participan la Agencia del Medicamento, comunidades autónomas, profesionales, etc., se suma una herramienta como el programa

Madre, que puede generar un valor añadido, introduciendo elementos que seguro ayudarán en la toma de decisiones para la Financiación y Fijación de Precio.

Desde que se desarrolló el programa, hemos seguido trabajando en su actualización y así hace unas semanas presentamos la versión 4.0 del programa Madre en una *Jornada sobre Evaluación de Medicamentos* celebrada en el Ministerio de Sanidad. Una versión mejorada en base a la experiencia y la participación de expertos en metodología y evaluación, con la incorporación de nuevos apartados, instrucciones y aplicaciones. Fue motivo de elogio por parte de los representantes de la Administración. Para nuestra satisfacción, el Ministerio manifestó que, ante la existencia actual de áreas no muy definidas en lo que respecta a la fijación de las condiciones de precio y reembolso, “tomaban buena nota de los conocimientos y las experiencias acumulados por los farmacéuticos de hospital”. De hecho, se puso de manifiesto la intención de incorporar a la SEFH en el proceso de evaluación que da lugar a la fijación de precio y reembolso.

Nos adentramos en una etapa clave de cambios en la toma de decisiones sobre medicamentos con el desarrollo de los IPT y la creación del Grupo de Coordinación de Posicionamiento Terapéutico (GCPT), junto con novedades en el modelo de decisión de precio y financiación. No cabe sino sumar esfuerzos para el desarrollo de sistemas que fortalezcan el uso racional del medicamento. Defendemos fórmulas que conjuguen una forma de trabajar consensuada con maneras transparentes, ágiles y participativas. Creemos en el valor de nuestra aportación y en nuestra capacidad para seguir mejorándola como hemos hecho hasta ahora.

José Luis Poveda

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Del total de fármacos incluidos en la prestación farmacéutica, sólo entre un 7 y un 10 por ciento se incluyen en los hospitales. Invertir en evaluar el valor terapéutico añadido es la forma más efectiva de garantizar el sistema



EL TURISMO SANITARIO ELIGE LA CLÍNICA PRIVADA

El sector privado aspira a duplicar su facturación hasta los 277 millones de euros en 2015 gracias a un turismo sanitario que tendrá el acceso al sector público restringido por sus abultadas listas de espera y diferencias de precios

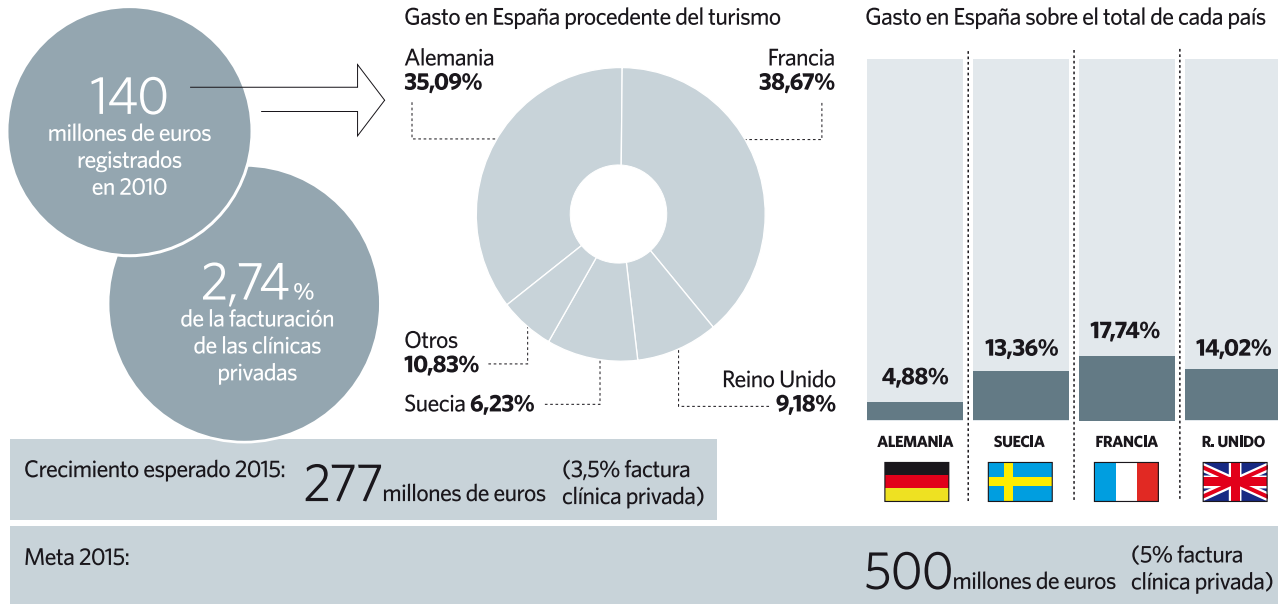
JUAN MARQUÉS

Los pacientes europeos no llamarán a la puerta de la sanidad pública española por mucho que el Consejo de Estado haya alertado de un posible incremento de las listas de espera quirúrgicas. La apertura del Sistema Nacional de Salud (SNS) a todos los ciudadanos de la UE, según obliga la directiva de sanidad transfronteriza, sí lo aprovechará en cambio la sanidad privada.

La Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) espera duplicar así la facturación del sector en 2015, hasta alcanzar los 277 millones de euros, según un estudio reciente de la consultora Deloitte, gracias a la calidad, reconocimiento internacional y precios competitivos del sector español. El director gerente de la Federación, Carlos Rus, considera “una oportunidad” la aplicación de la directiva, ya que “España recibe 60 millones de turistas al año, sobre todo del Reino Unido, Alemania, Francia y Suecia, que son conocedores de nuestra sanidad y van a ser los primeros en aprovechar las ventajas que ofrece nuestro sistema”, explica a la revista *elEconomista Sanidad*.

La aplicación efectiva de la norma por cada país será clave para explotar el nuevo mercado abierto. La mayoría de países europeos se han decantado por introducir un sistema de autorización previa en muchos tratamientos. En el caso español, el Real Decreto aprobado por el Gobierno establece que los pacientes tendrán que solicitar dicha autorización en el caso de que el tratamiento obligue

El negocio del turismo sanitario



Baile de precios según regiones, en euros

AÑO DE PUBLICACIÓN PRECIOS	ANDALUCÍA	PAÍS VASCO	GALICIA	MADRID	
	2010	2013	2012	2010*	2013
Liberación túnel carpiano	2.367,18	1.691,65	1.574,36	500	1.475
Rinoplastia	2.526,27	2.238,46	2.469,58	—	2.364
Vasectomía (esterilización varón)	926,59	1.053,70	—	300	931
Cataratas	2.997,28	1.032,19	1.965,45	800	2.538
Artroscopia	2.994,34	2.204,67	2.251,64	—	2.614

(*) Precio máximo de Concierto.

Fuente: FNCP. (*) Precio máximo de Concierto.

elEconomista

a ingresar una noche en el centro médico o sea especialmente costoso, condiciones que deben detallarse todavía por reglamento. Países como Suecia, en cambio, no impondrán ninguna traba a sus ciudadanos, con el fin de beneficiarse de los precios más baratos que ofrecen otros sistemas, como el español, subraya Carlos Rus. Este experto también apunta la posibilidad de ceder los derechos de cobro al centro y gestionar el reembolso con el Estado de afiliación del asegurado en el caso de que el país sea *buen pagador*. Otros países como Alemania incluyen los balnearios entre los tratamientos financiados que los centros privados españoles pueden aprovechar. Lo que sí descarta es

La directiva europea obliga a abrir el Sistema Nacional de Salud a todos los europeos

que los hospitales públicos hagan la competencia a los privados en España, todo lo contrario, favorece que se ocupe la privada, matiza.

Aunque tampoco sea la intención, los hospitales públicos en España distan mucho de estar preparados para competir en este mercado con los centros privados. Listas de espera kilométricas, diferencias de precios regionales injustificadas con tarifas más altas que en las clínicas privadas o ausencia total de resultados autonómicos comparables para evaluar la calidad de los distintos servicios son algunas de las barreras infranqueables del sistema para los ciudadanos europeos que busquen un tratamiento médico en el sistema público.

El propio director general de Cartera de Servicios del SNS y Farmacia, Agustín Rivero, autodescartó a los centros públicos al admitir que el principal beneficiario del nuevo flujo de pacientes abiertos por la directiva de sanidad transfronteriza será la sanidad privada. Y es que la aplicación de esta norma, incorporada al derecho nacional a través del RD publicado el pasado 1 de febrero, pone en evidencia las graves deficiencias de gestión de la sanidad autonómica.

La principal barrera que tendrán que sortear los pacientes europeos son las listas de espera. Sanidad ya ha advertido que entrarán en la lista en las mismas condiciones que uno español. Estos pacientes tampoco serán capaces de comparar los datos de listas de espera regionales para elegir el centro que más le convenga, ya que el Ministerio no ofrece estos datos por la negativa de las comunidades. Será, además, una operación a ciegas porque, con la excepción de Cataluña, ningún sistema regional ofrece datos oficiales sobre resultados y el desempeño de sus sistemas para evaluar su índice de reingresos hospitalarios, la tasa de mortalidad o de complicaciones de los distintos servicios quirúrgicos del centro.

Baile de precios autonómico

Por si fuera poco, si el paciente europeo persiste en su decisión de operarse en el sistema público español se encontrará con 17 listas de precios distintos que deberá consultar en los BOE autonómicos para averiguar cuánto tendrá que abonar por un tratamiento que después le reembolsará su sistema de aseguramiento en las condiciones que marque su país de afiliación, tal y como marca la directiva. Una simple operación de cataratas puede costar poco más de 1.000 euros en la sanidad pública del País Vasco por los 2.997 euros fijados por decreto en Andalucía, casi tres veces más -ver tabla- y al mismo nivel que una clínica en Londres. Una artroscopia puede rondar entre los 2.200 euros de Galicia o País Vasco y los 2.994 de Andalucía.

El baile de precios sanitarios es el resultado de la falta de actualización de las tarifas. Regiones como Murcia o la Comunidad Valenciana no han modificado sus tasas de atención sanitaria desde 2005, Islas Baleares desde 2008, Andalucía en 2010, mientras que Canarias, País Vasco, Castilla-La Mancha o Madrid figuran entre las que actualizaron sus precios el año pasado, según datos facilitados por la FNCP. Desde esta Federación reconocen la complejidad a la hora de manejar las tarifas públicas que pueden variar entre hospitales de un mismo servicio de salud en función de la antigüedad del personal que opera o del horario en que se fija la intervención.

La actualización de tarifas es si cabe más urgente desde que entró en vigor la reforma sanitaria en septiembre de 2012, que obliga a los centros públicos españoles a agilizar sus procesos de facturación para cobrar a los pacientes no asegurados por el SNS y que, a la vista del fallido copago hospitalario, dista mucho de estar listo.

Sanidad quiere subsanar estas diferencias con un Real Decreto de Tarifas que fije precios comunes por cada procedimiento y sirva de referencia para las regiones, aunque todavía no ha aprobado el borrador de la norma. En cualquier caso, las tarifas públicas son además más caras que las vigentes en las clínicas privadas. Si se toma como referencia el precio máximo fijado por concertar estos servicios, la operación de cataratas puede llegar a costar la mitad en un centro privado. Serán precios que deberán estar publicados y ser accesibles a los pacientes para permitir su comparación. Una condición que obliga la directiva y que, hoy por hoy, tampoco cumplen los centros privados. Unos precios que presentan grandes variaciones si se comparan en la Unión Europea. Así, por ejemplo, el coste medio de una operación de cataratas puede oscilar entre los 1.009 euros de la República Checa y los 3.062 del Reino Unido. Un reemplazo de cadera, una de las intervenciones más frecuentes en la sanidad española, puede llegar a costar 12.681 euros en Dinamarca, frente a los 8.260 euros en Lituania, una diferencia de más de 4.000 euros que bien pueden servir a un danés para amortizar el viaje y el alojamiento al país báltico y ahorrarse todavía unos miles de euros.

Si se comparan los precios de uno de los fuertes de la sanidad española, como son los tratamientos de reproducción asistida que ofrecen los más de 200 centros especializados en España, también existen diferencias importantes. Una fertilización in vitro puede llegar a costar 5.000 euros en Londres, frente a los 1.386 de una clínica checa. Los precios en España pueden oscilar entre 2.900 y 3.586 entre distintos centros comparados por la consultora británica Intuition Communication.



Arrivals Llegadas

España recibe 60 millones
de turistas que conocen
nuestro sistema sanitario
G. RODRÍGUEZ

HORA TIME	CIA AIRLINE	VUELO FLIGHT	ORIGEN FROM	SALA LNG.	OBSERVACIONES REMARKS
09:25	IBE	6797 P.MALLORCA	19	LANDED	09:42
09:25	AAL	7825 P.MALLORCA	19	LANDED	09:42
10:06	IBE	3489 GINEBRA	11	DELAYED	13:10
10:30	IBE	3627 VENECIA	19	LANDED	12:12
11:15	IBE	8789 MELILLA	19	LANDED	12:10
11:20	BAW	2464 LONDRES-GIW	19	LANDED	12:06
11:20	IBE	7843 LONDRES-GIW	19	LANDED	12:06
11:30	IBE	8531 PAMPLONA	19	LANDED	12:15
11:35	BAW	456 LONDRES-HR	19	LANDED	12:14
11:35	IBE	7441 LONDRES-HR	19	LANDED	12:14
11:45	Vueling	VLG 6593 AMSTERDAM	19	LANDED	12:46
11:55	IBERIA	ROT 415 BUCAREST	19	LANDED	12:00
11:55	IBE	7911 BUCAREST	19	LANDED	12:00
11:55	BAW	7107 A CORUÑA	19	LANDED	12:15
11:55	IBE	8515 A CORUÑA	19	LANDED	12:15
11:55	Avianca	AVA 6015 A CORUÑA	19	LANDED	12:15
11:55	IBERIA	CAL 247 ATENAS	19	LANDED	12:17
11:55	IBE	1045 BARCELONA	19	LANDED	12:25
12:00	IBE	2623 BARCELONA	19	LANDED	12:30
12:05	IBE	3403 PARIS-ORLY	19	LANDED	12:58

HORA TIME	CIA AIRLINE	VUELO FLIGHT	ORIGEN FROM	SALA LNG.	OBSERVACIONES REMARKS
12:15	IBE	3111 LISBOA	19	EN TIERRA	12:48
12:25	IBE	8865 SANTANDER	19	EN TIERRA	12:56
12:30	IBE	8977 VALENCIA	19	EN TIERRA	12:25
12:30	Brussels Airlines	BRU 5255 BRUSELAS	19	RETRASADO	13:25
12:30	IBE	3217 BRUSELAS	19	RETRASADO	13:25
12:30	IBE	7483 MANCHESTER	19	RETRASADO	15:20
12:30	BAW	1649 MANCHESTER	19	RETRASADO	15:20
12:35	IBE	3677 ROMA-FCO	19	RETRASADO	13:25
12:35	MAH	4677 ROMA-FCO	19	RETRASADO	13:25
12:40	BAW	456 LONDRES-HR	19	EN TIERRA	13:07
12:40	IBE	7443 LONDRES-HR	19	EN TIERRA	13:07
12:40	IBE	8721 OPORTO	19	RETRASADO	13:18
12:50	IBE	8061 VALENCIA	19	EN TIERRA	13:10
12:55	Vueling	VLG 6233 ROMA-FCO	19	RETRASADO	13:25
12:55	IBE	1145 BARCELONA	19	RETRASADO	13:35
13:00	IBE	7322 SANT-CHILE	11	EN TIERRA	12:58
13:00	LAN	704 SANT-CHILE	11	EN TIERRA	12:58
13:00	BAW	7185 VIGO	19	RETRASADO	13:20
13:00	IBE	0187 VIGO	19	RETRASADO	13:20
13:00	IBE	8533 PAMPLONA	19	RETRASADO	13:30

HORA TIME	CIA AIRLINE	VUELO FLIGHT	ORIGEN FROM	SALA LNG.	OBSERVACIONES REMARKS
13:00	IBE	7365 BUDAPEST	19	RETRASADO	13:40
13:00	MAH	588 BUDAPEST	19	RETRASADO	13:40
13:05	IBE	8211 MALAGA	19	RETRASADO	13:25
13:10	BAW	8753 LONDRES-CY	19	RETRASADO	13:45
13:10	IBE	8551 BURDEOS	19	RETRASADO	14:10
13:15	IBE	8431 BILBAO	19	RETRASADO	13:40
13:15	IBE	2001 BARCELONA	19	RETRASADO	13:40
13:15	Avianca	AVA 6011 BARCELONA	19	RETRASADO	13:40
13:25	Avianca	AVA 010 BOGOTA	11	RETRASADO	13:40
13:25	IBE	8327 SEBASTIAN	19	RETRASADO	13:40
13:25	THY	1857 ESTAMBUL	11	RETRASADO	14:30
13:30	IBE	0167 SEVILLA	19	RETRASADO	13:40
13:30	IBE	8915 MARSELLA	19	RETRASADO	13:40
13:35	IBE	8361 ALICANTE	19	RETRASADO	13:40
13:35	IBE	8585 ALMERIA	19	RETRASADO	14:05
13:40	IBE	8215 MALAGA	19	RETRASADO	13:40
13:45	AEA	3078 QUAYAOUL	11	RETRASADO	14:05
13:45	IBE	8634 QUAYAOUL	11	RETRASADO	14:05
13:45	IBE	3441 PARIS-ORLY	19	RETRASADO	14:20
13:50	IBE	3483 GINEBRA	11	RETRASADO	14:10

Nuevas reglas para el mercado del turismo sanitario

■ Un sistema de autorización previa.

Los pacientes de la Unión Europea tendrán que pedir autorización previa para desplazarse al extranjero en el caso de que la hospitalización obligue a pernoctar una noche o usar técnicas complejas, como PET, TC, Spect, reproducción humana asistida, cirugía mayor ambulatoria que requiera implantes o tratamientos farmacológicos que superen los 1.500 euros mensuales,

entre otros. Las regiones disponen de tres meses para responder la solicitud.

■ El paciente anticipa el pago.

El paciente debe anticipar el pago de los gastos de la atención y el desplazamiento. El país donde esté afiliado le reembolsará los gastos de asistencia y medicamentos de las prestaciones incluidas en la cartera básica de servicios hasta un máximo que

se ajustará a las tarifas oficiales de cada servicio autonómico de salud, como si el tratamiento se hubiera prestado en España.

■ Centros públicos y privados.

Los pacientes podrán, a partir de ahora, optar por la sanidad pública o privada, una elección que los ciudadanos españoles no podrán hacer dentro de España.

LOS SEGUROS DE SALUD BUSCAN AL CLIENTE 'ONLINE'

El uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud es todavía incipiente en la mayoría de las aseguradoras, pero algunas ya sacan ventaja a la baja

JUAN MARQUÉS

El uso de las nuevas tecnologías aplicadas a la salud es todavía reciente en la mayoría de las compañías de seguros de salud nacionales pero algunas ya sacan ventaja, según el primer estudio comparado sobre este modelo de negocio en el sector en España. Las 16 grandes compañías de seguros de salud que operan en España -Adeslas, Sanitas, Asisa, DKKV, Mapfre, Caser, Aegon, Allianz, Asefa, Axa, Cigna, Fiatc, Néctar, Santa Lucía, Plus Ultra y Divina Pastora- apenas han comenzado a explorar el potencial de las nuevas tecnologías, pero ya hay grandes diferencias en su oferta.

Sólo una de cada cuatro aseguradoras dispone de planes de prevención *online* para la población de riesgo. La teleconsulta por videoconferencia es otro recurso que apenas explotan el 12,5 por ciento de las compañías, mientras que los clientes sólo tienen acceso en red a sus datos clínicos y pruebas médicas en el 9 por ciento de los casos, que se reduce al 6 por ciento cuando se trata de un chequeo telefónico o al 5 por ciento si es una cita *online*. Más extendida está, en cambio, la consulta electrónica. Tres de cada diez empresas ofrecen ya esta posibilidad a sus clientes.

Son algunos de los resultados de un estudio de Ártica Telemedicina, una compañía especializada en la aplicación de las TIC en el sector sociosanitario del grupo CMC, sobre el uso de las nuevas tecnologías en el sector.

“La mayoría de las compañías han abierto el canal de comunicación *online* con sus clientes y ahora falta explotarlo”,

explica Francisco Javier Perdices, director de Ártica Telemedicina y experto en el desarrollo de TIC.

Las compañías sí facilitan en todos los casos información en Internet sobre sus productos, con acceso al cuadro médico y tarjeta sanitaria *online*. Pero todavía tienen que dar el salto al desarrollo de aplicaciones médicas de monitorización de constantes vitales o diagnóstico mediante el uso de tecnología móvil, uno de los mercados de mayor crecimiento que, según calcula la consultora PwC, puede multiplicarse por cinco hasta alcanzar un valor de 16.000 millones de euros en 2017.

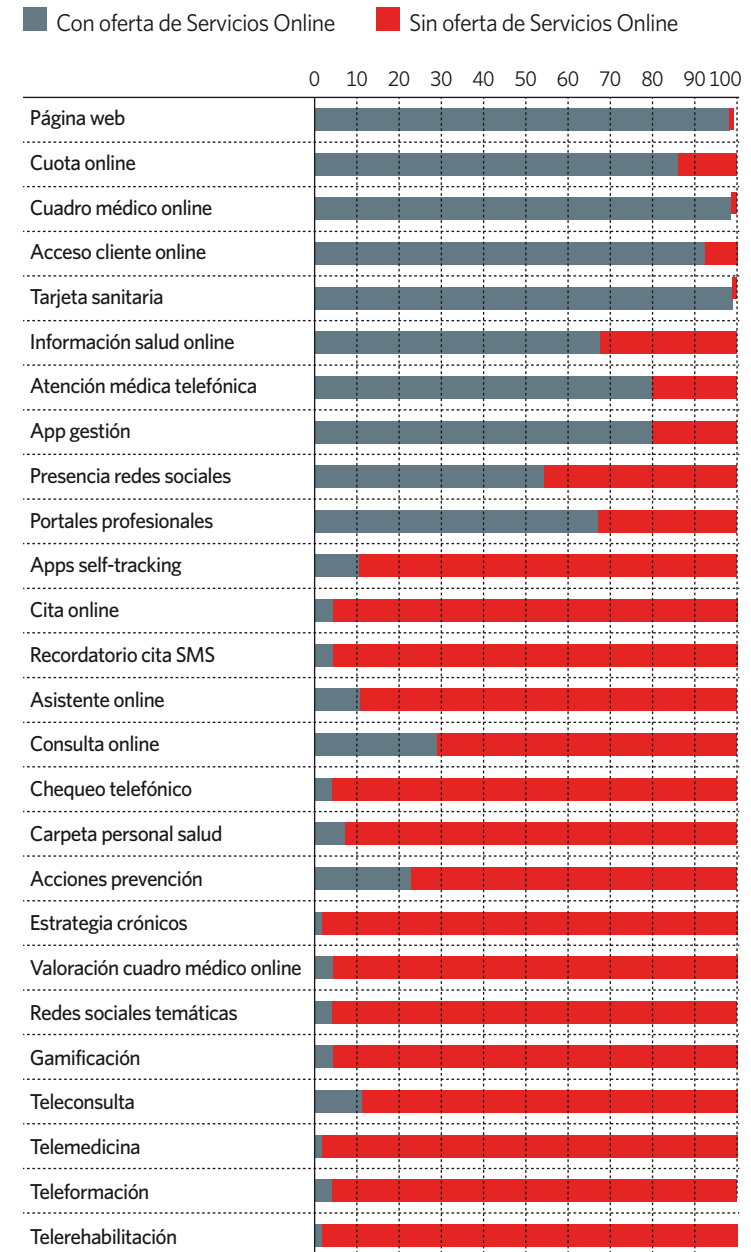
Futuro de la telemedicina

Otra área de futuro es la telemedicina o la teleformación, donde ya se detectan movimientos en el sector para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades, según apunta Ártica. “Estos nuevos servicios se incluirán paulatinamente en la carpeta de salud de cada asegurado y permitirán diferenciarse de la competencia”, indica Perdices.

Una de las compañías que tiene una estrategia más definida en *e-salud* es Sanitas. Sus clientes pueden, por ejemplo, consultar los resultados de las pruebas de laboratorio a través de la intranet, entre otros servicios de su red de hospitales. También es pionera su aplicación móvil para gestionar el embarazo. Otra compañía que más ha incidido en la prevención es DKKV al promover hábitos de vida saludables a través de su red social e implicar a sus clientes en el cuidado activo de la salud.

Oferta de servicios online de las aseguradoras

Porcentaje que lo ofrece



Fuente: Ártica Telemedicina.

elEconomista



JULIO DEL VALLE

Director internacional de Sanidad y Ciencias de la Vida de Bull

ALBERTO VIGARIO

La compañía informática Bull -con 50 años de presencia en España- lleva años inmersa en la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías que permitan la introducción de la medicina genómica personalizada en el sistema sanitario. Julio del Valle, director del área de Sanidad de la firma, afirma que la aportación de la informática en este campo, lo que se conoce como bioinformática, será fundamental en los futuros avances médicos.

¿Qué papel juega la informática en la medicina actual?

Los avances en la medicina vendrán ya por la informática porque esta ciencia será cada vez más digital y conducida por datos. La medicina personalizada es, según todos los expertos la medicina del futuro y ésta no puede ser realidad si no somos capaces de descifrar de una manera rápida y económica el genoma humano y, a su vez, correlacionar esta información con una gran cantidad de datos clínicos de los pacientes. En el futuro una persona puede necesitar conocer hasta 2.500 biomarcadores, proteínas, células para monitorizar su estado de salud y prevenir enfermedades. Y ahí la informática juega un papel fundamental. Hay que tener bases de datos de toda esta información y saber cómo poder compartirla.

¿Cuál es el proyecto en este campo más importante?

“Los nuevos fármacos van a llegar en los próximos años **gracias al potencial de la informática**”

Actualmente el proyecto europeo más importante en este campo es el Consorcio Elixir, en el que 17 países europeos -entre ellos España- se han aliado para gestionar la avalancha de datos biológicos derivados de la revolución que supuso la secuenciación del ADN de los seres humanos en el año 2000.

¿Qué se consigue con este consorcio?

El objetivo de todos los países es crear una infraestructura de datos biológicos en toda Europa para facilitar la investigación en ciencias de la vida y su traslación no sólo a la salud, sino también a la bioindustria, al medioambiente y a la sociedad en general.

¿Tanta información generamos?

La cantidad de datos que están generando los investigadores en ciencias de la vida están creciendo de manera exponencial. No sólo datos del paciente, sino de moléculas, datos químicos, para diagnóstico, sobre proteínas, biomarcadores... toda esa información generada está creciendo de una manera sin precedente. Esa avalancha ahora mismo se produce de manera descoordinada, los países no interactúan y la infraestructura para compartir esa información no es suficiente.

¿Qué hace falta para que esos datos sean útiles?

Por ejemplo los dispositivos de secuenciación para descifrar el genoma. Esta tecnología ha evolucionado de tal manera que ahora son 400 veces más eficientes que en el año 2000, cuando se presentó el primer borrador de genoma humano. Antes intervenían una cantidad enorme de dispositivos de secuenciación para hacerlo en meses y años. Hoy en día eso puede hacerse en menos de una hora y por 5.000 dólares. Descifrar el primer genoma humano costó 3.000 millones de dólares. Esto es posible gracias a los secuenciadores de segunda generación. Se espera en los próximos 10 años una mejora de entre 1.000 y un millón de veces de productividad.

¿Es posible almacenar tanta información sobre salud?

Si la avalancha de datos es difícil de manejar imaginemos dentro de 10 años. La capacidad de almacenamiento se duplica hoy día cada 18 meses, pero la avalancha de datos de tipo biológico se está duplicando cada 9 meses. Esto produce un cuello de botella de la información, ya no por los secuenciadores, sino porque lo que hace falta es potenciar la capacidad de almacenamiento,



EE

"La medicina personalizada necesita descifrar el genoma humano a bajo coste"

"La bioinformática puede ayudar a la sanidad y al medio ambiente y la bioindustria"

"España está en el proyecto Elixir, pero aún debe aprobar si aporta fondos al consorcio"

procesamiento... y facilitar soluciones que garanticen la seguridad de la información sobre todo en el ADN humano, la privacidad, la trazabilidad... y herramientas que permitan compartir esa información entre los distintos países. Habría que multiplicar por 10 la capacidad actual.

¿Elixir intenta poner remedio a esta situación?

Para que sea posible construir esa infraestructura hay una serie de países que han manifestado su interés en formar parte del consorcio. Firmaron un memorándum de entendimiento unos 15 países y se pueden incorporar más. Francia y Bélgica se ha incorporado ahora. Bélgica también ahora. España está en ese grupo. Además me comprometió a poner fondos. Ahora mismo hay cinco países que han puesto dinero en el proyecto. Reino Unido, Suecia, Suiza, Republica Checa y Estonia. Reino Unido es el que más aporta con 86 millones de euros. Suiza también ha puesto 35 millones de euros para su Instituto de Bioinformática. El resto aporta unos 4 millones de euros cada uno.

¿Y España?

España tiene un documento donde se compromete a aportar unos 1,7 millones de euros para cuatro años. Una cifra muy por debajo del resto de países para hacer realidad este proyecto. Francia se espera que haga aportación firme. Y detrás parece que va a ir España, pero no sabemos si con esa cifra. Esperemos que España apueste por este proyecto. Algunos de los investigadores españoles de este campo se han tenido que ir del país por falta de fondos. Bioinformáticos muy preparados que se han ido a Suiza e Inglaterra.

¿Cuándo estará funcionando el consorcio?

Ha habido una fase previa para movilizar y ver quién tiene interés en el proyecto. Esto se ha desarrollado desde 2010 hasta 2013. Ahora en 2014 hay que dar el paso de poner la inversión. Y ahora hay un proyecto piloto para que cada uno trabaje en un área distinta. Se espera que a finales de 2015 ó 2016 ya puedan trabajar todos los bioinformáticos coordinados.

¿Bull se ha interesado en este proyecto?

Sí. Nuestra intención es conseguir una sanidad más preventiva y menos reactiva y para eso hace falta ir hacia este modelo. Nosotros podemos descifrar la información de los secuenciadores y correlacionarlos.

LA FARMACIA DEMUESTRA SU PLAN DE AHORRO

El control experto de la medicación reduce a la mitad las visitas a urgencias, los ingresos hospitalarios y los problemas relacionados con los fármacos, según un estudio con 178 boticas y 1.403 pacientes crónicos y polimedicados

JUAN MARQUÉS

El tiempo del farmacéutico puede ser oro para el Sistema Nacional de Salud (SNS) y para las propias farmacias si se sabe explotar y también demostrar. Es lo que ha hecho un grupo de 178 farmacias de Granada, Guipúzcoa, Tenerife y Las Palmas a lo largo de seis meses al involucrar a 250 farmacéuticos en el seguimiento farmacoterapéutico de 1.403 pacientes crónicos y polimedicados, con tratamientos de cinco o más medicamentos.

Los resultados del estudio, el más ambicioso de los realizados hasta la fecha en España que se completará con su extensión en 2015 a cerca de 4.000 boticas, son una buena noticia para la salud de los pacientes y para el propio sistema, ya que prueba el ahorro que la intervención farmacéutica puede lograr para el SNS.

La implicación activa del farmacéutico en el control y seguimiento de la medicación del paciente permitió reducir el porcentaje de pacientes controlados que refirieron haber acudido a urgencias a la mitad, del 28,9 por ciento al 14,7 por ciento. Lo mismo cabe decir de los ingresos hospitalarios motivados por problemas con la medicación. El seguimiento farmacéutico redujo el porcentaje de ingresos del 13,4 por ciento al 5,9 por ciento al finalizar el estudio.

Otros indicadores medidos son la caída del porcentaje de problemas de salud no controlados, desde el 29,5 por ciento detectado al inicio al 12,7 por ciento al final o la reducción media de medicamentos por paciente.

El grupo de investigadores coordinados por el profesor de la Universidad de Granada, Fernando Martínez, también ha analizado el coste utilidad de la intervención para concluir que el servicio de seguimiento es efectivo y rentable. El precio del servicio, teniendo en cuenta los 442 minutos al año por paciente que el farmacéutico debe dedicar, aparte de otros costes de inversión inicial en empleo y mantenimiento, se han valorado en 279 euros anuales por paciente. Una inversión que el investigador Fernando Martínez considera “asumible” para las Administraciones, una vez que los ahorros para el sistema



pueden oscilar entre los 180 y los 360 euros por paciente y año, además de “una oportunidad de cambio de paradigma para la farmacia”, que pasa, a juicio de los expertos, por una integración efectiva del profesional de la farmacia en los distintos niveles asistenciales del SNS.

Pero ¿cómo se recompensa la inversión y dedicación extra del farmacéutico? Algunos colegios de farmacéuticos como Cataluña, País Vasco, Comunidad Valenciana o Madrid ya han concertado o acordado el desarrollo de nuevos servicios con las administraciones autonómicas que, a falta de apoyo público, deberán financiar los ciudadanos o mediante la participación del sector asegurador, en el caso catalán con la Mutua General de Cataluña. El éxito de la iniciativa depende en buena medida de definir un modelo de financiación que permita a las 21.458 oficinas abiertas en España dar este salto hacia una farmacia más asistencial.

El Consejo General de Colegios Farmacéuticos acaba de abrir el debate sobre un cambio del modelo retributivo de las farmacias, a la vista de la delicada situación financiera que atraviesa el sector. Más de 6.500 farmacias, el 31 por ciento del total, obtienen unos beneficios netos inferiores a 1.500 euros mensuales tras los sucesivos recortes aplicados sobre el sector.

La consultora PwC ha planteado distintos escenarios en un borrador de estudio presentado el pasado 12 de febrero, que los colegios farmacéuticos deben ahora discutir. Una posibilidad abierta por la consultora es el establecimiento de un margen fijo mínimo del 27,9 por ciento actual para todos los medicamentos de PVP menor o igual a 3 euros. Se trataría de un suelo fijo de 0,84 euros para evitar trabajar con márgenes de escasos céntimos por las tarifas a precio de gominolas existentes en la actualidad derivados de las continuas bajadas de precios. Cerca del 47 por ciento de las dispensaciones efectuadas en las farmacias son de fármacos de PVP inferior o igual a 3 euros.

Los expertos de PwC proponen además una corrección de las escalas de deducciones actuales, un sistema que se impuso en el año 2000 y que grava las ventas de las farmacias en distintos tramos y porcentajes, para aplicar una deducción de 1.500 euros al mes en las escalas actuales que refuerce la economía de las 6.573 farmacias de menor facturación. Esta propuesta elevaría el gasto público en 125 millones de euros a cambio de asegurar la viabilidad financiera de la red de farmacias, según la consultora.

La Administración tendrá, en cualquier caso, la última palabra en el proceso abierto por el sector para definir un nuevo sistema retributivo y un nuevo modo de hacer farmacia más volcado en los servicios, que renueve y afiance el actual modelo.

El seguimiento farmacoterapéutico es coste efectivo

Resultados probados

El seguimiento farmacoterapéutico por parte de las farmacias permite reducir en un 56 por ciento los problemas de salud no controlados, en un 49 por ciento el número de pacientes que señaló haber acudido a urgencias y en un 55 por ciento las hospitalizaciones de los pacientes controlados.

Servicio coste efectivo

El precio del servicio, teniendo en cuenta los 442 minutos al año por paciente que el farmacéutico debe dedicar, además de otros costes de inversión inicial y mantenimiento, se ha valorado en 279 euros anuales por paciente, un servicio que es altamente coste efectivo si se tienen en cuenta la reducción de visitas a urgencias y de ingresos hospitalarios.

La falta de adherencia cuesta 11.250 millones

El incumplimiento de los tratamientos farmacológicos genera un gasto anual al año de 11.250 millones de euros, según calcula la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Esta sociedad científica calcula que, entre un 20 y un 50 por ciento de los pacientes, no sigue su

tratamiento, lo que provoca visitas a urgencias e ingresos hospitalarios por problemas relacionados con la medicación o reacciones adversas. Cerca de 18.400 muertes registradas en España cada año se asocian a este tipo de problemas.

Valoración positiva de los pacientes

“Los pacientes descubren un nuevo profesional cuando se les ofrece el



servicio de seguimiento farmacoterapéutico”, asegura Miguel Ángel Gastelurrutia, vicepresidente del COF de Guipúzcoa y uno de los impulsores del estudio. Charlie Benrimoj, profesor de la Universidad Tecnológica de Sidney, añade que “los pacientes cambian la percepción del farmacéutico por la de un profesional que forma parte del equipo sanitario y más cercano”.



INESTABILIDAD LABORAL Y BRUXISMO

Entre un 10 por ciento y un 30 por ciento de la población general sufre esta patología, aunque sólo la mitad de los casos llegan a ser bien diagnosticados y tratados



Dra. Sonia Vidal

Especialista en Traumatología y Cirugía
Ortopédica. Investigación Biomédica



THINKSTOCK

Hace pocos días la prestigiosa revista *American Journal of Otolaryngology*, en un interesante editorial, alertaba sobre el llamativo aumento de casos de bruxismo diagnosticados en los dos últimos años. Los autores concluyen que la inestabilidad laboral y económica, representada a modo de despidos y expedientes de regulación de empleo de los últimos tiempos es la responsable del incremento, en más de un 40 por ciento, de los pacientes con bruxismo. Se trata, pues, de un proceso patológico muy a tener en cuenta entre los profesionales de la Medicina Laboral y los Servicios de Prevención.

El bruxismo es un acto involuntario de la musculatura mandibular que conlleva el apretar y rechinar las estructuras dentales. Es un proceso nocturno y queda clasificado dentro de los trastornos del sueño como una alteración del movimiento. Al ocurrir mientras se duerme, la mayoría de los bruxistas no saben que lo son. Nuestra actividad motora orofacial se encuentra, fisiológicamente, en niveles muy bajos durante el sueño, pero suficientes para mantener un correcto funcionamiento de la vía oral y faríngea. Para permitir, por ejemplo, la deglución del exceso de mucosidad nocturna. Los eventos bruxistas responden a contracciones fuertes, e incluso rítmicas, en el rechinar de los dientes. Se denomina bruxismo

céntrico al apretamiento y excéntrico al que se produce por frotamiento de las estructuras dentales. El bruxismo diurno se relaciona con hábitos como morderse los labios o comerse las uñas, entre otros. La sintomatología es muy amplia y diversa. Los signos más evidentes aparecen en el período de vigilia. Se puede encontrar dolor en la región mandibular y en los oídos, cefaleas, rigidez facial y alteraciones bucodentales con destrucción del esmalte y la dentina que favorecen la pérdida de piezas dentarias. Puede aparecer, también, sensibilidad dental al frío, el calor y los alimentos dulces. El diagnóstico diferencial ha de establecerse con otras causas de desgaste y lesiones dentarias, como puede ser la enfermedad gingival,

procesos bacterianos y erosiones químicas. El dolor orofacial debe diferenciarse de procesos como las neuralgias, las migrañas, y las sinusitis. Muchas teorías se han descrito para explicar la aparición del bruxismo, sin embargo, la mayoría de ellas sugieren un origen multifactorial. Hay factores intrínsecos en relación a las maloclusiones dentarias, malformaciones articulares y óseas. Algunos estudios muestran asociaciones familiares que implicarían un componente genético en su aparición. La fisiología del sueño ha sido ampliamente estudiada en la búsqueda de las causas para este trastorno. Sin embargo, las variaciones individuales son muy grandes como para poder llegar a determinar un único patrón predisponente. Lo cierto es que el patrón definido para un único individuo, puede mostrar alteraciones muy llamativas a lo largo de toda su vida.

Existen evidencias de que el bruxismo en niños es diferente y con diferentes factores etiológicos que en los adultos. Es un proceso muy común en niños de 3 a 12 años de edad. Lo que aún se desconoce es el mecanismo de transición de un niño bruxista a un adulto bruxista. Todo un mundo por explorar. Sin duda.

Dentro de los factores psicosociales se ha llegado a constatar la relación con el estrés y la ansiedad. Hay algunos estudios que correlacionan, con diferentes niveles de evidencia, el estrés diurno referido por un paciente con la actividad electromiográfica que puede ser medida en un estudio durante el sueño. Otros estudios han examinado los niveles de catecolaminas en pacientes con bruxismo, concluyendo que la epinefrina y la dopamina tienen fuerte relación con su aparición, apoyando el concepto de que el estrés emocional es un factor importante en el desarrollo del bruxismo. En relación al tratamiento, se han utilizado tradicionalmente protectores dentales o férulas con el objetivo de evitar el bruxismo durante el sueño, y poder prevenir los daños que se pueden ocasionar en los dientes y en la articulación temporomandibular. A todo ello se pueden unir ejercicios de relajación, aplicación de calor local, evitar comer alimentos duros y dulces y otras recomendaciones para conseguir dormir bien. Se aconseja



THINKSTOCK

establecer hábitos que permitan conciliar bien el sueño como tomar una ducha caliente antes de dormir, no hacer ejercicio físico antes de acostarse, evitar el café y el alcohol.

Otras opciones pasan por los sistemas de ortodoncia para ajustar el patrón de mordida y alinear adecuadamente los dientes. Si nada de ello funciona, existen recursos quirúrgicos aplicables de manera individualizada y personal.

Cada vez son más numerosos los empresarios sensibilizados con el hecho de que la productividad laboral se puede ver condicionada por la calidad de vida de sus trabajadores que, en multitud de ocasiones, son sometidos a situaciones de excesivo estrés. Más aún en tiempos de precariedad laboral.

Por ello, a través de los Servicios de Medicina Laboral se han puesto en marcha campañas de concienciación para la buena

salud bucodental e, incluso, entre los más innovadores, se desarrollan proyectos para el Estudio del Sueño. El objetivo prioritario es brindar al trabajador todas las herramientas que permitan un exhaustivo estudio que poder descubrir que el problema orofacial y bucodental viene dado por el hábito bruxista. Al ser un acto involuntario, es difícil de prevenir y, por ello, es importante acudir a revisiones periódicas para lograr un diagnóstico precoz y evitar posibles efectos secundarios.



Fernando Mugarza

Director de Desarrollo
Corporativo del IDIS

Tenemos una sanidad hoy por hoy plagada de estereotipos, inmovilista y con pocas pretensiones de que nada cambie aunque todos seamos capaces de apreciar el rumbo que lleva y las cargas ingentes que soporta

Sanidad: cada cual en su lugar, pero todos a una

En muchas ocasiones el árbol no nos deja ver el bosque y para tomar perspectiva no hay nada como saber alejarse del problema para contemplar las múltiples soluciones que afloran a nuestra mente y que hasta entonces no habíamos sido capaces ni de ver, ni de apreciar en toda su magnitud.

Con ello, me estoy refiriendo a la sanidad en su conjunto, una sanidad hoy por hoy plagada de estereotipos, inmovilista y con pocas pretensiones de que nada cambie aunque todos seamos capaces de apreciar que el rumbo que lleva, con las cargas ingentes que soporta y con la presión creciente a la que va a tener que hacer frente, le va a ser más que difícil poder dotar de estabilidad a una nave que otrora fuera un ejemplo, pero que hoy precisa de medidas innovadoras que nos hagan garantizar a todos los ciudadanos, tanto la cobertura asistencial como especialmente la solvencia necesaria para que sea sostenible en el tiempo.

No voy a entrar en estas breves líneas a pormenorizar recetas que con mayor o menor fortuna se están poniendo encima de la mesa por unos y por otros, sí que quiero aportar

una llamada a la serenidad y al diálogo entre todas las partes involucradas en dotar de solución a algo tan importante para todos nosotros, los ciudadanos de este país, como es la protección de la salud mediante las herramientas y los recursos más avanzados disponibles.

Dicen los expertos que para que haya diálogo lo primero que hace falta es aportar una buena dosis de reflexión previa despojada de dogmatismos y de apriorismos más o menos interesados, y para que se produzca esa meditación en profundidad sobre el problema que tenemos en ciernes y para dar con la solución más adecuada es necesario sustentar nuestras conclusiones en datos objetivos, datos que se vienen aportando desde su creación por instituciones como Idis, por el propio Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas o por parte de fundaciones y escuelas de negocio, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y demás.

Lo que no es de recibo es que con todo el conocimiento disponible, con toda la información en nuestras manos, no seamos capaces entre todos de poner mano sobre mano y generar una nueva estrategia nacional de salud que

contemple a todos los operadores del sector, aprovechando las cualidades y bondades de cada cual, olvidando si son de tal o cual sector, si son públicos o privados, si son de este u otro partido político, o si pertenecen a tal o cual sindicato.

Un pacto por la Sanidad es fundamental, es clave, necesario y urgente, un pacto que estructure una estrategia que involucre a todos, una estrategia inclusiva que no estigmatice a nadie por intereses más o menos espurios. La sociedad en su conjunto está demandando este consenso, esta visión conjunta que nos haga salir de un túnel del que de otra forma nos va a ser imposible ni siquiera vislumbrar la luz en un futuro más o menos próximo.

La democracia en nuestro país se conformó a través del pacto y el diálogo, los pactos de la Moncloa son el ejemplo más evidente de que todo es posible cuando el ser humano busca el bien común, la concordia y el bienestar social por encima de todo. Si eso fue posible en un momento tan delicado y con tantas cuentas pendientes, ¿cómo no va a ser posible que hoy, 40 años después, con todo el camino ya recorrido y la experiencia acumulada, no seamos capaces de tender lazos y puentes en materias tan relevantes como el estado del bienestar que nos podemos permitir o la propia integridad territorial de España dentro de un espacio supranacional que es Europa?

El diálogo y la cultura del pacto contribuyen sobremanera a entender y aceptar la posición del que no piensa como nosotros y en un Estado libre donde el ciudadano tiene la opción de elegir en cualquier orden de su vida, no es de

recibo que cualesquiera puedan sentirse estigmatizados por corrientes de opinión que hacen del derecho de los demás un eslogan que airear y que lanzar a la cara a quienes no opinan como ellos, por cierto, la mayoría de la veces no se sabe bien con qué objetivo, ¿o sí?...

Curiosamente, todo lo que de positivo tiene nuestra sociedad, la innovación creciente, las elevadas tasas de supervivencia y de años ganados a la vida, los novedosos y exhaustivos conocimientos moleculares de nuestra esencia como seres humanos, la ingente actividad frenética de nuestra sociedad exigente, son las mordazas que pueden hacer que los sistemas sanitarios, no sólo de España, sino de todo el contexto geográfico que nos rodea, terminen por ahogar a este Estado del bienestar que con tanto esfuerzo y tesón, y entre todos nos hemos sabido dotar, por lo tanto, todos, tenemos la obligación de saberlo proteger mediante una visión objetiva y realista de las prestaciones que hoy son indispensables, necesarias y por lo tanto irrenunciables.

No permitamos que la evolución y el desarrollo sea el que determine las desigualdades en nuestra sociedad, generando oportunidades de salud mayores para los que más tienen y poseen y para ello sepamos sumar esfuerzos, buscar fórmulas de consenso en las que cada cual aporte aquello que pueda y mejor sepa hacer en beneficio de una sociedad global que demanda cada vez con más ahínco de nuestra amplitud de miras, de nuestro altruismo ideológico, de nuestro desprendimiento dogmático y de nuestro conocimiento puesto al servicio de todos.

Fernando Mugarza

Director de Desarrollo
Corporativo del IDIS

No es de recibo en un Estado libre que cualesquiera puedan sentirse estigmatizados por corrientes de opinión que hacen del derecho de los demás un eslogan que airear y que lanzar a la cara a quienes no opinan como ellos

LAS MUTUAS PROFESIONALES TEMEN POR LOS PLANES DE PENSIONES

La obligación de las empresas de cotizar por las aportaciones a los planes de jubilación de sus trabajadores ha encendido a un sector como el de las mutuas, que dispararán sus costes

ALBERTO VIGARIO

Desde el pasado 22 de diciembre las aportaciones que las empresas realizan a los planes de pensiones en nombre de sus trabajadores tendrán que pagar cotizaciones a la Seguridad Social, lo que supondrá un coste añadido para las compañías, pero también una merma en el sueldo de los trabajadores. Así lo recoge el Real Decreto-ley 16/2013, de 20 de diciembre, que da de plazo a las empresas hasta el próximo 31 de marzo para ponerse al día con estos pagos. Hasta ahora estas aportaciones a los planes de empleo, que se consideran un salario diferido, y sí se incluyen en el IRPF como ingresos, estaban exentas del pago a la Seguridad Social.

Ahora, con la entrada en vigor de la nueva norma, tanto las aportaciones a planes de pensiones como las primas de seguros a nombre de los trabajadores pasarán a engrosar la base de cotización de los empleados. Eso significa que la empresa tendrá que hacer frente a un gasto extra del 23,60 por ciento de estas aportaciones, y el trabajador a un 4,70 por ciento.

En el sector sanitario, la mutua de los médicos Previsión Sanitaria Nacional, considera que la media aprobada por el Gobierno afectará de manera determinante a la nómina de millones de trabajadores en España y a las cuentas de muchas empresas. “La medida ha caído como un jarro de agua entre empresas y trabajadores que deben reorganizar sus cuentas. Las empresas, en tanto tendrán que tributar por esos pagos en especie lo que, sin duda, disparará sus costes; y los empleados, porque verán entrar en sus nóminas conceptos que hasta la fecha no lo hacían y por los que, en última instancia, tendrán que pagar más al Fisco. En conclusión, más impuestos para todos”, aseguran desde PSN.

Según esta compañía, llama poderosamente la atención que uno de los instrumentos que pasará a tributar en virtud de la nueva normativa sean los denominados planes de pensiones de empleo, aquellos que las empresas promueven a favor de sus trabajadores. “Y es curioso que así sea porque precisamente el Gobierno lleva meses afirmando que el futuro del sistema público de pensiones pasa por reforzar los sistemas de previsión social complementaria y, en especial, a través de los planes de pensiones de empleo”.

Los expertos aseguran que se trata de una medida poco social porque acaba con las pocas ventajas fiscales de la parte baja de la pirámide de las organizaciones. “Esto se explica en tanto la medida no afectará a los cargos con sueldos iguales o superiores a los 3.597 euros brutos mensuales, dado que ésa es la base máxima de cotización”, explican desde la mutua.

“Medidas como ésta chocan frontalmente con la necesaria incentivación de la responsabilidad personal y empresarial en la sostenibilidad de los sistemas públicos. Si, en lugar de incentivar fiscalmente las contrataciones de planes de pensiones de empresa o los seguros de salud que descongestionan al sistema público se gravan aún más, flaco favor se hace a esa fundamental labor de concienciación de la ciudadanía. No podemos pedir con una mano lo que quitamos con la otra”, según afirman los expertos de PSN.

Y es que según los últimos datos de la *Primera Encuesta de Jubilación* del BBV, tan sólo el 24 por ciento de los españoles asegura sentirse seguro acerca de sus elecciones de cara a la jubilación. Sin embargo, un 86 por ciento de ellos reconoce la importancia del ahorro para complementar la pensión y un 31 por ciento de ellos lo practica.



DISFRUTE DE LAS REVISTAS DIGITALES

de **elEconomista.es**



Disponibles en todos los dispositivos electrónicos

SÁBADO

Último de cada mes

Inversión
elEconomista a fondo

 eleconomista.es/inversion  @Eco_bolsa1

VIERNES

Quincenal

Iuris&lex
elEconomista

 eleconomista.es/ecokey  @Ecokey_iuris
www.ecokey.es

MIÉRCOLES

2º de cada mes

Transporte
elEconomista

 eleconomista.es/transporte  @ETransporte

LUNES

Todos

EconomíaReal
elEconomista

 eleconomista.es/economiareal

JUEVES

Último de cada mes

Energía
elEconomista

 eleconomista.es/energia  @EEnergia

MARTES

1º de cada mes

Agua
elEconomista y medio ambiente

 eleconomista.es/agua  @eMedioambiente

MIÉRCOLES

3º de cada mes

Tecnología
elEconomista

 eleconomista.es/tecnologia  @eETecnologia

JUEVES

1º y 3º de cada mes

Sanidad
elEconomista

 eleconomista.es/sanidad  @ESanidad
www.ecosanidad.es

JUEVES

2º de cada mes

Seguros
elEconomista MAGAZINE

 eleconomista.es/seguros  @SegurosMagazine

MARTES

3º de cada mes

Alimentación
elEconomista y gran consumo

 eleconomista.es/alimentacion  @EAlimentacion

MIÉRCOLES

Último de cada mes

Consumo
elEconomista

 eleconomista.es/consumo  @EConsumo

SÁBADO

3º de cada mes

Golf
elEconomista MAGAZINE

 eleconomista.es/golf  @GolfMagazineEco

Acceso libre descargándolas en:



● Descárguela desde su ordenador en www.eleconomista.es/kiosco

● También puede acceder desde su dispositivo **Android** en **Play Store**  o **Apple** en **App Store**  escribiendo **elEconomista** en el **buscador** 

20

Congreso de la Sociedad de Arteriosclerosis

Los días 20 y 21 de febrero de 2014, la Sociedad Española de Arteriosclerosis celebrará su XXVII Congreso Nacional en Barcelona. En el evento participarán máximos expertos nacionales e internacionales en prevención y riesgo cardiovascular. www.seabcn2014.com

Encuentro de Salud y Medicina de la Mujer

El congreso *Samem*, del 19 al 21 de febrero, es una reunión científica que se ha convertido en el principal referente de Salud de la Mujer en España. Este evento fue creado en 1998 por el Centro Médico Instituto Palacios para dar a conocer todas las novedades científicas: www.samem.es/

21

21

Feria óptica 'Expoóptica 2014'

Expoóptica 2014 el Salón Internacional de Óptica y Optometría de Madrid 2014, celebrará este año una nueva edición, entre los próximos días 21 al 24 de febrero de 2014, en las instalaciones del recinto ferial Ifema: <http://www.ifema.es>

Sesión científica en la Academia de Medicina

En la sede de la Real Academia Nacional de Medicina, a las 19 horas, se impartirá la sesión *¿De qué hablamos cuando hablamos de terapias antienvjecimiento?*, por José Manuel Ribera Casado, académico de Número: <http://www.ranm.es/>

25

25

'XI Curso de Comunicación y Salud'

El *XI Curso de Comunicación y Salud*, que organiza la Cátedra Extraordinaria de Comunicación y Salud, tratará en esta ocasión de la Comunicación de las Organizaciones en el ámbito de la Salud. Los días 25, 26 y 27 de febrero de 2014 en la Sala de Conferencias del edificio nuevo de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense: <http://www.anisalud.com/es>

Congreso de técnicos en imagen para el Diagnóstico

Del 28 de febrero al 1 de marzo en Barcelona.
<http://www.geyseco.es/actedi>



28



28

Reunión del grupo de Dermatología y Psiquiatría

Del 28 de febrero al 1 de marzo en Barcelona.
<http://www.bocentium.com/es/kop14.php>