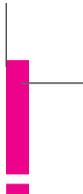


LIBRO BLANCO

EL FUTURO
DE LA
COMUNICACIÓN
MÉDICA
EN ESPAÑA
Y SUS COMUNIDADES
AUTÓNOMAS
(2005-2010)



Estudio realizado por:



BERNARD KRIEF

Gabinete de Estudios Sociológicos

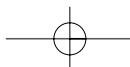
Primera edición: noviembre 2005

© SANED 2005

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo, sin el permiso de los editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.
Capitán Haya, 60. 28020 Madrid
Tel: 91 749 95 00. Fax: 91 749 95 01
saned@medynet.com
Ramón Turró, 91. 08005 Barcelona
Tel: 93 320 93 30. Fax: 93 309 78 74
sanedb@medynet.com
www.gruposaned.com

Depósito Legal: M-46600-2005
Diseño y Maquetación: Azira 3, S.L.





ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	6
3. LA PROFESIÓN MÉDICA EN ESPAÑA	11
3.1. Volumen de profesionales médicos en España	11
3.2. Recursos humanos	12
3.3. Distribución por sexo y edad	14
3.4. Índice de médicos colegiados en cada comunidad autónoma	16
3.5. Asistencia sanitaria	17
4. DESARROLLO PROFESIONAL EN LA LABOR DEL MÉDICO	21
4.1. Motivación	21
4.2. Situación laboral	21
4.3. Actividad profesional médica en 2010	25
5. COMUNICACIÓN MÉDICA	27
5.1. Esquema de la comunicación médica	27
5.2. Mejora en la emisión de la comunicación médica	27
5.3. Complicaciones - inconvenientes a la eficiencia comunicativa	31
5.4. Canales para la comunicación médica	32
5.5. Mejoras y cambios en la comunicación médica en 2010	33
5.6. Problemas más relevantes en la comunicación médica para los próximos años	36
6. COMUNICACIÓN MÉDICA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	38
6.1. La situación en 2010 de las nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación médica	39
6.2. Impacto de las nuevas tecnologías	40



7. COMUNICACIÓN, FORMACIÓN E INFORMACIÓN	41
7.1. Renovación de conocimientos	41
7.2. Medios más útiles para la comunicación médica	44
7.3. Calidad de la información	45
7.4. La calidad de la información para los profesionales médicos procedente de los organismos o colectivos en 2010	47
7.5. Cambios en la formación del médico en 2010	48
7.6. Pautas de comunicación del profesional médico	49
7.7. Pauta informativa del profesional médico	50
8. CONCLUSIONES	51
9. ESCENARIO PROSPECTIVO	53
10. RECOMENDACIONES	56
11. ENTIDADES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	57



1. INTRODUCCIÓN

Al hablar de comunicación médica nos referimos no sólo al flujo de información que se establece entre el médico y los distintos agentes relacionados con su profesión, sino también a los medios y soportes a través de los que esta comunicación se realiza.

Los actores de la comunicación médica se pueden agrupar en tres grandes colectivos: sociedad (pacientes, familiares), organismos (industria farmacéutica, Administración) y comunidad científica (profesionales sanitarios, sociedades científicas, etc).

La comunicación es, junto con la experiencia adquirida en la práctica diaria, un pilar básico en el desarrollo profesional del médico. Los medios y soportes técnicos utilizados para la comunicación han de adaptarse permanentemente a los cambios del entorno profesional del médico, ya que de ello dependerá su utilidad en la actualización de su formación continuada.

En la actualidad, la profesión médica se enfrenta en España a una situación de cambio provocada por diversos factores que afectan a su desarrollo profesional. Estos factores influyen no sólo en la situación laboral del médico sino, sobre todo, en su práctica clínica.

En este contexto, la comunicación médica se ve también afectada tanto en lo que se refiere a la información entre profesionales, como entre éstos y sus órganos rectores, Industria Farmacéutica, Sociedades Científicas, etc.

Bajo esta perspectiva se ha desarrollado el Estudio "El futuro de la comunicación médica en España y sus Comunidades Autónomas", que trata de proporcionar una lectura completa de la opinión de los médicos sobre la comunicación médica actual, englobando todos los componentes que la condicionan, así como las previsiones de evolución de cara al futuro.

No se han dejado de lado otros aspectos relacionados en gran medida con la comunicación médica, por condicionarla directamente, como el impacto de las nuevas tecnologías aplicadas a la formación e información de los médicos.

Con objetivo de situar al lector, el estudio incluye una primera parte introductoria sobre la profesión médica en España y su desarrollo profesional.

Es importante destacar la alta y cualificada participación de entidades y profesionales en la elaboración del estudio, lo que ha permitido que los datos y conclusiones obtenidos ofrezcan una total fiabilidad.



2. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general que rige el desarrollo del Estudio es conocer los escenarios más probables en los que se desarrollará la situación profesional del médico en España y en sus Comunidades Autónomas, en el ámbito de la comunicación médica, en el horizonte de 2010.

Este objetivo se desglosa en varios más concretos que versan sobre:

- ❑ La comunicación médica, analizando soportes y emisores de información.
- ❑ Las nuevas tecnologías aplicadas tanto a su labor médica como a su formación e información.
- ❑ Los orígenes de su vocación, la problemática profesional y sus propuestas de mejora en distintos ámbitos, como son el fiscal, el financiero, el laboral, de gestión, de relaciones con la administración, etc.
- ❑ Los escenarios de futuro respecto a estos temas.

El Macroestudio "Delphi" sobre "LA COMUNICACIÓN MÉDICA EN ESPAÑA Y SUS COMUNIDADES AUTÓNOMAS", se ha desarrollado en las siguientes fases:

- ❑ **Fase preliminar:** Trabajo de gabinete (Desk Research)
- ❑ **Fase prospectiva:** Estudio Delphi

En la primera fase se realizó un trabajo de recopilación de datos procedentes de distintas fuentes estadísticas, documentos y artículos sobre los profesionales médicos y la comunicación médica en España.

En cuanto a la fase prospectiva, se ha empleado el Método Delphi, que trata de establecer la "probabilidad de ocurrencia" de hechos relacionados con el tema de estudio, propuestos a un número reducido de expertos en la materia.

El **método Delphi** se realiza según una operativa ya establecida:

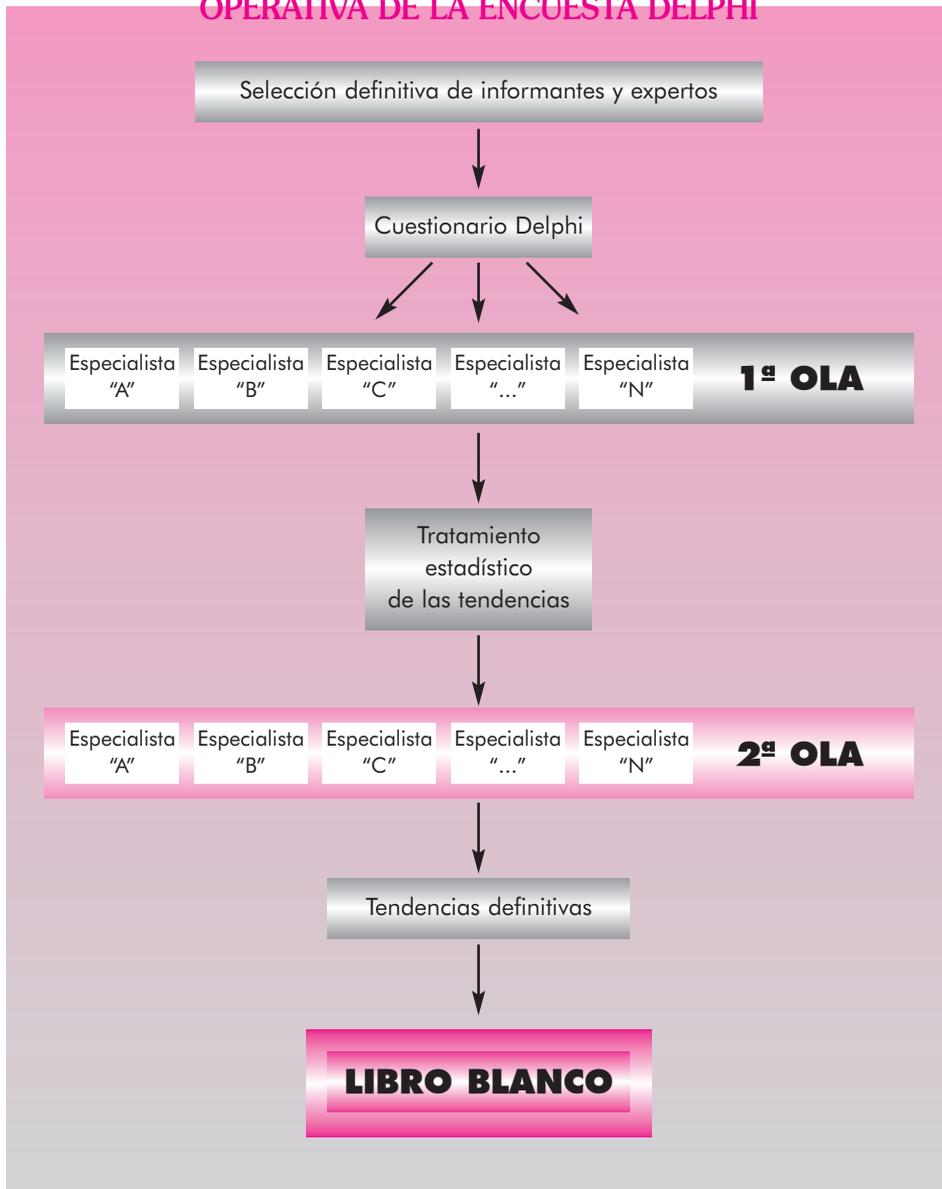
1. Elaboración de un **CUESTIONARIO DE TENDENCIAS**, que recoge unas 250 variables.
2. Selección de los **EXPERTOS PARTICIPANTES** en toda España, más de **350** profesionales médicos en total, que han participado propuestos por el Ministerio de Sanidad, las Consejerías de Sanidad de las CCAA, la Agencia Española del Medicamento, el Consejo General de Colegios de Médicos, Facultades de Medicina, Sindicatos Médicos y Sociedades Científicas.
3. **PRIMERA APLICACIÓN (1ª OLA)** del cuestionario Delphi, y posterior tratamiento estadístico de los datos obtenidos.
4. **SEGUNDA APLICACIÓN (2ª OLA)** del cuestionario Delphi, y contrastación con



los resultados de la 1ª Ola. De esta forma se tiende a hacer mínimas las discrepancias numéricas y se llega a resultados de consenso entre los expertos.

5. **DEFINICIÓN DE TENDENCIAS**, generación de escenarios mediante el Método de Montecarlo, y realización del **INFORME PROSPECTIVO FINAL**.

OPERATIVA DE LA ENCUESTA DELPHI





FICHA TÉCNICA

1ª OLA DELPHI

Nº de participantes: n = 219

Calendario: Septiembre/octubre a diciembre de 2004

2ª OLA DELPHI

Nº de participantes: n = 354

Calendario: Enero a abril de 2005

Las características de los profesionales **participantes** en el Estudio se distribuyen de la siguiente manera:

		TOTAL (n = 354)	Porcentaje (%)
Sexo	Varones	301	85,0
	Mujeres	47	13,3
	No contesta	6	1,7
Comunidad Autónoma	Andalucía	58	16,4
	Aragón	23	8,5
	Asturias	13	3,7
	Baleares	7	2,0
	Canarias	11	3,1
	Cantabria	6	1,7
	Castilla La Mancha	21	5,9
	Castilla León	31	8,8
	Cataluña	19	5,4
	C. Valenciana	29	8,2
	Extremadura	20	5,6
	Galicia	22	6,2
	Madrid	50	14,1
	Murcia	4	1,1
	Navarra	1	0,3
	País Vasco	24	6,8
La Rioja	9	2,5	
No contesta	6	1,7	



		TOTAL (n = 354)	Porcentaje (%)
Especialidad	Medicina General/Familiar	85	24,0
	Gestión y Administración Sanitaria/ Planificación y Ordenación Sanitaria/ Dirección Médica	26	7,3
	Medicina Interna	17	4,9
	Pediatría/Neonatología	17	4,9
	Medicina Preventiva y Salud Pública	15	4,3
	Ginecología y Obstetricia	12	3,4
	Geriatría	11	3,2
	Radiodiagnóstico/Radiología/ Radiofísica Hospitalaria	11	3,2
	Análisis Clínicos y Bioquímica	10	2,9
	Rehabilitación y Medicina Física	10	2,9
	Endocrinología y Nutrición	9	2,6
	Otorrinolaringología	8	2,3
	Cirugía General	8	2,3
	Aparato digestivo	7	2,0
	Traumatología y Cirugía Ortopédica	7	2,0
	Alergología	6	1,7
	Angiología y Cirugía Vasculat	6	1,7
	Medicina del Trabajo	6	1,7
	Microbiología y Parasitología	6	1,7
	Urgencias	6	1,7
	Anestesiología y Reanimación	4	1,1
	Cirugía Pediátrica/Infantil	4	1,1
	Medicina Estética/Cirugía Plástica y Reparadora	4	1,1
	Nefrología	4	1,1
	Oftalmología	4	1,1
	Psiquiatría	4	1,1
	Reumatología	4	1,1



Continuación

		TOTAL (n = 354)	Porcentaje (%)
Especialidad	Farmacología Clínica	3	0,9
	Medicina Nuclear	3	0,9
	Neurocirugía	3	0,9
	Cirugía Cardíaca	2	0,6
	Fisiología y Bioquímica Clínica	2	0,6
	Medicina Intensiva	2	0,6
	Medicina Legal y Forense	2	0,6
	Tecnologías de la Información	2	0,6
	Urología	2	0,6
	Prótesis Médica	2	0,6
	Anatomía Patológica	1	0,3
	Cardiología	1	0,3
	Cirugía Oral y Maxilofacial	1	0,3
	Cirugía Torácica	1	0,3
	Dermatología	1	0,3
	Estomatología	1	0,3
	Hepatología	1	0,3
	Hidrología Médica	1	0,3
	Neumología	1	0,3
	Neuropediatría	1	0,3
	Odontología / Prótesis Dental	1	0,3
	Oncología	1	0,3
	Psicología Clínica	1	0,3
	Sociología	1	0,3
	No contesta	6	1,7



3. LA PROFESIÓN MÉDICA EN ESPAÑA

Con el fin de encuadrar el Estudio, se ha elaborado una breve descripción de los rasgos socio-demográficos que caracterizan al colectivo médico actual.

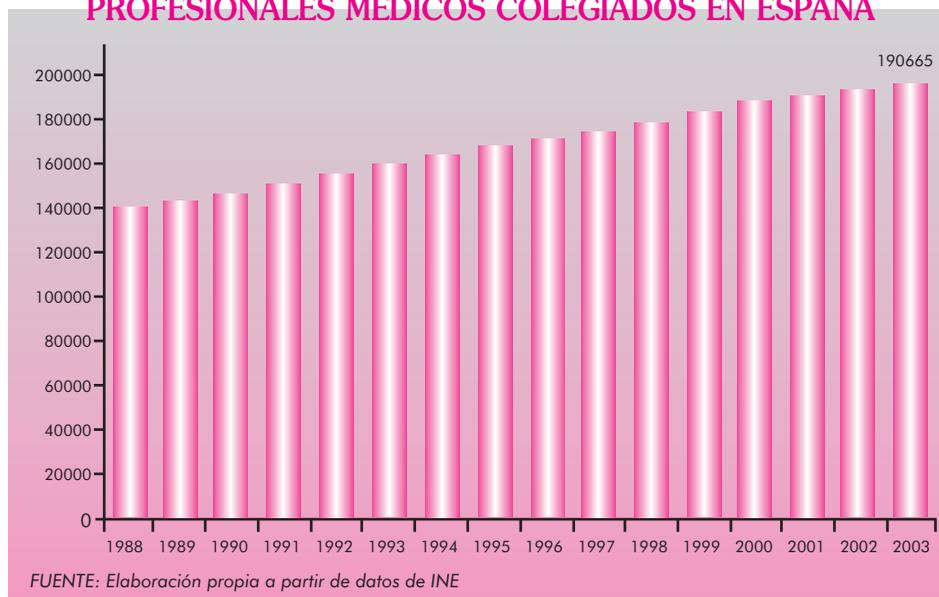
Los datos han sido facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹, el Ministerio de Sanidad y Consumo y el *Anuario de la Sanidad y el Medicamento en España 2005*, editado por el Grupo SANED.

3.1. VOLUMEN DE PROFESIONALES MÉDICOS EN ESPAÑA

El número de médicos colegiados a 31 de diciembre de 2003 en España ascendía a 190.665.

En 2005 se podría pensar que la cifra es levemente mayor ya que, observando la evolución en el último quinquenio y dado que no consta ningún hecho destacado o punto de inflexión que haga pensar lo contrario, la cifra viene incrementándose de manera lenta y constante año tras año.

PROFESIONALES MÉDICOS COLEGIADOS EN ESPAÑA



¹ Se ha tomado el número de colegiados como dato válido para representar al total de médicos. Las últimas informaciones de las bases de datos del INE se refieren a 2003: esta ha sido la referencia por ser la fecha más reciente.



3.2. RECURSOS HUMANOS

Sin embargo este crecimiento no se muestra suficiente para cubrir la creciente demanda asistencial en la que el fuerte impacto de la emigración ha supuesto que el número de médicos en activo por 1000 habitantes tienda a descender, pasando de 3,1 en el año 2000 a 2,9 en 2002 (Fuente: OCDE Health Data 2004).

Según la misma fuente dicha proporción es inferior a la de los principales países de la Unión Europea, ya que en Alemania y Francia es de 3,3 médicos por cada 1000 habitantes y en Italia 4,4.



NÚMERO DE MÉDICOS EN ACTIVO POR 1000 HABITANTES EN PAISES DE LA OCDE (2002)

	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Alemania						3,1	3,3	3,3	3,3
Australia				1,9	2,2	2,4	2,5	2,5	
Austria	1,4	1,4	1,6	1,9	2,2	2,7	3,2	3,3	3,3
Bélgica	1,3		2,3	2,8	3,3	3,5	3,9	3,9	3,9
Canadá		1,4	1,8	2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Corea				0,6	0,8	1,1	1,3	1,4	1,5
Dinamarca	1,2	1,4	2,2	2,5	2,9	3	3,2	3,3	3,3
España						2,5	3,1	3	2,9
Estados Unidos	1,1	1,2	1,5	1,7	1,8	2	2,2	2,4	
Finlandia	0,6	0,9	1,7	2,1	2,4	2,8	3,1	3,1	3,1
Francia		1,2	1,9	2,7	3,1	3,2	3,3	3,3	3,3
Grecia	1,3	1,6	2,4	2,9	3,4	3,9	4,5	4,5	
Hungría	1,5	2	2,3	2,5	2,8	3			3,2
Irlanda						2,1	2,2	2,4	2,4
Islandia	1,2	1,4	2,1	2,6	2,8	3	3,4	3,5	3,6
Italia						3,9	4,1	4,3	4,4
Japón	1	1,1	1,3	1,5	1,7		1,9		2
Luxemburgo	1	1,1	1,7	1,8	2	2,2	2,5	2,5	2,6
México						1,6	1,4	1,5	1,5
Noruega	1,2	1,4	2	2,2		2,8	2,9	3	3,4
Nueva Zelanda			1,6	1,7	1,9	2	2,2	2,2	2,1
Países Bajos	1,1	1,2	1,9	2,2	2,5		3,2	3,3	3,1
Polonia	1	1,4	1,8	2	2,1	2,3	2,2	2,2	2,3
Portugal	0,8	0,9	2	2,5	2,8	2,9	3,2	3,2	
Reino Unido	0,8	0,9	1,3	1,4	1,5	1,8	2	2	2,1
República Checa		1,8	2,3	2,6	2,7	3	3,4	3,4	3,5
República Eslovaca							3,7	3,6	3,6
Suecia	1	1,3	2,2	2,6	2,9	2,8	3		
Suiza	1,4	1,5	2,5	2,7	3	3,2	3,5	3,5	3,6
Turquía	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9	1,1	1,3	1,3	1,3

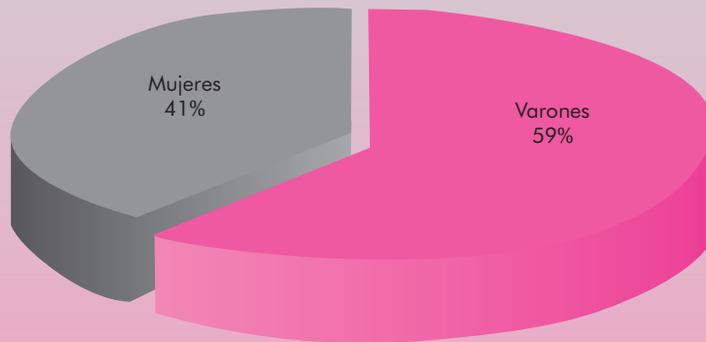
FUENTE: OCDE Health Data 2004



3.3. DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD

En cuanto al sexo, la proporción de médicos varones es mayor que la de médicos mujeres.

MÉDICOS COLEGIADOS EN 2003 POR SEXO



FUENTE: INE

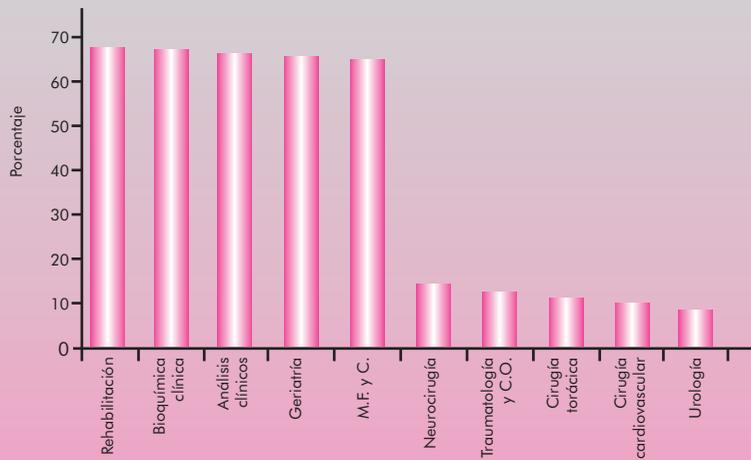
La proporción de colegiadas ha ido en aumento en los últimos años. La evolución recogida por el Instituto de Información Sanitaria 2003 revela que las mujeres forman una parte mayor cada año del colectivo médico en España. Este incremento ha venido notándose desde la década anterior.

En cuanto a su distribución por especialidades debemos constatar que en algunas de ellas su participación es mayoritaria, superando el 60% en Medicina Familiar y Comunitaria (61,3%), Geriátrica (62,1%), Análisis Clínicos (64,2%), Bioquímica Clínica (65,3%) y Rehabilitación (66,2%).

Distinguiendo por edades, la gran parte se concentra en edades medias: de 30 a 54 años. Los médicos de edad superior a los 55 años suponen un 20%. Se trata por lo tanto de una comunidad médica joven.

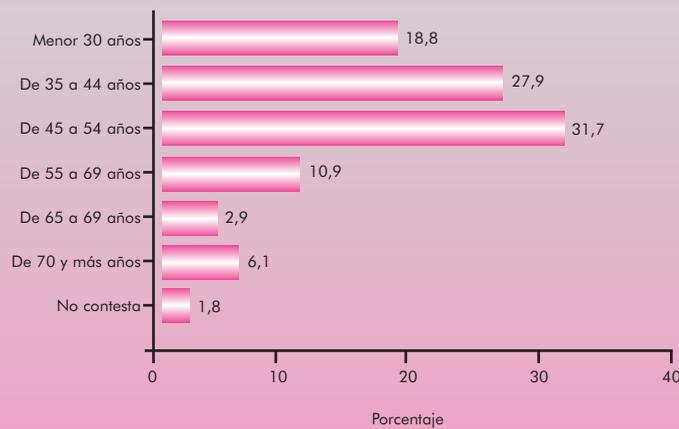


MAYOR Y MENOR PORCENTAJE DE MUJERES EN LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN ESPAÑA



FUENTE: "Demografía Médica en España". Fundación CESM.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS MÉDICOS COLEGIADOS EN 2003



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del INE.

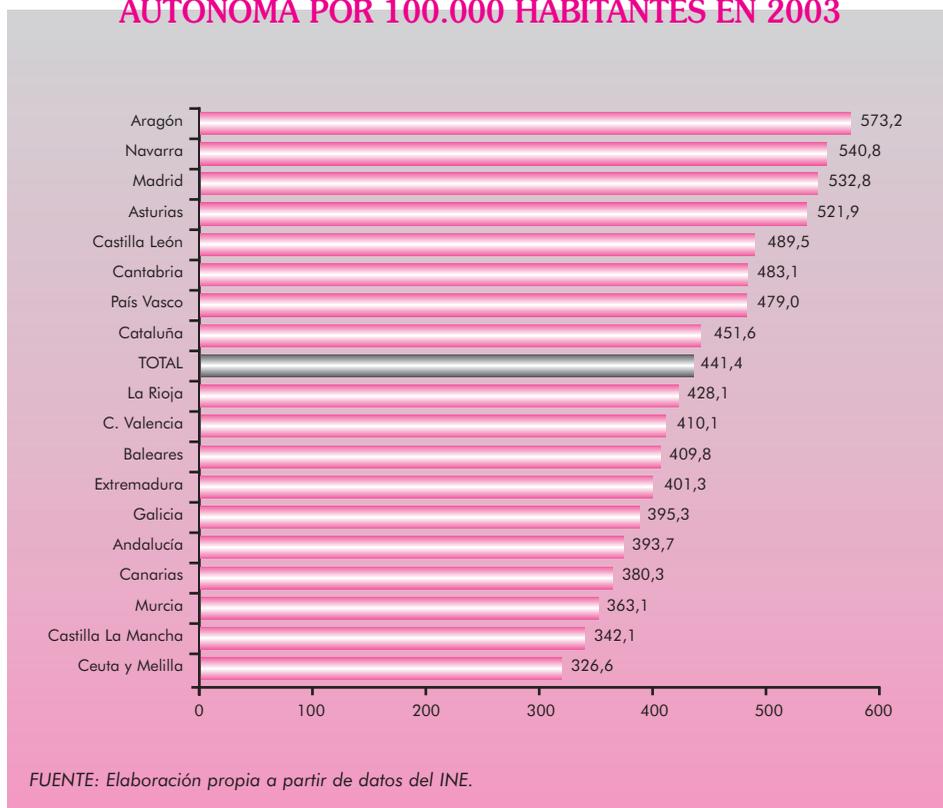


3.4. ÍNDICE DE MÉDICOS COLEGIADOS EN CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA

En cuanto a su distribución territorial, se ha obtenido una tasa del número de médicos colegiados (en activo o no) con relación a la población de cada comunidad autónoma.

La media de médicos en el conjunto de España es de 44,1 médicos por cada 10.000 habitantes.

TASA DE MÉDICOS COLEGIADOS EN CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA POR 100.000 HABITANTES EN 2003





Prácticamente la mitad de las comunidades autónomas superan la tasa española de colegiados médicos, y un grupo de cuatro comunidades *sobrepasa los 500* médicos por 100.000 habitantes. La mayor proporción es la de Aragón: 573 médicos. Le siguen Navarra, Madrid y Asturias.

Por encima de los 441 médicos por 100.000 habitantes de media pero sin superar los 500 se encuentran Castilla y León, Cantabria, País Vasco y Cataluña.

Las tasas de médicos más bajas se encuentran en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, seguidas de Castilla La Mancha, en las que *no se superan los 350 médicos* por 100.000 habitantes. Por debajo de los 400 médicos se sitúan las regiones de Galicia, Andalucía, Canarias y Murcia.

El resto de comunidades que no llegan a la media española tienen sin embargo tasas con *más de 400* médicos por 100.000 habitantes. Son La Rioja, Comunidad Valenciana, Baleares y Extremadura.

3.5. ASISTENCIA SANITARIA

Población protegida

Según estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo, la población protegida en España ha aumentado en los tres últimos años un 4,27%, pasando de 38.142.599 a 39.770.057 habitantes.

Este crecimiento no ha sido uniforme, sino que se ha distribuido de forma muy irregular motivado básicamente por la actividad migratoria.

Así, mientras que en Baleares, Canarias, Murcia, la Comunidad Valenciana y Madrid la población crecía el 12,13, el 10,44, el 9,88 y el 8,9 por ciento, respectivamente, en otras autonomías como Asturias, Castilla y León o el País Vasco el incremento ha sido prácticamente nulo.

El Instituto de Información Sanitaria, con datos de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas, calcula que en 2002 se produjeron más de 247 millones de consultas médicas no urgentes en los Centros de Salud y consultorios del Sistema Nacional de Salud. Se consideran consultas no urgentes las realizadas en el Primer Nivel de Atención, es decir, Medicina Familiar y Pediatría. A este respecto, el 88% de estas visitas fueron al médico de familia y el resto al pediatra.

La media por habitante se coloca en más de seis consultas médicas no urgentes en 2002. Comparando el mismo dato en el año 1994, se observa un incremento en el número de visitas por persona. Esto denota una mayor preocupación por la salud por parte de la población, más tendente a acudir a la consulta.



POBLACIÓN PROTEGIDA EN ESPAÑA

	% Variación					
	1999	2001	2002	2002/2001	2002/1999	Media 02/99
Andalucía	6.850.222	6.928.512	7.014.695	1,24	2,40	0,80
Aragón	1.120.380	1.120.516	1.156.511	3,21	3,22	1,07
Asturias	1.048.088	1.039.011	1.038.038	-0,09	-0,96	-0,32
Baleares	784.058	840.798	879.172	4,56	12,13	4,04
Canarias	1.586.527	1.691.763	1.752.174	3,57	10,44	3,48
Cantabria	505.796	514.715	519.363	0,90	2,68	0,89
Castilla La Mancha	1.634.501	1.661.660	1.687.141	1,53	3,22	1,07
Castilla y León	2.321.645	2.306.730	2.309.353	0,11	-0,53	-0,18
Cataluña	6.025.239	6.179.831	6.325.266	2,35	4,98	1,66
C. Valenciana	3.893.049	4.017.282	4.146.926	3,23	6,52	2,17
Extremadura	1.003.499	1.002.539	1.001.864	-0,07	-0,16	-0,05
Galicia	2.587.489	2.579.681	2.594.936	0,59	0,29	0,10
Madrid	4.793.897	4.946.550	5.181.717	4,75	8,09	2,70
Murcia	1.057.093	1.108.233	1.161.531	4,81	9,88	3,29
Navarra	521.707	539.779	553.555	2,55	6,10	2,03
País Vasco	2.047.424	2.049.054	2.057.407	0,41	0,49	0,16
La Rioja	251.821	256.714	267.860	4,34	6,37	2,12
Ceuta y Melilla	110.164	114.480	122.548	7,05	11,24	3,75
Total CC.AA.	38.142.599	38.897.348	39.770.057	2,24	4,27	1,42

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo.

En sucesivos capítulos se prevé una consecuencia derivada de este hecho: la preocupación por la salud hace que los pacientes quieran estar más informados de los temas referentes a ésta, y exijan a su médico una mayor información y participación. El efecto negativo según los profesionales sanitarios es el aumento de exigencias e incluso de protestas.



NÚMERO DE CONSULTAS NO URGENTES AL MÉDICO POR HABITANTE Y AÑO. ESPAÑA

	1994	2000
Consultas por habitante y año al Médico del Primer Nivel de Atención	5,4	6,1

FUENTE: Año 1994. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Servicios de Salud. Datos y Cifras. Año 2000. Ministerio de Sanidad y Consumo elaborado por el Instituto de Información Sanitaria sobre información proporcionada por los Servicios de Salud de las comunidades autónomas.

También se observa un importante incremento en la actividad de las consultas de atención especializada que viene a corroborar el hecho comentado de una mayor demanda asistencial: se ha pasado de una media de 917 consultas por 1.000 habitantes en 1993, a 1.589 en el año 2000.

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD EN CONSULTAS ESPECIALIZADAS. ESPAÑA 1993-2000

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999*	2000
Consultas (miles)	35.859,1	39.454,2	51.921,0	54.795,0	57.246,3	59.469,8	61.726,0	63.445,5
Consultas por 1.000 habitantes	917,2	1.007,4	1.323,7	1.395,0	1.454,8	1.506,6	1.557,8	1.589,0

*1999: Datos provisionales.

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

Si nos fijamos en la percepción de los usuarios del sistema sanitario español, encontramos que mayoritariamente existe una buena opinión del sistema de salud; sin embargo esta satisfacción no es plena ya que un 47,61% considera que, aunque funcione bien, necesita cambios.

En conjunto, el 32,56% tiene una opinión negativa del funcionamiento de la sanidad pública considerando que necesita cambios fundamentales o una reorganización completa.



OPINIÓN SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

	Funciona bastante bien	Funciona bien, pero necesita cambios	Necesita cambios fundamentales	Necesita rehacerse	N.S.	N.C.
SNS	18,58	47,61	26,96	5,60	1,08	0,16
Andalucía	13,81	46,84	29,69	7,02	2,53	0,11
Aragón	24,29	50,01	20,77	2,82	2,11	
Asturias	54,56	29,82	14,53	0,73	0,36	
Baleares	14,35	39,57	29,13	13,91	2,61	0,44
Canarias	10,61	36,35	43,08	9,64	0,32	
Cantabria	21,15	47,60	25,00	4,81	0,96	0,48
Castilla La Mancha	25,61	52,11	16,87	4,52	0,60	0,30
Castilla y León	30,58	44,14	19,76	5,06	0,23	0,23
Cataluña	10,61	50,84	32,21	6,22	0,12	
C. Valenciana	19,46	49,11	27,14	3,21	1,07	
Extremadura	17,72	48,68	27,17	6,04	0,38	
Galicia	17,49	53,32	21,40	5,63	1,94	0,21
Madrid	8,95	47,81	35,04	7,04	0,59	0,59
Murcia	21,64	44,37	28,59	4,25	0,78	0,38
Navarra	47,33	39,61	11,61	0,49	0,97	
País Vasco	33,86	52,96	10,34	1,81	1,03	
La Rioja	29,29	47,47	14,65	7,07	1,52	

FUENTE: Barómetro Sanitario 2003. Resultados generales.

En general el nivel de satisfacción o insatisfacción coincide con el crecimiento de la población cubierta en los últimos años, mostrándose que a mayor incremento poblacional mayor insatisfacción con la atención recibida.



4. DESARROLLO PROFESIONAL EN LA LABOR DEL MÉDICO

4.1. MOTIVACIÓN

Comprobar las *razones de elección de la carrera de Medicina* nos dará idea de las posibles expectativas depositadas en el desarrollo profesional de los médicos:

La labor del médico en sí, como servicio humanitario de ayuda a los demás y de curación de enfermos, es la primera razón por la cual se decide estudiar Medicina.

El segundo lugar lo ocupa una razón menos altruista: el nivel social del médico, tanto su estatus social como profesional.

En tercer lugar sitúan el interés por la propia especialidad, el "gusto" por la Medicina como ciencia.

La cuarta razón elegida es la historia familiar, es decir la influencia de la tradición de médicos en la familia, algo que habitualmente se ha considerado de mucho peso en esta profesión, aunque no es la razón principal.

En quinto lugar consideran los ingresos como factor influyente en la decisión de estudio. Muchos de los que han elegido esta opción señalan, sin embargo, que la esperanza de un buen nivel de ingresos no se corresponde con la realidad.

Por detrás de estos aspectos se sitúan otras razones: los factores personales, las actividades asociadas a la Medicina como la investigación o el trabajo en equipo, y las salidas laborales que ofrece la carrera.

4.2. SITUACIÓN LABORAL

En relación a su *situación laboral*, comprobamos que sólo la labor desempeñada es medianamente satisfactoria para los médicos, así como su papel como profesional médico. Estos aspectos relacionados con la labor médica fueron los más importantes justamente a la hora de elegir estudiar Medicina.

La retribución salarial y la relación con la administración de la que dependen son los elementos que menos les satisfacen de su profesión. Se quejan, más que por su labor en sí, por las cuestiones paralelas a la profesión: administrativas y salariales.



En cuanto a esta cuestión se debe destacar la desigualdad derivada de la situación contractual: la retribución varía en función de su contrato, en propiedad o interino, y de la Comunidad Autónoma en la que desarrolla su labor.

Comparando la retribución de propietarios e interinos en Atención Primaria con dedicación exclusiva y 50 horas de guardia, la retribución media muestra una diferencia de 4.972,38 € a favor de los primeros (propietarios).

Dentro de la misma categoría, las diferencias por comunidades autónomas pueden ser, en algunos casos, muy notables, existiendo diferencias entre el salario máximo y mínimo de 14.267,64 € en el caso de los profesionales propietarios, y de 17.435,69 € en los interinos.

Las propuestas de mejora de los propios médicos, ante este grado de insatisfacción manifestado, se basan en solucionar los aspectos que menos les agradan en cuestiones administrativo – salariales principalmente, pero también en relación a su labor y reconocimiento social. Están de acuerdo en que para mejorar su situación laboral sería necesario:

- Una mejora salarial: retribuciones que se correspondan con el nivel de responsabilidad que asumen, equiparadas a los salarios europeos, o incentivos por objetivos y guardias.
- El establecimiento de la carrera profesional o posibilidad de promoción: puestos no marcados por criterios políticos.
- La dignificación de la labor médica ante la sociedad y las administraciones: potenciar su presencia social con ayuda también de los medios de comunicación.
- Un mayor protagonismo en labores de gestión y planificación de recursos sanitarios, o que los gestores les tengan más en cuenta.
- La posibilidad de formación y reciclaje de conocimientos apoyada y financiada desde la administración. Esta ha sido una propuesta constante a lo largo de este estudio.

En referencia a otros aspectos relacionados con su situación laboral, concretamente la *fiscalidad*, les parecen poco adecuadas tanto las desgravaciones fiscales de su profesión, como la capacidad de financiación y su papel contributivo.

Las posibilidades de resolución pasan por rebajar las cargas fiscales en varios ámbitos:

- Ayudas para la formación. Vuelve a aparecer el elemento formación, que denota la necesidad existente de que se financien cursos, que se desgrave el material de formación como libros, conexión a internet, etc., y que se conce-



RETRIBUCIONES BRUTAS DEL MÉDICO DE FAMILIA/GENERAL 2004

SNS	Propietario sin guardias sin exclusiva		Propietario, 50 horas de guardia y exclusiva		Interino, 50 horas de guardia y exclusiva	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
Andalucía	2.535,11	34.095,82	4.019,63	51.910,06	3.737,60	47.961,64
Aragón	2.756,81	36.916,61	4.030,32	52.198,73	3.748,29	48.250,31
Asturias	2.764,94	37.014,15	4.038,45	52.296,27	3.756,42	48.347,85
Baleares	3.801,29	49.450,39	4.617,29	59.242,39	4.335,26	55.293,97
Canarias	2.910,91	38.763,83	4.316,41	55.631,83	3.788,97	48.678,49
Cantabria	2.761,68	37.975,07	4.035,69	52.263,19	3.753,66	48.314,77
Castilla La Mancha	2.682,55	36.025,51	4.000,05	51.835,51	3.718,02	47.887,09
Castilla y León	2.751,02	36.686,74	4.024,53	51.968,86	3.742,50	48.020,44
Cataluña	3.190,65	42.294,46	3.614,81	48.232,70	2.797,28	37.858,28
C. Valenciana	3.262,13	42.820,06	3.836,63	49.714,06	3.554,60	45.765,64
Extremadura	2.623,24	35.313,81	3.907,17	50.720,97	3.625,14	46.772,55
Galicia	2.850,01	37.874,62	4.202,80	54.108,10	3.920,77	50.159,68
Madrid	3.516,99	46.038,79	4.043,49	52.356,79	3.761,46	48.408,37
Murcia	2.848,63	38.018,47	4.270,64	55.082,61	3.988,61	51.134,17
Navarra	3.198,91	43.649,88	4.629,51	62.343,91	3.693,91	49.244,98
País Vasco	2.731,99	38.512,06	3.788,37	51.188,62	3.459,79	46.681,60
La Rioja	2.724,16	36.524,83	4.027,76	52.168,03	3.745,73	48.219,61
Media de España	2.974,47	39.733,59	4.128,14	53.653,98	3.746,20	48.434,03
Máximo	3.801,29	49.450,39	4.902,92	62.509,54	4.335,26	55.293,97
Mínimo	2.535,11	34.095,82	3.614,81	48.232,70	2.797,28	37.858,28
Diferencia con media	439,36	5.637,77	513,33	5.421,28	948,92	10.575,75
Difencia con máximo	12.66,18	15.354,57	1.288,11	14.276,84	1.537,98	17.435,69

FUENTE: M^o Jesús Hidalgo, Vicente Matas (Sindicato Médico de Granada).



dan ayudas por dedicar tiempo a la formación, que debería ser obligatoria según los expertos.

- ❑ Tras esto, menores cargas fiscales en general, es decir, más desgravaciones.
- ❑ En tercer lugar, ayudas fiscales en actividades paralelas a su profesión, es decir, desgravación por desplazamientos, ayudas para dietas, para la vivienda cuando tienen que cubrir un puesto en otro lugar...
- ❑ En cuarto lugar inciden en la cuestión salarial.
- ❑ En quinto lugar demandan ayudas fiscales a la investigación y a la docencia.

Proponen también mejorar o facilitar las condiciones para la iniciativa privada, y otras medidas generales, y en un pequeño porcentaje se opina que no deberían tener un régimen fiscal distinto al de cualquier trabajador.

En lo correspondiente a las **condiciones laborales** relacionadas con los contratos, responsabilidades, etc... se mantiene la pauta: pocos aspectos llegan a un término medio en cuanto a satisfacción:

- ❑ Lo que menos satisface a los médicos son las condiciones contractuales.
- ❑ Tras esto, la presión asistencial: la adecuación del volumen de profesionales médicos a la demanda (la proporción con relación a la población² es baja y hace que no tengan tiempo para atender con calidad a cada paciente, según se deriva de otros puntos).
- ❑ Los derechos y deberes del paciente y el médico son el tercer elemento insatisfactorio.
- ❑ Le siguen sus responsabilidades.
- ❑ Las funciones asignadas.
- ❑ Se acercan al término medio, el requerimiento de su consentimiento en ciertas decisiones clínicas, y la relación laboral con otros profesionales médicos.

Una vez más, los elementos paralelos a su propia labor (condiciones de los contratos y adecuación del volumen de profesionales a la demanda) son los que menos satisfacen al colectivo médico.

En este apartado se diferenciaban las respuestas de tres preguntas entre Atención Primaria y Atención Especializada. Las preguntas eran: grado de satisfacción sobre los procedimientos de concreción de la historia clínica, la actuación sobre determinados pacientes y enfermedades y actuaciones objeto de reclamación.

² En España se calcula que la proporción de médicos por cada 1.000 habitantes es de 2,9. Ver capítulo LA PROFESIÓN MÉDICA EN ESPAÑA.



Las actuaciones objeto de reclamación muestran un alto nivel de insatisfacción en ambos colectivos. Los procedimientos de concreción de la historia clínica tienen una valoración ligeramente mejor y sólo la actuación sobre determinados pacientes o enfermedades se aproximan a un valor neutral: 2,7 en Atención Primaria y 3 en Especializada (en una escala de 1 a 5, donde 1 es "Poco satisfecho" y 5 "Muy satisfecho").

Por lo que respecta a la posibilidad de cambio en ciertas cuestiones de orden laboral, los médicos consideran que, en general, todos los aspectos son susceptibles de cambio para poder mejorar la situación laboral del colectivo médico, sin que se encuentren diferencias entre las valoraciones hechas para el conjunto nacional y las de cada comunidad autónoma.

Concretamente, y de acuerdo con lo visto anteriormente, las condiciones de los contratos deberían cambiar mucho. Creen que habría que cambiar bastante la situación de la presión asistencial, es decir, el volumen de profesionales médicos con relación a la población, las actuaciones objeto de reclamación en Atención Especializada y las de Atención Primaria en menor medida, la actuación o la forma de abordar determinados pacientes o enfermedades en los dos ámbitos, las funciones asignadas a cada uno, y los derechos y deberes de paciente y médico.

4.3. ACTIVIDAD PROFESIONAL MÉDICA EN 2010

Los médicos han previsto el grado de observancia en 2010 de las *normativas* y *leyes* que rigen su actividad profesional.

Consideran que se cumplirán en mayor medida aquellas que marcan las directrices o pautas adecuadas en cada procedimiento, de una manera práctica y aplicada a su trabajo concreto, como son:

- Las Guías médicas
- Las " Good Medical Practices"
- Los Consensos médicos

En cuanto a las leyes que regulan la actividad profesional, los modelos de organización profesional y las normas sanitarias, estiman que presentarán más grado de cumplimiento, pero en menor medida que las anteriores.

Fijándonos en la *relación con los equipos de dirección y gestión* en sus propios centros de trabajo, los médicos han previsto que para 2010 la relación con ambos se mantendrá como hasta ahora, sin diferencias entre las valoraciones en el conjunto de España y las hechas por comunidad autónoma.



Por otro lado, existe una tónica general de escepticismo en cuanto a la previsión de los recursos con los que contarán en 2010: no consideran probable que vayan a mejorar las inversiones en sanidad. Estiman que todas las categorías en que se han diferenciado los recursos, o bien se mantendrán sin cambios o tenderán a disminuir para esa fecha (dotación material, para investigación, para el apoyo de personal sanitario, para formación, y el resto de recursos económicos en general).

En cuanto a la inversión en formación, a pesar de esta estimación, los médicos consideran que sería necesario hacer justamente lo contrario: incrementar la proporción destinada a la misma.

Las propuestas de gestión tendrán efectos distintos según los médicos consultados: un impacto bastante positivo será el de la posible implantación de la auto-gestión, entendida como la capacidad de los médicos para gestionar los recursos de manera autónoma. Esta valoración coincide con el interés por ser más partícipes en la gestión, que ya se ha comentado.

Por detrás sitúan la influencia en la práctica profesional en las comunidades autónomas y en la sanidad española de la Ley de Cohesión y la Ley de Ordenación de Profesionales Sanitarias, y de la política sanitaria europea. Tras esto el impacto, también positivo pero menor, de una mayor flexibilidad a la hora de autorizar consultas privadas de profesionales sanitarios.

El efecto de la política sanitaria española en los próximos años no variará, pudiendo incluso ser negativo para el profesional médico.

En lo referente a la *medicina pública y la privada*, estiman un salto cuantitativo de los conciertos entre entidades públicas y privadas.

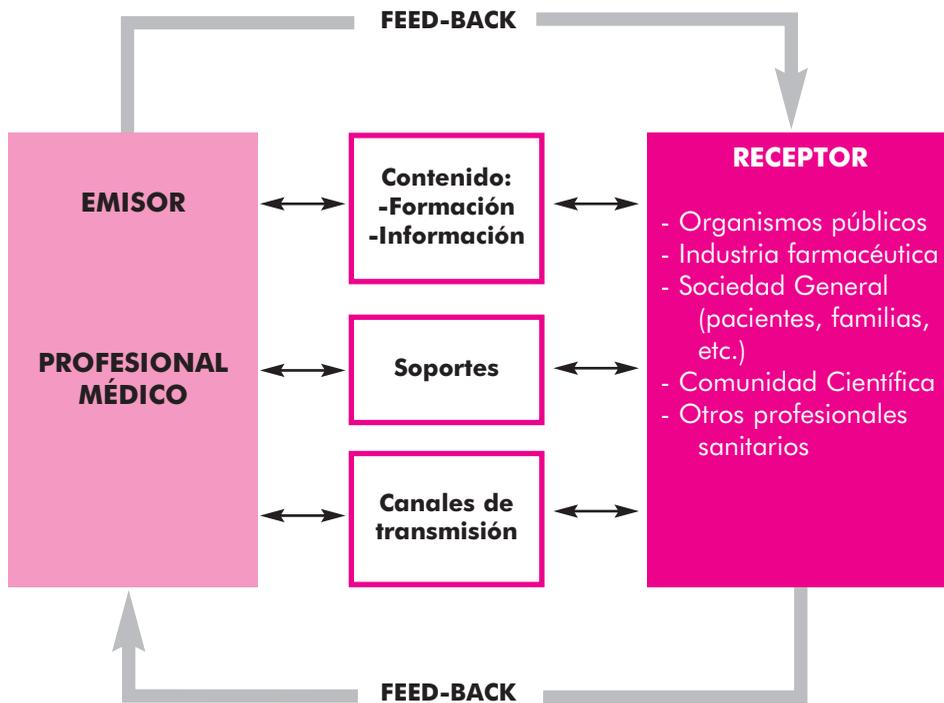
En la medicina pública aumentarán la asistencia hospitalaria y la médica, la cobertura, y algo menos la financiación y la gestión. En la privada aumentarán prácticamente en la misma medida. Destacar la diferencia entre la previsión de gran aumento de la capacidad de gestión privada con respecto al leve aumento en la medicina pública.

Sólo estiman una tendencia a disminuir de las prestaciones farmacéuticas, algo más en la medicina privada que en la pública.



5. COMUNICACIÓN MÉDICA

5.1. ESQUEMA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA



5.2. MEJORAS EN LA EMISIÓN DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA

Considerando los factores influyentes en la relación de los médicos con el resto de participantes de la comunicación, hemos sometido a valoración aquellos que se consideran de mayor importancia.

EL PACIENTE COMO ACTOR EN LA COMUNICACIÓN

En la comunicación médico-paciente tanto con el propio enfermo como con su entorno familiar, los componentes más valorados de dicha comunicación son:



- saber escuchar al enfermo
- desarrollar habilidades comunicativas y de enseñanza de pautas de tratamiento hacia la persona que atiende,
- y tener en cuenta el papel del propio paciente para participar en la toma de decisiones sobre su salud.

IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN 2010



COMUNICACIÓN CON LOS PROFESIONALES MÉDICOS

En cuanto a su relación con los *profesionales sanitarios* con los que trabajan los médicos y la comunidad científica en general, la interrelación con éstos es de suma relevancia tanto ahora como en el futuro profesional en 2010: todo lo que suponga una colaboración con sus colegas y otros profesionales médicos es visto de manera muy positiva por los encuestados, que consideran que:

- comunicarse con otros profesionales sanitarios, así como
- el trabajo y la colaboración interdisciplinar serán aspectos clave en la labor médica del futuro.

De hecho, apuntan la comunicación y el trabajo profesional con otros especialistas – profesionales sanitarios y equipos multidisciplinares como una de las más importantes necesidades durante el desempeño profesional médico.



Como más adelante se verá, esta colaboración requiere en numerosas ocasiones de medios que la hagan posible, como las nuevas tecnologías de la comunicación, para facilitar el intercambio de información entre profesionales.

COMUNICACIÓN CON LOS COLECTIVOS E INSTITUCIONES

Sobre la comunicación con organismos y colectivos puede establecerse una comparación interesante entre la situación actual y la prevista en 2010.

Actualmente consideran importante la comunicación que mantienen con las distintas sociedades científicas y los colegios profesionales, y en un término medio, la establecida con profesionales líderes de opinión y con la industria farmacéutica.

Sin embargo, es llamativo comprobar la escasa importancia que conceden a otros colectivos u organismos que tienen mucho que ver con la actividad médica en su conjunto: no valoran la comunicación mantenida con el Consejo Interterritorial principalmente, pero tampoco la comunicación con una larga lista de colectivos como son:

- Las asociaciones de pacientes
- Los fabricantes de productos de parafarmacia
- La Unión Europea en temas sanitarios
- La OMS
- El Ministerio de Sanidad
- Las editoriales médicas
- Las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas
- Las universidades

Sin embargo, comparando esta situación con las previsiones para 2010, los médicos confían más en la comunicación con estos organismos. Prevén una mejora en la comunicación con muchos de ellos:

- Será importante en el futuro la comunicación con:
 - o Las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas
 - o La Unión Europea
 - o Las asociaciones de pacientes
 - o Las Universidades
- Consideran que será importante, más incluso que en la actualidad, la comunicación con:
 - o Las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales
 - o Los profesionales o líderes en materia sanitaria



COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES MÉDICOS Y ORGANISMOS-COLECTIVOS EN LA ACTUALIDAD



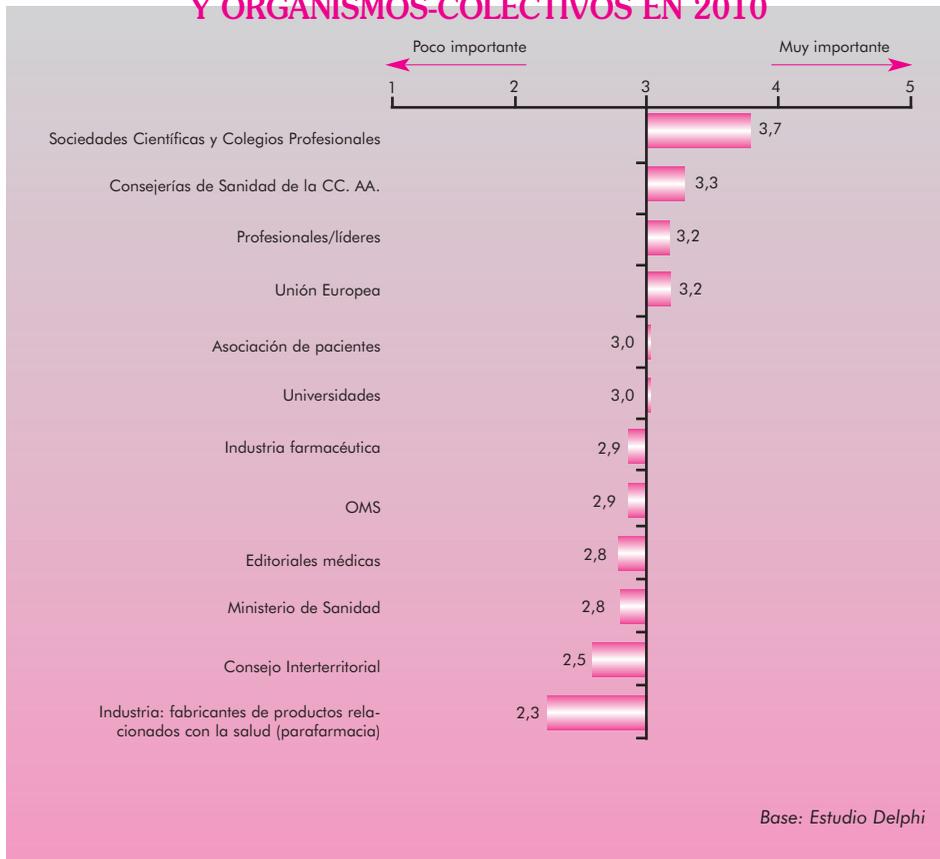
- Mantendrán todavía una comunicación de poco valor, según los médicos, con:
 - o Las editoriales médicas
 - o El Ministerio de Sanidad
 - o El Consejo Interterritorial
 - o La industria fabricante de productos de parafarmacia.

Además prevén un leve deterioro de la comunicación con la industria farmacéutica.

Por otra parte se puede comprobar, a la vista de estos datos para 2010, que tanto la Unión Europea como las sociedades científicas y los colegios profesionales, además de aumentar en importancia en la comunicación médica, son los que mejorarán la calidad de la información que generen para los profesionales médicos.



COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES MÉDICOS Y ORGANISMOS-COLECTIVOS EN 2010



5.3. COMPLICACIONES – INCONVENIENTES A LA EFICIENCIA COMUNICATIVA

Algunos de los encuestados no dudan en apuntar la creciente deshumanización en el trato con los pacientes, a pesar de la importancia que le conceden: señalan el entendimiento entre ellos como parte clave del proceso asistencial, reconociendo sin embargo que, en ocasiones, saber escuchar y comunicar al enfermo son pautas empleadas menos de lo deseado.

A la vez, consideran que el poco tiempo que les deja la presión asistencial actual es una de las causas del deterioro o falta de motivación en la comunicación con los pacientes y con todos los agentes en general.



Consideran que la comunicación médica adolece de falta de medios para ser llevada a cabo, un hecho que se percibe cuando ésta se basa en relaciones a distancia. En muchos casos reclamarían a la Administración más medios materiales y posibilidades de formación en temas que favorecieran una comunicación ágil.

Tan importante como el organismo que emite la información es el canal por el que fluye la comunicación.

5.4. CANALES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICA

Se entienden por canales todas aquellas formas de articular y transmitir el contenido de la comunicación médica: tanto la legislación y las normas con distinto grado de vinculación, como el modo de recibir la información, la formación, reuniones y otros sistemas de relación.

En el horizonte del año 2010 los profesionales valoran positivamente y en aumento la influencia que ejercerán los siguientes elementos sobre la comunicación médica:

- La legislación, los códigos éticos, los consensos, las guías y "Good Medical Practices".
- Información proactiva, que incluye los estudios sanitarios, los ensayos clínicos o artículos.

Tras éstos encuentran:

- Formación, ya sea presencial o a distancia por medio de cursos, reuniones, mesas redondas, etc.
- La bibliografía en su versión "clásica" e incluso la bibliografía interactiva y las consultas a expertos.
- La influencia de las Sociedades Científicas, que como ya se ha destacado, se trata de entidades de reconocida importancia por parte de los profesionales médicos.
- Las consultas a otros profesionales, incidiendo una vez más en el valor de la colaboración.

Otros canales algo menos valorados para el futuro son los congresos nacionales/internacionales o las reuniones y otros eventos científicos.

Existen además otros canales cuya influencia será menos relevante en los próximos años, como son:

- todos los referidos a la promoción de ventas de productos por medio de visitas, agentes de salud, o informadores sanitarios,
- la publicidad



Así, creen que la industria farmacéutica puede tener una mayor influencia en la comunicación médica apoyando la formación del profesional médico, o apoyando un evento científico (ya sea como organizador o como patrocinador), que generando información con promociones o publicidad (pagada o no pagada).

INFLUENCIA DE LOS CANALES EN LA COMUNICACIÓN MÉDICA EN 2010



5.5. MEJORAS Y CAMBIOS EN LA COMUNICACIÓN MÉDICA EN 2010

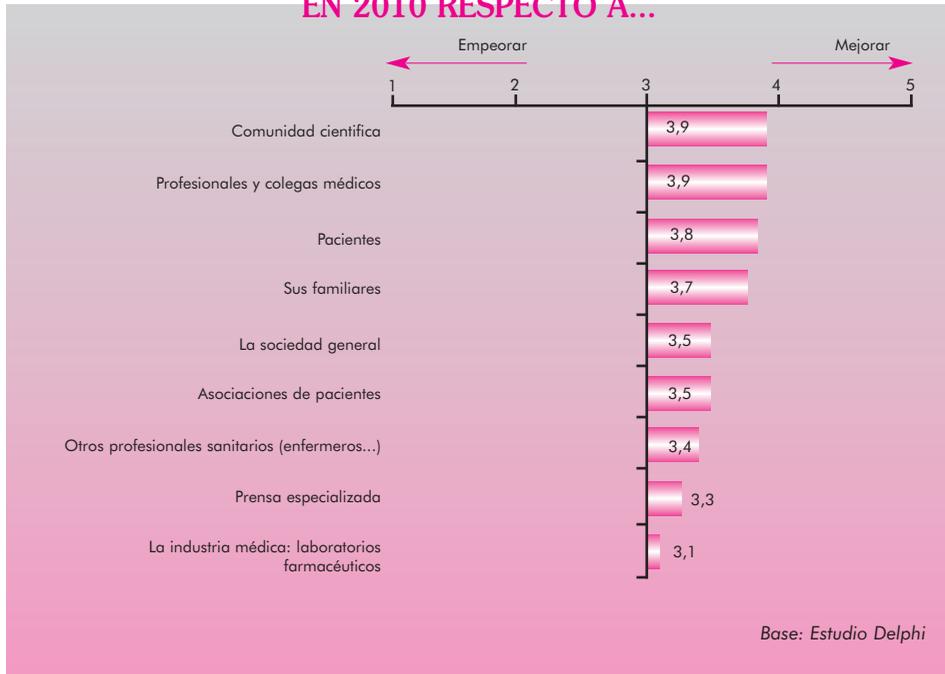
Los médicos se muestran más optimistas, de cara a 2010, en la comunicación médica, con:

- La Comunidad científica y los profesionales y compañeros médicos.
- Los pacientes y sus familiares.
- La sociedad en general y las asociaciones de pacientes.



Con quien también mejorará pero en menor medida será con otros profesionales del ámbito sanitario como los enfermeros, la prensa especializada y la industria médica (laboratorios farmacéuticos).

TENDENCIA DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA EN 2010 RESPECTO A...



Otros aspectos relacionados con la Sanidad y la comunicación médica son susceptibles de cambio según los profesionales consultados. Entre estos cambios estiman probable:

- El paciente demandará más información: prevén una mayor probabilidad de denuncias hacia los facultativos tras el aumento de información para los pacientes por ser en gran parte de carácter sensacionalista.
- Se advierten cambios en la comunicación con la industria farmacéutica o laboratorios médicos: estiman un aumento de las nuevas vías de comunicación con éstos, sobre todo aprovechando las posibilidades que ofrece Internet. Prevén también un incremento de la formación promovida por la industria farmacéutica (casi en mayor medida que la promovida por la Administración), y una comunicación basada en una nueva cultura de rela-



ción entre ellos: queda cada vez más atrás la clásica relación vía visitador médico, y no creen en la posibilidad de implantación de la visita médica colectiva.

- En cuanto a otros profesionales médicos y sanitarios se coordinará el trabajo entre los distintos niveles asistenciales, mientras que no consideran probable que cambie el papel del farmacéutico.
- Las cuotas a las Sociedades Científicas se incrementarán, mostrando así la importancia concedida hasta ahora a estas entidades.
- Creen que los cambios legislativos, como la reforma del Sistema Sanitario, tendrán una mayor influencia y, en menor medida, el Pacto de Estabilidad entre Farmaindustria y la Administración.

CAMBIOS RELACIONADOS CON LA COMUNICACIÓN MÉDICA (AÑO 2010)





5.6. PROBLEMAS MÁS RELEVANTES EN LA COMUNICACIÓN MÉDICA PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS

Los médicos participantes en el Estudio han señalado que los problemas más influyentes sobre la comunicación médica que pueden surgir en el futuro son sobre todo los siguientes:

- La excesiva cantidad de información que recibirán procedente de la comunicación con organismos, empresas o entidades, ya sean públicas o privadas. Esto llevará a la necesidad de filtrar la más relevante para ellos.
- Los medios y la preparación del médico necesarios para la comunicación médica pueden ser insuficientes o puede que no se distribuyan entre los profesionales de forma adecuada. Éstos necesitarán adaptarse a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y recibir mayor formación continuada.
- Aumentará la presión asistencial, y con ello disminuirá el tiempo de dedicación a cualquier comunicación médica. Traerá consigo además mayores exigencias de los pacientes por estar mejor informados en temas de medicina y salud. De hecho, el número de consultas al médico general se ha incrementado bastante en los últimos años (véase capítulo *El colectivo médico en España*). Estas exigencias derivarán, según algunos de los consultados, hacia un mayor número de reclamaciones.
- La comunicación médico-paciente correrá el riesgo de “deshumanizarse”, muy afectada también por esta escasez de tiempo en consulta. De ahí, la importancia de fomentar una comunicación más cercana al paciente: consideran necesario incidir en los aspectos comunicativos y participativos hacia el paciente.
- La comunicación médica con la industria farmacéutica y con los órganos de la Administración podrá estar posiblemente condicionada por intereses comerciales de la primera y por intereses políticos de los segundos.
- Puede darse un incremento de información sensacionalista surgida de la comunicación médica: sin calidad ni rigor científico y sin control regulador de los medios emisores, lo que puede llevar a una mala interpretación de ésta por parte de la población general que acceda a ella.
- Encuentran sobrecarga de trabajo sin tiempo para dedicarse a analizar correctamente la información recibida a través de la comunicación médica.
- No se espera una mayor comunicación con la administración porque creen que cuentan con pocos canales e interlocutores entre ambos. Existe cierta pre-



ocupación en cuanto a que la Administración pueda gestionar el trabajo y los recursos sin contar con el profesional médico: la posible falta de comunicación entre ellos puede impedir el desarrollo de la autogestión o simplemente de la capacidad gestora de los médicos. Otra inquietud derivada de esta poca comunicación sería la posible falta de interés o respaldo por parte de la Administración hacia el profesional médico, pero ejerciendo a la vez un control burocrático sobre éste.

- Falta de inversiones públicas en temas de formación continuada e información. Ven necesario ante esto una mayor comunicación entre ellos para lograr un aumento y mejor gestión de los recursos, y así evitar una excesiva dependencia de la industria farmacéutica.
- La comunicación interprofesional puede verse reducida, por lo que sería recomendable fomentar su relación con otros profesionales, potenciar la toma de decisiones en equipos multidisciplinares y coordinar el trabajo entre la atención primaria y la especializada.



6. COMUNICACIÓN MÉDICA Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

La comunicación médica pueda verse favorecida y enriquecida gracias a las grandes posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías en el entorno de la información y la comunicación:

- Colaboraciones con otros profesionales agilizadas por medios electrónicos
- Telemedicina
- Servicios en línea a pacientes
- Tarjetas sanitarias de amplia cobertura
- Acceso instantáneo a datos actualizados sobre temas concretos, etc.

Todo esto hará que el médico amplíe sus posibilidades de desarrollo en cuanto a la fluidez y rapidez en las comunicaciones. Las nuevas tecnologías se convierten, por su estrecha relación con la comunicación médica, en un elemento clave dentro del desarrollo profesional del médico.

Pero el estado de implantación de las nuevas tecnologías en el ámbito médico es variable, y en ocasiones los médicos han declarado que no se encuentran todo lo establecidas que podría desearse, o que su uso se hace de forma desigual.

De hecho, y a pesar de considerar que la implantación de las nuevas tecnologías es uno de los factores más beneficiosos en cuanto a la comunicación médica, es al mismo tiempo uno de los que echan más en falta. En diversos momentos del estudio mencionan la necesidad de adaptación del entorno médico a las nuevas tecnologías: ya sea incrementando las inversiones por parte de la Administración en nuevas tecnologías en el área de trabajo del médico, o bien proporcionando algún tipo de formación relativa a estos temas, puesto que en ocasiones reconocen que necesitarían ponerse al día.

Los participantes en el estudio consideran que la formación en nuevas tecnologías de la información y la comunicación debería establecerse en la carrera universitaria y actualizarse durante su desempeño profesional. También desearían una mayor difusión de los avances tecnológicos.



6.1. LA SITUACIÓN EN 2010 DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA COMUNICACIÓN MÉDICA

Se considera bastante probable que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación se introduzcan en 2010 en el entorno sanitario de manera generalizada. En esta valoración el médico no aprecia diferencias entre la situación a nivel nacional y autonómico. Se trata por tanto de un proceso general en el que no influye el factor territorial.

El segundo elemento con mayor probabilidad de implantación es la tarjeta sanitaria europea y, a continuación, el acceso a bases de datos sobre salud, a escala nacional y de comunidad autónoma.

IMPLANTACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN 2010 PARA LA LABOR DIARIA DEL MÉDICO





Por debajo, pero también con una alta probabilidad, creen que se generalizará en todo el colectivo médico el uso de las nuevas tecnologías y la comunicación entre centros, incluso entre europeos.

También creen probable, aunque en menor medida que los anteriores, el establecimiento de redes informativas a escala europea y la prestación de servicios en línea a los ciudadanos.

6.2. IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Además de la implantación y posible generalización del uso de las nuevas tecnologías que ven tan probable, hay que diferenciar este hecho de la repercusión efectiva sobre el trabajo y la comunicación del médico.

Los participantes en el Estudio prevén un gran impacto de las nuevas tecnologías en diferentes situaciones: durante el desempeño de su profesión médica y durante la formación después de su carrera, su impacto será mayor que en la formación durante la carrera.

En cualquier caso no existirían diferencias entre España y las distintas comunidades autónomas.

Para un impacto positivo en la comunicación médica, los médicos abogan por tener mayores posibilidades de renovación de conocimientos en nuevas tecnologías de la información y de la comunicación para poder aplicarlos en su trabajo diario, consultas gratuitas en bases de datos sobre salud en Internet y búsquedas bibliográficas que facilitasen un acceso más ágil a la información científico-médica que pueda enriquecer la comunicación médica.



7. COMUNICACIÓN, FORMACIÓN E INFORMACIÓN

La labor médica se basa en los conocimientos adquiridos en la formación académica y en su experiencia profesional. Sin embargo, la necesidad de renovarse constantemente en nuevos métodos o avances, con el fin de mejorar y facilitar la asistencia diaria a los pacientes, hace que la demanda de información y reciclaje continuos sea una constante en todas las especialidades que la consideran clave en su desarrollo profesional.

A este respecto, el contenido de la comunicación médica es formación e información, por lo que aporta al profesional ese conocimiento adicional necesario en su labor.

Establecer un buen contacto y comunicación con otros profesionales médicos, con la industria farmacéutica, con los organismos sanitarios y con los propios pacientes es imprescindible para poder mantenerse al día en los temas que conciernen a su trabajo.

7.1. RENOVACIÓN DE CONOCIMIENTOS

Los profesionales médicos han señalado de manera contundente que en 2010 será necesario renovar sus conocimientos referentes a tratamientos, toma de decisiones clínicas, técnicas de diagnóstico y nuevos avances médicos, así como novedades farmacéuticas y descubrimientos médicos en general.

De manera concreta, señalan la necesidad de conocer más a fondo temas de gestión y autogestión, para poder corresponsabilizarse en la asignación de recursos y mejorar la comunicación con los gestores médicos.

Además, y en base a lo comentado en el capítulo de comunicación médica, es necesario aprender habilidades en comunicación durante la entrevista clínica.



NECESIDAD DE QUE EL MÉDICO RENEVE SU CONOCIMIENTO EN 2010 RESPECTO A...



Las **necesidades en el proceso de formación** del médico son distintas distinguiendo dos etapas:

- **Durante la carrera de Medicina** aprecian que se debería incidir más en la formación en nuevas tecnologías, tanto de la información y la comunicación, como tecnología médica en general.

Crean que sería necesario replantear ciertos aspectos de la carrera aplicando medidas como la reducción de aprendizaje para exámenes, más seminarios o una formación más encaminada a la actividad futura.

Juzgan necesario una formación más humanista en la carrera, incidiendo en temas de comunicación con el paciente, más basada en las nuevas situaciones sociales y el trato con colectivos emergentes: envejecimiento, inmigración, etc.

También valorarían dentro de su formación universitaria el aumento de las prácticas, tanto en el número como en la calidad de las mismas.

Seguido del aprendizaje sobre nuevos temas, incidiendo en el inglés médico, en la ética y bioética, y otras materias más específicas.

Otras opciones: destacan más formación en temas de legislación y gestión sanitaria, incidir en el abordaje clínico del paciente, y un mayor conocimiento de la sanidad pública en general.



NECESIDADES EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL MÉDICO EN 2010 DURANTE LA CARRERA			*Porcentaje de respuestas
Orden de importancia	1º	Mayor formación en nuevas tecnologías	34%
	2º	Mejoras en el planteamiento general de la carrera	31%
	3º	Formación más humanista	28%
	4º	Más formación práctica	27%
	5º	Añadir asignaturas como inglés, bioética,...	26%

Base: Estudio Delphi

*Respuesta múltiple. Porcentajes no acumulados

- **Durante el desempeño profesional** las necesidades que encuentran para su formación son, en primer lugar, mayores posibilidades para la formación continuada de calidad, en el sentido de disponibilidad de medios (tiempo dentro del horario laboral, material, informatización, Internet, etc.), posibilidad de asistencia a más cursos y congresos, financiación y apoyo despolitizado desde la Administración e instituciones.

Por otro lado, requieren una mayor formación en nuevas tecnologías y mayor difusión de los medios tecnológicos.

Necesidad también de formación en materias de gestión y autogestión, de corresponsabilizarse en la gestión para una mayor eficacia en la asignación y distribución de los recursos.

Creen que es preciso mejorar la relación con el paciente para un abordaje integral (aspectos biológicos, psicológicos y sociales) y aprender habilidades en comunicación durante la entrevista clínica.

Además de esto, consideran beneficioso para su formación el acceso ágil a la información científico-médica, seleccionada de manera crítica y objetiva para conocer lo relevante. Sobre esto abogan por un mayor conocimiento de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), así como la consulta gratuita a bases de datos sobre salud en internet y búsquedas bibliográficas.



Señalan como otras necesidades el trabajo interprofesional con otros especialistas-profesionales sanitarios y equipos multidisciplinares, incidir en la toma de decisiones según la medicina basada en la evidencia y el reciclaje en nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

NECESIDADES EN EL PROCESO DE FORMACIÓN DEL MÉDICO EN 2010 DURANTE EL DESEMPEÑO PROFESIONAL			*Porcentaje de respuestas
Orden de importancia	1º	Mayor formación continuada	49%
	2º	Nuevas tecnologías	24%
	3º	Gestión y autogestión	23%
	4º	Relación médico-paciente	20%
	5º	Información	14%

Base: Estudio Delphi

*Respuesta múltiple. Porcentajes no acumulados

7.2. MEDIOS MÁS ÚTILES PARA LA COMUNICACIÓN MÉDICA

Los médicos han valorado la utilidad de los distintos medios de formación e información aportados por los organismos o colectivos más relevantes.

En cuanto a los diferentes medios para formarse han elegido como más útiles aquellos que tienen un sentido más práctico y facilitan la obtención e intercambio de formación y la relación entre profesionales (trabajo en equipo). Valoran además los medios participativos, prefiriendo, por ejemplo, los cursos asistenciales a los no asistenciales.

En 2010 los más eficaces serán:

- Las sesiones interdisciplinares
- Los estudios clínicos
- Las sesiones clínicas
- Los cursos asistenciales
- Las interconsultas



Ninguno de los medios propuestos ha sido considerado en el extremo de poca utilidad. Sin embargo los medios poco participativos obtienen las valoraciones más bajas: congresos, simposiums, conferencias, etc.

En cuanto a los soportes de información para 2010, los médicos ven de mayor utilidad aquellos relacionados con las nuevas tecnologías:

- Internet
- Los CD – ROM / DVD
- Los sistemas de telemedicina
- Las revistas científicas

Son medios caracterizados por una mayor personalización, directos, de contenidos específicos, formales y selectivos.

En contraposición, los medios clásicos son los peor valorados:

- El correo postal
- La radio
- Los folletos
- La televisión

7.3. CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Más allá de la utilidad teórica de los medios y soportes en base a su practicidad, al médico también le preocupa la calidad de la información que se emite a través de ellos y que a veces está en función del medio elegido.

Los **problemas** que encuentran en estos mismos medios y también en los soportes futuros son:

La baja calidad de la información que dan los medios, que es poco concreta o no contrastada, alejada de la práctica diaria, sin evidencia científica y por tanto poco creíble.

En segundo lugar la dependencia de intereses económicos o comerciales, e intereses políticos, como son los de la industria farmacéutica y los de la Administración, o incluso de los propios medios: la información está sesgada o se aleja en ocasiones de la ética médica.

Le siguen los problemas de los medios con los que cuentan o la preparación de los propios médicos para acceder a ellos: la dificultad de acceso a la información hará necesario en un futuro la adaptación a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, para una mayor fluidez. Muchas veces los médicos también consideran que no están preparados para acceder a ellos, con lo que tendrían que formarse y prepararse en estos temas.



Después, el exceso de información y la dificultad para discriminar lo verdaderamente importante, y con posible efecto de bloqueo o desinformación por la cantidad de la misma.

En quinto lugar señalan el sensacionalismo y la alarma social que crean en los pacientes que acceden a la información, el crear expectativas y falsas creencias en la población que son inalcanzables, con lo que muchos prevén un aumento de las demandas y denuncias de los pacientes.

Otros de los problemas señalados han sido el coste que supone informarse y la falta de inversión pública, la falta de motivación por parte del propio profesional y el hecho de que no siempre tengan una procedencia acreditada y cualificada.

PRINCIPALES PROBLEMAS QUE CONLLEVAN LOS MEDIOS DE INFORMACIÓN Y SU PREVISIÓN EN EL FUTURO 2010			*Porcentaje de respuestas
Orden de importancia	1º	Calidad de la información que ofrecen	41%
	2º	Dependencia de intereses no médicos	39%
	3º	Medios y preparación para acceder a ellos	21%
	4º	Cantidad de información que dan	18%
	5º	Sensacionalismo	13%

Base: Estudio Delphi

*Respuesta múltiple. Porcentajes no acumulados



7.4. LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS PROCEDENTE DE LOS ORGANISMOS O COLECTIVOS EN 2010

Se prevé que en 2010 algunos organismos mejoren la calidad de la información que emitan. Sobre todo mejorará la calidad informativa que provenga de:

- La Unión Europea
- Las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales
- La Organización Mundial de la Salud

CALIDAD INFORMATIVA PARA LOS PROFESIONALES MÉDICOS DE LOS ORGANISMOS - COLECTIVOS EN 2010





- Las universidades
- Las Consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas
- El Ministerio de Sanidad
- Los profesionales o líderes médicos
- Las editoriales médicas

La calidad de la información empeorará si viene de otros emisores como la televisión, la radio, la industria de productos relacionados con salud, la prensa médica generalista no especializada, las asociaciones de pacientes y la industria farmacéutica.

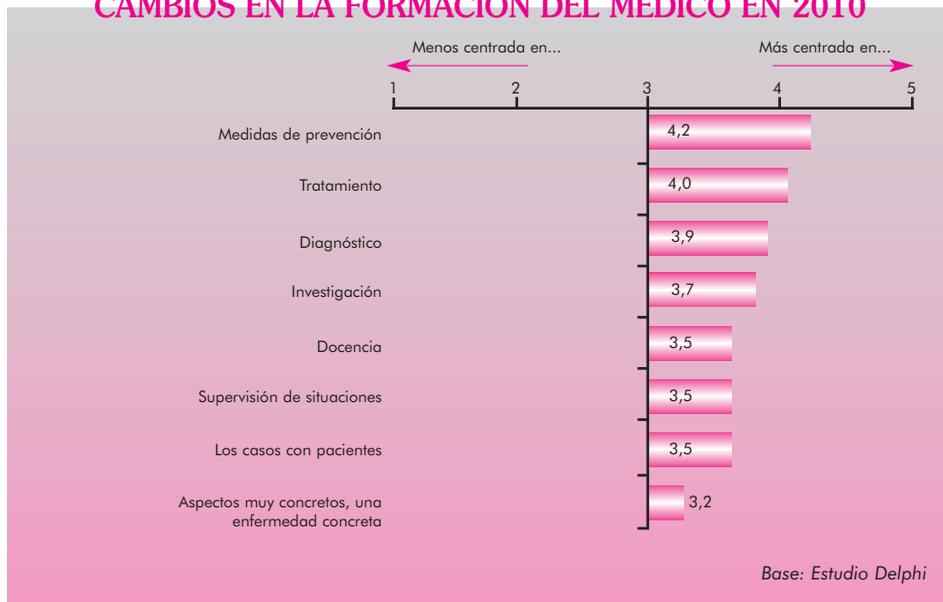
7.5. CAMBIOS EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO EN 2010

En los próximos años la formación del médico y, en definitiva, la comunicación médica, irá más dirigida a:

- las medidas de prevención,
- tratamiento
- y diagnóstico,

y en menor grado a la investigación, la docencia, supervisión de situaciones, los casos con los pacientes y aspectos o enfermedades concretas.

CAMBIOS EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO EN 2010

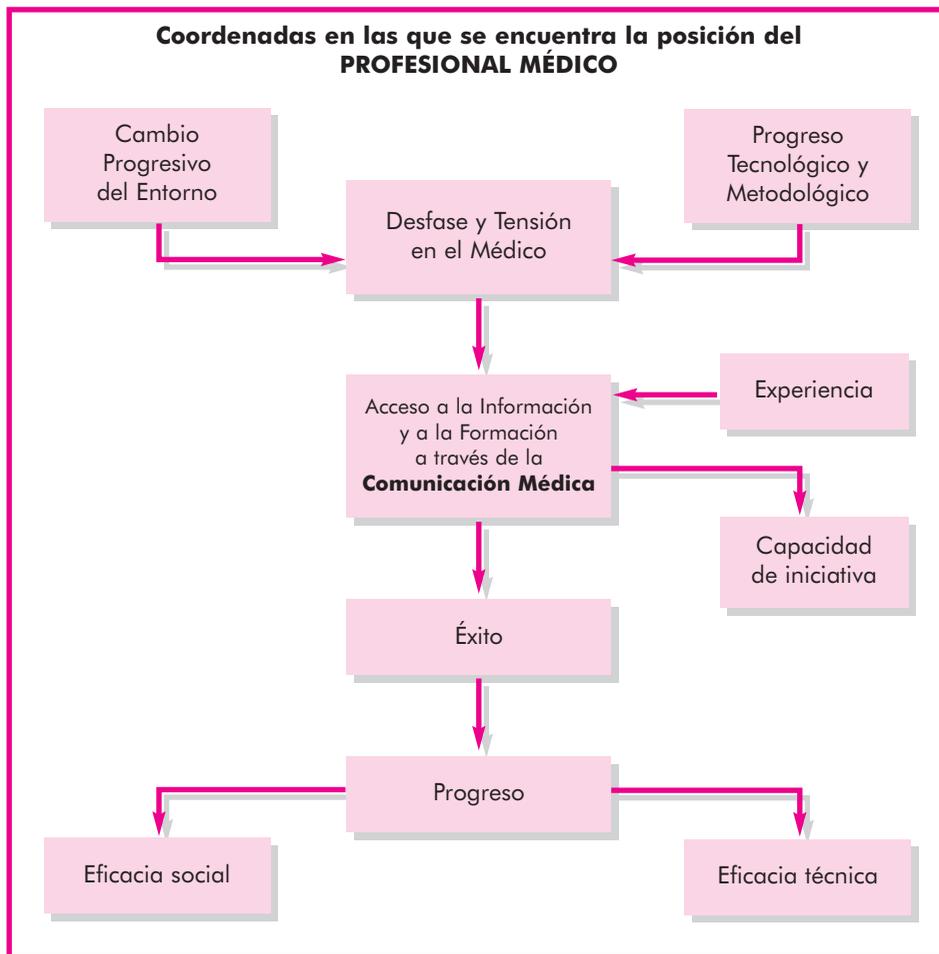




En muchos casos los medios de formación se combinan y complementan con los de información. Así, por ejemplo, los médicos declaran que para buscar literatura relevante recurren a bases de datos o guías de práctica clínica en formato electrónico (Internet o CD-ROM) como MEDLINE o COCHRANE, o artículos prácticos ayudándose de búsquedas bibliográficas.

En concreto el formato electrónico es requerido con frecuencia por su rapidez y grado de actualización frente a los otros medios más lentos y obsoletos. En contrapartida, ven necesario un mayor control en cuanto a su contenido, por ser medios en los que “cabe todo”.

7.6. PAUTAS DE COMUNICACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO





7.7. PAUTA INFORMATIVA DEL PROFESIONAL MÉDICO

A TRAVÉS DE LOS SOPORTES DE INFORMACIÓN MÁS ÚTILES EN 2010

Internet, CD - ROM, telemedicina* y revistas científicas, renovarán su conocimiento en temas como:

- ◆ Tratamientos
- ◆ Toma de decisiones clínicas
- ◆ Técnicas de diagnóstico
- ◆ Nuevos avances médicos

PARA LO CUAL ES IMPRESCINDIBLE

- Seleccionar la información relevante
- Conocimiento de las TIC**
- Contar con los medios adecuados
- Contar con el tiempo necesario

- Necesidad de desarrollar la capacidad crítica (en la carrera de Medicina) y medios de información fiables.
- Con formación continuada y reciclaje en nuevas tecnologías.
- Mediante inversión (pública) en infraestructuras de la información y la comunicación.
- Actuando sobre la presión asistencial: más profesionales médicos para un menor volumen de pacientes por médico.

*Telemedicina: Basándonos en una definición de la ONU de 1998, es la distribución de servicios de salud basada en tecnologías de la información y la comunicación para intercambiar información válida sobre la asistencia y para la educación continuada. Por ello debe ir acompañada de las infraestructuras necesarias y la preparación del personal médico.

**TIC: Tecnologías de la información y la comunicación.



8. CONCLUSIONES

Relación médico - paciente

Los médicos le otorgan gran protagonismo a la comunicación con el paciente: tanto saber escucharle como transmitirle adecuadamente pautas de tratamiento y tenerle en cuenta como figura importante en las decisiones sobre su salud.

Organismos y colectivos

En cuanto a organismos y colectivos prevén que algunos de ellos mejorarán su comunicación con los médicos, como la Unión Europea, las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, las Asociaciones de Pacientes y las Universidades.

Canales de comunicación

Así mismo, los canales más influyentes en la comunicación médica son la Legislación, los Códigos éticos, las guías y las "Good Medical Practices". Además, según su estimación éstas últimas más las guías y los consensos médicos serán las más seguidas por ellos en 2010.

La comunicación médica tenderá a mejorar en el futuro para todos sus receptores, sobre todo con la Comunidad Científica, los pacientes y los profesionales-colegas médicos.

Formación / Información

La comunicación médica se hace fundamental para facilitar la formación y la información del profesional: necesitan que se les facilite, por ser una parte clave de su labor, mediante ayuda fiscal, más tiempo, más medios y más recursos destinados a ella (aunque prevén que seguirán disminuyendo, al igual que el resto de partidas sanitarias).

Los ámbitos médicos sobre los que necesitan renovación de conocimientos son sobre todo:

- tratamientos,
- toma de decisiones clínicas,
- técnicas de diagnóstico,
- nuevos avances médicos,

así como reciclaje y buena información en otras temáticas como son:



- las tecnologías de la información y la comunicación.
- la relación médico – paciente como parte fundamental de la comunicación médica,
- idiomas
- cuestiones legales o de gestión y de trabajo en equipo.

Prefieren una formación por medios prácticos o participativos (sesiones interdisciplinares, estudios y sesiones clínicas, etc.), así como por medios electrónicos como Internet y medios de tecnología punta para informarse.

Valoran además la información procedente de organismos de prestigio (U.E., Sociedades Científicas y Colegios profesionales).

En general encuentran reparos a la información que proviene de la comunicación médica actual como la dependencia de intereses no médicos y su baja calidad, las dificultades de acceso (ya sea por su poca formación en TIC o por la falta de medios), el enorme volumen de formación irrelevante y el sensacionalismo que la impregna.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación parecen ser bien acogidas entre el colectivo médico: consideran que su uso tendría un impacto positivo sobre su trabajo y de hecho, consideran muy probable su implantación en el ámbito sanitario en el futuro 2010 (TIC, tarjeta sanitaria europea, etc.).

Pero al mismo tiempo creen necesario que su implantación vaya acompañada de más formación para los médicos en temas de nuevas tecnologías, y que ésta provenga sobre todo de la Administración, así como su financiación.

Medicina pública / privada

En 2010 aumentarán las actuaciones conjuntas entre la medicina pública y las entidades de medicina privadas: habrá más conciertos entre ambas.

Los médicos prevén ciertos cambios con respecto a esa fecha, como una mayor demanda de información por parte de los pacientes, otro estilo en la comunicación con la industria farmacéutica o laboratorios marcada por una nueva relación entre ellos y nuevas vías de diálogo, una mayor conciencia del gasto sanitario, y una mayor coordinación entre niveles asistenciales y profesionales médicos.

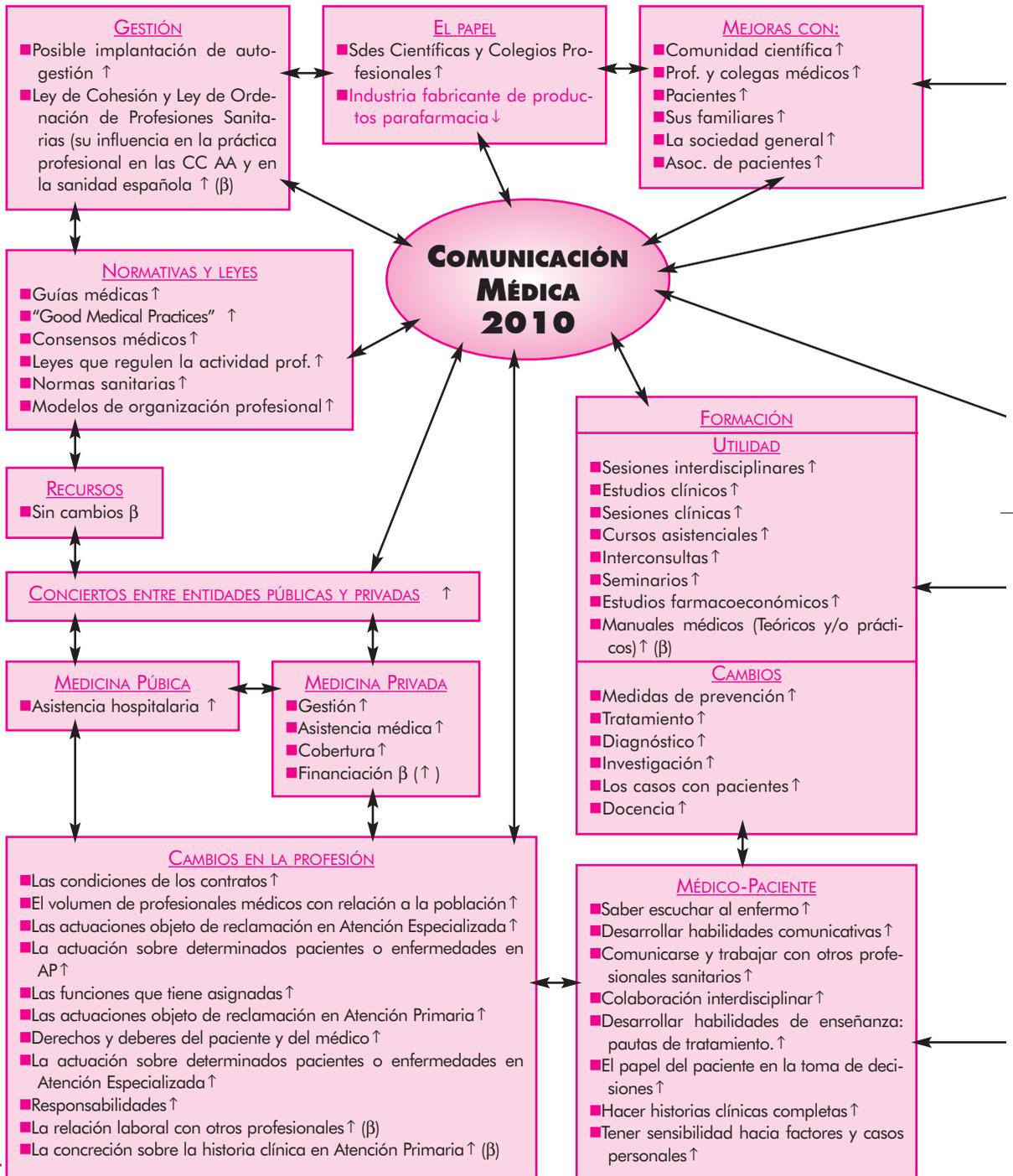


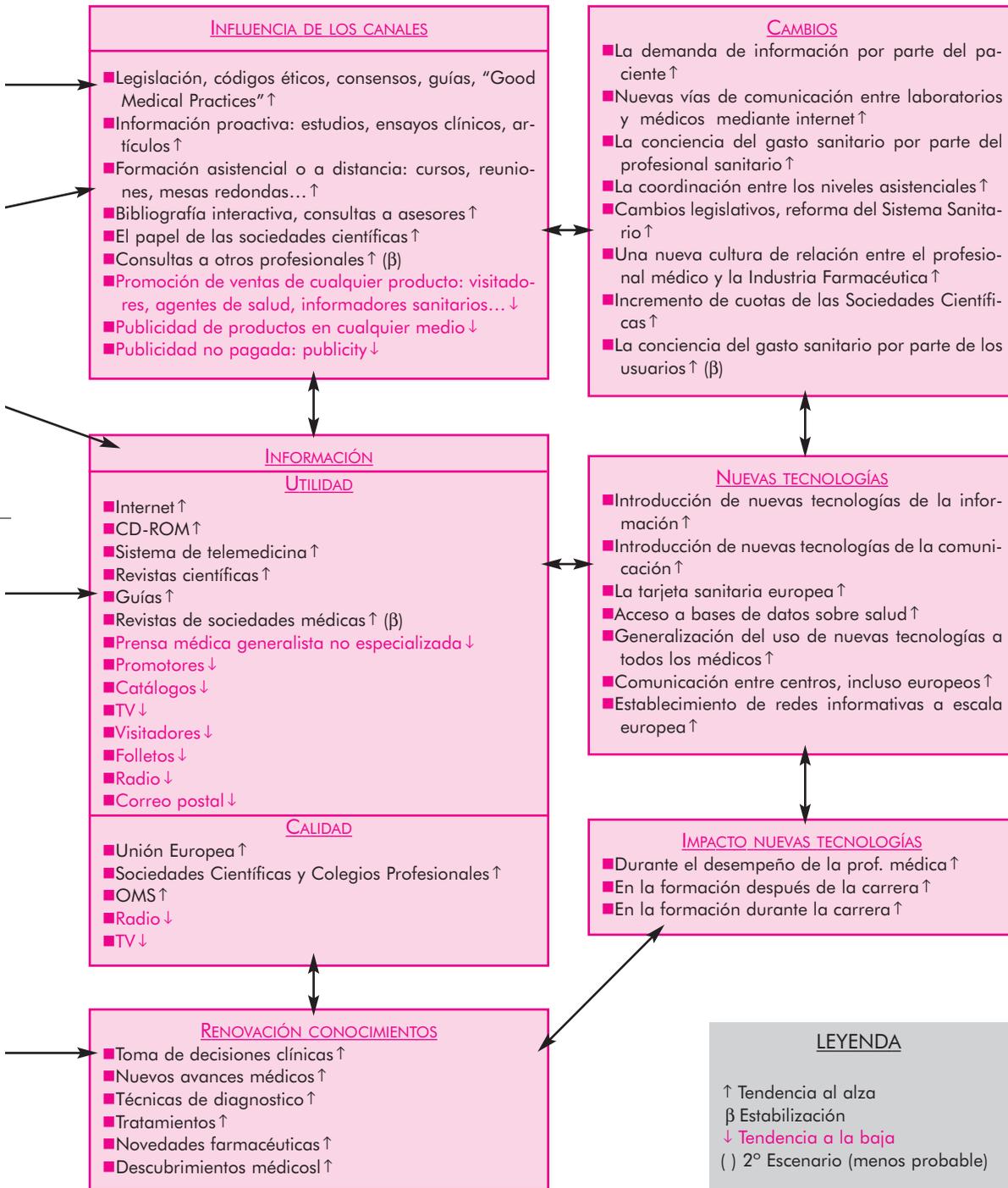
9. ESCENARIO PROSPECTIVO

El análisis de los datos obtenidos en el Delphi, a través de medias y frecuencias, nos ha permitido establecer las tendencias de cada variable en particular; sin embargo, para constituir un ESCENARIO, se hace preciso observar las combinaciones más probables que pueden adoptar estas variables.

En efecto, de cara a establecer conclusiones de futuro, no interesa tanto la tendencia de un hecho concreto, como las probabilidades que existen de combinación entre las variables, que es lo que viene a configurar el escenario. Para ello se ha utilizado el Sistema de Simulación de Montecarlo.

A partir de este procedimiento se ha generado el escenario más probable, que se expone en el siguiente esquema resumen. En él, se muestran las tendencias al alza, a la baja o a la estabilización (↑ , ↓ , ⇕) de cada variable, así como un segundo escenario – menos probable pero posible -, indicado por las tendencias en paréntesis (↑) (↓) (⇕).







10. RECOMENDACIONES

A partir de las cuestiones planteadas, algunos de los participantes manifiestan de manera “abierta” sus opiniones e inquietudes. Recogemos de forma resumida las pautas que consideran más recomendables para una mejor comunicación médica:

- Promover la comunicación médica con **más medios**: nuevas tecnologías y formación relacionada con las tecnologías de la información y de la comunicación. Para ello se requeriría mayor cuota de inversión por parte de la Administración.
- Potenciar una **relación más “humana”** con los pacientes, ya que la mejora de la comunicación con ellos resultaría beneficiosa para la labor asistencial.
- Posibilitar una mayor comunicación **con sus compañeros médicos y la sociedad científica** en general, agilizando la labor asistencial, facilitándola con medios tecnológicos.
- Comunicación con **contenidos específicos**: información con base científica, de calidad, sin dejarse llevar por los intereses comerciales, sin sensacionalismos y sobre los temas que más les interesan.
- La comunicación con la Administración y los gestores **más ágil** y práctica, para una mayor participación de los profesionales médicos en la toma de decisiones.



11. ENTIDADES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS SANITARIOS

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ÁVILA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BURGOS

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CÁDIZ

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GRANADA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GUPÚZCOA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE HUELVA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE JAÉN

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA RIOJA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LUGO

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MÁLAGA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ORENSE

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE



COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SORIA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE TERUEL

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE VALENCIA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZAMORA

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA

CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO DEL GOBIERNO DE LAS ISLAS BALEARES

CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y CONSUMO DE LA REGIÓN AUTÓNOMA DE MURCIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LA XUNTA DE GALICIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD. JUNTA DE COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CASTILLA – LA MANCHA



FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LLEIDA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

CSM – COMUNIDAD VALENCIANA

CONFEDERACIÓN ESTATAL DE SINDICATOS MÉDICOS

METGES DE CATALUNYA

SINDICATO MÉDICO ANDALUZ – FEDERACIÓN

SINDICATO MÉDICO DE ÁVILA

SINDICATO MÉDICO DE BURGOS

SINDICATO MÉDICO DE CANTABRIA

SINDICATO MÉDICO DE CASTELLÓN

SINDICATO MÉDICO DE CASTILLA – LA MANCHA

SINDICATO MÉDICO DE CEUTA

SINDICATO MÉDICO DE CÓRDOBA



SINDICATO MÉDICO DE HUELVA

SINDICATO MÉDICO DE LAS PALMAS

SINDICATO MÉDICO DE SEGOVIA

SINDICATO MÉDICO DE SEVILLA

SINDICATO MÉDICO DE SORIA

SINDICATO MÉDICO DE TENERIFE

SINDICATO MÉDICO PROFESIONAL DE ASTURIAS

SINDICATO MÉDICO DE VALENCIA

SINDICATO MÉDICO DE VIZCAYA

SINDICATO MÉDICO DE ZARAGOZA

SINDICATO MÉDICO LIBRE DE BALEARES

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE BIOPATOLOGÍA MÉDICA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DEL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TOXICOLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BIOQUÍMICA CLÍNICA Y PATOLOGÍA MOLECULAR

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, REPARADORA Y ESTÉTICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIPERTENSIÓN – LIGA ESPAÑOLA CONTRA LA HTA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES ÓSEAS Y METABOLISMO MINERAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA NUCLEAR

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA RURAL Y GENERALISTA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y CIRUGÍA COSMÉTICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MICROBIOLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NUTRICIÓN BÁSICA Y APLICADA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OFTALMOLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO
– FACIAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMA-
RIA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SANIDAD PENITENCIARIA

COMISIÓN NACIONAL DE ALERGOLOGÍA

COMISIÓN NACIONAL DE ANÁLISIS CLÍNICOS

COMISIÓN NACIONAL DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

COMISIÓN NACIONAL DE APARATO DIGESTIVO

COMISIÓN NACIONAL DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA

COMISIÓN NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



COMISIÓN NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

COMISIÓN NACIONAL DE OFTALMOLOGÍA

COMISIÓN NACIONAL DE ONCOLOGÍA MÉDICA

COMISIÓN NACIONAL DE PEDIATRÍA

COMISIÓN NACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

COMISIÓN NACIONAL DE REUMATOLOGÍA

saned
SANIDAD EDICIONES

REVISTAS:

El Médico,
Aula delafarmacia,
Acta Otorrinolaringológica Española,
Alergología e Inmunología Clínica,
Revista Española de Anestesiología y Reanimación,
Annals of Oncology (edición española),
Emergencias,
American Journal of Hypertension (edición española),
American Journal of Gastroenterology (edición española),
Cardiovascular Risk Factors,
European Journal of Neurology (edición española),
European Psychiatry (edición española),
Ophthalmology (edición española),
Evidence-Based Medicine (edición española),
Sístole,
Revista Española de Trasplantes,
Física Médica.

PERIÓDICOS:

El Periódico de la Farmacia

OTRAS PUBLICACIONES:

Cursos de Formación Continuada,
Terapéutica al día,
Update,
Monografías y Suplementos,
Calidad Asistencial,
Gestión Clínica,
Separatas de Publicaciones Extranjeras,
Libros,
Guías-Calendarios,
CD-Disquettes,
Coberturas Periódísticas,
Derecho y Medicina,
Posters Book,
Protocolos de pacientes,
Cuadernos Multidisciplinares,
Historia de la Medicina.



Formación Médica,
Medios Promocionales,
Organización de Eventos,
Estudios Epidemiológicos,
Diseño de Guías Clínicas,
Servicios Profesionales,
Secretaría de Sociedades Científicas,
Organización de Congresos Nacionales e Internacionales,
Plataforma de TV Satélite.



Red Medynet

(El Médico Interactivo, Webs Sociedades, servicios generales),
Congresos on-line,
Servicios de contenidos para portales externos,
Alertas bibliográficas,
Bibliotecas virtuales,
Revistas electrónicas,
News-letters (Medynews),
Guías de Práctica Clínica electrónicas,
Simulador de Pacientes,
Formación continuada on-line,
MEDY-movil.

Ramon Turró, 91 - 4º A • 08005 Barcelona

Telf.: 93 320 93 30 • Fax: 93 309 78 74

Capitán Haya, 60 • 28020 Madrid

Telf.: 91 749 95 00 • Fax: 91 749 95 01

saned@medynet.com

www.gruposaned.com