

# Medical Economics®

Nº 103

16 de enero de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

**MESA REDONDA**

**La comunicación con el paciente:**

## Asignatura pendiente del médico

**pág. 38**

**ADEMÁS**

Los jueves  
Medical Economics

Asistencia médica  
y prescripción  
en Internet

(págs. centrales)

# TODO ESTE PODER, AHORA CONTRA EL CÁNCER

- Yondelis®, primer medicamento comercializado por PharmaMar.
- Cuatro nuevos compuestos de origen marino en desarrollo clínico.
- Una colección de más de 65.000 muestras de organismos marinos.

## 38 | MESA REDONDA

# La comunicación médico-paciente

Cuando entre médico y paciente existe entendimiento, o sea, cuando hay comunicación entre ambos, la salud del enfermo mejora y el sistema se ahorra costes. Lo aseguran y prueban sesudos informes de expertos.

Pero en la comunicación, una de las asignaturas que el médico español tiene pendientes, lo importante no es lo que se dice, sino cómo se dice.

## VIDA PERSONAL

### 20 Hasta que la muerte nos separe

Con frecuencia olvidamos lo que las personas que queremos significan para nosotros. El autor aprendió el valor de la familia al compartir una terrible pérdida con uno de sus pacientes.

## MALPRAXIS

### 34 ¿Por qué nunca hemos sido demandados?

Muchos son los profesionales que sienten temor ante la posible demanda de un paciente. Si ese es su caso, o simplemente quiere saber cómo evitarlo, no se pierda los consejos de este médico.

## LOS JUEVES DE MEDICAL ECONOMICS

### 25 Asistencia médica y prescripción por Internet

Una nueva modalidad surge en la relación médico-paciente: la consulta a través de Internet, que presenta más riesgos que ventajas, debido a que, entre otras cosas, se trata de una actividad insuficientemente regulada.



25



34

# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

ALICANTE

BADAJOS

BILBAO

ZARAGOZA

VALENCIA

MADRID

LEÓN

BARCELONA

A CORUÑA

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**<sup>®</sup>

— E S P A Ñ A —

*Educación Médica Continuada*

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaria de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Piperno

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

Manuel Jurado  
Tel.: 91 500 20 77  
suscripciones@drugfarma.com

Tarifa ordinaria anual 113 €  
Tarifa instituciones anual 140 €  
Ejemplar suelto 6 €  
Ejemplar atrasado 9 €  
Precios válidos para España, IVA incluido


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

### Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif. Vértice  
28041. Madrid.  
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075  
E-mail: spa@drugfarma.com  
Numancia, 91-93. 08029. Barcelona  
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345  
ISSN: 1696-61-63  
D.L.: M-35829-2003  
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

## ACTUALIDAD

- 5 **Mi punto de vista**
- 7 **Termómetro**
- 10 **Profesión/Finanzas**

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 12 **Economía de la Salud**  
¿Qué hacen los economistas en la Sanidad?
- 14 **Gestión Profesional**  
¿Los gestores al poder!
- 16 **Tribunales**  
Se realizaron las debidas pruebas médicas
- 18 **Internet y Medicina**  
Redes sociales para profesionales
- 48 **Inversiones**

## Y ADEMÁS...

- 8 **Atención al paciente**
- 50 **Lo mejor de lo publicado**
- 53 **Tres de últimas**



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Está preparado para dar "malas noticias"?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

\* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



## ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com) en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

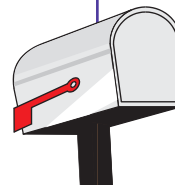
## CURSOS ON LINE

- **Principios de la Cura en Ambiente Húmedo**
- **Antisepsia y Desbridamiento**

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con: [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)



Las secciones Golf y Las tres de últimas se han elaborado con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

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

© Copyright 2009 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2009 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

### Margarita Alfonso

Secretaría General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

Jefe de Servicio de Neumología Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutur Abogados y Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca

### Antonio Bartolomé Sánchez

Presidente Federación Española de Clínicas Privadas

### Carlos Belmonte Martínez

Director Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Bruguera i Cortada

Presidente Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal Hospital Clínic de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

### Ana Céspedes

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### José Manuel Díaz Arias

Presidente de Datadiar.com

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario La Paz (Madrid)

### José Angel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Héctor Jausás

Socio Director de Jausás Abogados

### Fernando Jiménez Cruz

Jefe de Servicio de Urología Hospital La Fe de Valencia

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico Dirección General de Farmacia

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuin

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria UCM

### Regina Múzquiz

Directora de Relaciones Institucionales Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios y Científicos de Allergan

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

Dirección de Desarrollo Profesional y Estratégico Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

### Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

**Felipe Chavida García**  
Médico de Familia  
Presidente de Idepro

**Elisa Herrera Fernández**  
Experta jurídica en Derecho Ambiental

**Jose María Martínez García**  
Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

**Charo Vaquero Ruipérez**  
Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

**Miguel Fernández de Sevilla**  
Profesor de Derecho Sanitario Facultad de Medicina UCM

**Ricardo de Lorenzo y Montero**  
Bufete De Lorenzo Abogados  
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

**Ofelia de Lorenzo Aparici**  
Directora Área Jurídico Contencioso  
Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

**Natalia Aguirre Vergara**  
Directora de Análisis y Estrategia Renta 4 Sociedad de Valores

**José Ignacio Alemany**  
Socio Director  
Bufete Alemany Escalona & Escalante

### Capital Riesgo

**Luis G. Pareras**  
Médico Gerente  
Incubación Proyectos Empresariales  
-MediTecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

**Marcial García Rojo**  
Coordinador Sistemas Información Hospital General de Ciudad Real

**Oscar Gil García**  
Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al Paciente

**María Dolores Navarro**  
Subdirectora Fundación Biblioteca Josep Laporte. UAB

# Mi punto de vista

## Invertir en ciencia: cuestión de dinero, estrategia, investigadores y sentido común

La presencia y la dinámica de la I+D+i constituye el indicador fundamental de la salud y competitividad de una economía, y la base de su crecimiento futuro. Por esta razón, los países desarrollados conceden cada vez mayor importancia a las políticas que contribuyen a incrementar la inversión en estas actividades.

Los compromisos de la Unión Europea –Estrategia de Lisboa– señalan el objetivo de lograr aumentar el gasto en I+D hasta alcanzar el 3 por ciento del PIB de la UE en 2010, y conseguir que al menos dos tercios partes de este gasto provengan del sector privado. España, por su parte, se encuentra lejos de poder asumir el reto. Si utilizamos el indicador más usual del esfuerzo investigador (gasto en I+D/ PIB) vemos como, si bien se ha avanzado en los últimos años, queda aún mucho camino por recorrer para alcanzar, o al menos acercarse, a las cifras de las principales economías europeas y mundiales. Así, en nuestro país el gasto en I+D apenas supera la barrera del 1,2 por ciento del PIB, porcentaje que dista mucho de ser satisfactorio y que nos sitúa incluso por detrás de algunos socios comunitarios con economías mucho menos desarrolladas, como es el caso de Eslovenia, República Checa y Estonia y, en todo caso, muy lejos aún del 1,74 por ciento del conjunto de la UE-27 y del 2,25 de la OCDE<sup>1</sup>.

Es evidente que, por causas diversas, nuestro país sufre un importante retraso tecnológico, fruto de deficiencias estructurales históricas y de unas inversiones insuficientes en investigación, poco acordes con el tamaño de nuestra economía. Dicho retraso se refleja también en otros indicadores como, por ejemplo, el exiguo número

de patentes solicitadas, el porcentaje de empresas con actividad innovadora, el número de personas y el de investigadores dedicados a I+D, o el saldo comercial de sectores industriales intensivos en I+D, indicadores todos ellos en los que estamos por debajo de la media europea.

Para paliar estos déficits, acelerar nuestra convergencia tecnológica con Europa y colaborar en la consecución de los objetivos de Lisboa, el Gobierno presentó en julio de 2005 el Programa Ingenio 2010, que constituye uno de los ejes fundamentales de su Plan Nacional de Reformas y que se propone incrementar la inversión pública y privada en I+D hasta alcanzar en 2010 el 2 por ciento del PIB, aumentando la participación empresarial hasta que financie el 55 por ciento del total de la inversión en I+D.

En la actualidad, sin embargo, la inversión privada en I+D es mucho más modesta, representando tan sólo alrededor de un 50 por ciento (hasta un 53,8 por ciento según algunas fuentes) del total, frente al 74 por ciento de Japón, el 68 por ciento de la OCDE o el 62,6 por ciento de la UE-27<sup>1</sup>. Resulta, por tanto, imprescindible fomentar y llevar a cabo políticas que incentiven la I+D privada, estimulando, en especial, las decisiones de inversión de los sectores más intensivos en I+D, de forma que el capital privado pueda ejercer un papel de locomotora en materia de investigación y desarrollo. Para lograr estos objetivos es fundamental la aportación de la industria farmacéutica, que es el sector industrial líder en I+D, tal y como se pone de manifiesto en los últimos resultados de la *Estadística sobre actividades de I+D*. INE 2006. De estos datos se desprende que:

– El farmacéutico es el sector industrial que más invierte en investigación en Espa-



José Antonio Gutiérrez Fuentes\*

\*Médico y director de la Fundación Lilly.

<sup>1</sup>Main Science and Technology Indicators. Vol. 2007/2. OCDE 2007.

ña. Las compañías farmacéuticas destinaron a investigación en 2006 más de 844 millones de euros, lo que representa el 18,8 por ciento del gasto total en I+D llevado a cabo por el conjunto de la industria española.

– La industria farmacéutica encabeza la creación de empleo en investigación, con más de 4.600 profesionales dedicados a estas tareas a tiempo completo, lo que representa más del 11 por ciento del empleo total en I+D del conjunto de la industria.

– Se pone de manifiesto el liderazgo de la industria farmacéutica en la generación de patentes dentro del sector industrial español: un 33 por ciento de las empresas farmacéuticas con actividad de I+D en 2006 registraron alguna patente.

Con todo ello, la industria farmacéutica se configura como un sector clave, de enorme importancia estratégica para el crecimiento económico futuro de nuestro país.

En una coyuntura de especiales dificultades económicas, parece claro que España debe apostar por mejorar su competitividad, y para ello desarrollar estrategias, sin duda multifactoriales, que mejoren nuestra capacidad de investigar e innovar. Pero, cuando los requerimientos de atención presupuestaria del gasto público han de reorientarse a atender otros desequilibrios financieros y las crecientes demandas sociales, la única vía para financiar el reto está en hacer más atractiva la inversión en I+D al sector privado. Ello pasa, a su vez, por ser capaces de mejorar el tratamiento fiscal a estas inversiones y establecer un marco predecible, sustentado en desarrollos normativos, que reconozca la innovación y respete los derechos en materia de propiedad industrial en armonía con el resto de la UE.

En recientes declaraciones a un diario económico (*Expansión*, 17 de noviembre, 2008) el Secretario de Estado de Investigación, alentaba a que las empresas farmacéuticas y los grandes filántropos se impliquen aún más en el desarrollo de la I+D+i en España. Todo esfuerzo desde la Administración para estimular la inversión privada en investigación debe ser aplaudido, pero no hay que olvidar que si bien el sector farmacéutico es habitualmente el primero en el que se piensa a estos efectos, éste es ya, de hecho, el que más invierte en I+D globalmente (>17 por ciento sobre ventas), y en nuestro país en particular. Más aun, y ci-

fiéndonos al campo de la investigación biomédica, cabe llamar la atención sobre la escasa participación de otros sectores como el agro-alimentario, muy potente financieramente, y que debería apostar más por acrecentar el conocimiento sobre lo concerniente a temas como la producción de alimentos o la relación entre alimentación y salud, desde sus numerosas facetas.

## Investigación

Respecto a la filantropía orientada a la investigación, ésta debe percibir un trato especial, no solo desde el punto de vista fiscal, sino desde la transparencia y eficiencia en la utilización de los recursos y el seguimiento y valoración de los resultados obtenidos. De lo contrario, no es de prever un aumento por esta vía y el potencial filántropo se verá cada vez menos atraído.

El mecenazgo en España es una asignatura pendiente por muy diversas e históricas razones. Entre nosotros no está instaurada la cultura, ni la idea, de que contribuir al desarrollo del conocimiento es en sí, y debería suponer para el que lo hace, el mayor reconocimiento. Ni se resalta que el mecenazgo científico, además de colaborar con una loable labor investigadora, lo está haciendo con la mejora de la calidad de vida, la salud y el bienestar de todos sus conciudadanos. Ante la inmediatez de los resultados visibles en otros campos como el cultural o el artístico falta, sin duda, sensibilidad, cultura y apoyos, entre otros de los medios de comunicación.

No será fácil equipararnos en investigación a la media europea, ni debería ser éste nuestro primer objetivo. Y no lo haremos en tanto se cree una demanda y apoyo sociales para invertir en ciencia; se constituyan y se arraiguen firmemente instituciones científicas que señalen la ruta a seguir; y las administraciones apoyen y sitúen, de una vez por todas, a la I+D en el lugar prioritario que debe ocupar si en el futuro queremos tener verdadera voz y voto en el concierto internacional.

En la dirección opuesta van quienes apuestan por fragmentar nuestra escasa masa crítica, restándole competencias o capacidades de coordinación al Ministerio de Ciencia e Innovación. Así, difícilmente lograremos crecer como país y acercarnos a nuestros vecinos europeos en materia de I+D. ■

» Resulta imprescindible fomentar y llevar a cabo políticas que incentiven la I+D privada, estimulando, en especial, las decisiones de inversión de los sectores más intensivos en I+D.

» Parece claro que España debe apostar por mejorar su competitividad, y para ello desarrollar estrategias, sin duda multifactoriales, que mejoren nuestra capacidad de investigar e innovar.

# El Termómetro

## Nuevas tecnologías al servicio de la sociedad

**E**spaña está de enhorabuena. La Comisión Europea ha tomado la decisión de que nuestro país organice de nuevo la Conferencia Ministerial sobre *e-health*. Con ésta ya son dos ocasiones en las que nuestro país organiza este evento, que involucra a los 27 países de la Unión Europea. Esta reunión al más alto nivel tendrá lugar en Barcelona del 15 al 18 de marzo de 2010.

La Conferencia Ministerial sobre *e-health*, que se reúne con una periodicidad anual, tuvo su antecedente en la reunión de Málaga en 2006. El nuevo encuentro dedicará una atención especial a apartados tan destacados como la historia clínica digital y la receta médica electrónica, su grado de implantación, su compatibilidad, su impacto global, etc.

El término *e-health* se define como toda información e interacción con herramientas electrónicas que tratan de conectar a los individuos y las comunidades con los servicios de salud de una forma u otra. Este concepto es relativamente reciente en el entorno de la medicina práctica y viene refrendado y sustentado por los procesos y herramientas electrónicas de comunicación. Este entorno engloba un amplio compendio de servicios imprescindibles en la era de la información y las nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación: historia clínica electrónica, receta electrónica, telemedicina, medicina basada en la evidencia aplicada a la investigación y a la práctica clínica, divulgación biomédica y científica a la sociedad, campañas de educación sanitaria y prevención de enfermedades (*Consumer Health Information*), Consejo Médico *on line* (*Health Knowledge Management*), etc.

El INE acaba de publicar su informe anual 2008 de uso de las TIC en España. En ella podemos apreciar cambios significativos de tendencia respecto a otros años. El 51 por ciento de los hogares tiene acceso a Internet. El crecimiento es superior a un millón de hogares en un año. Más de 21 millones de personas de 16 a 74 años utilizan las TIC.

El 61 por ciento de la población ha utilizado el ordenador en los últimos tres meses. Esta cifra es casi cuatro puntos superior a la del año 2007. La proporción de uso de tecnologías de información por la población infantil (de 10 a 15 años) es, en general, muy alta. Así, el uso de ordenador entre los menores es prácticamente universal (94,1 por ciento) y el 82,2 por ciento utiliza Internet. Los usuarios frecuentes de la red superan los 17 millones de personas y el número total de internautas crece un 11 por ciento.

A dos años del apagón analógico, previsto para abril de 2010, el 37,4 por ciento de las viviendas dispone de recepción de televisión digital terrestre (TDT), casi 15 puntos más que en 2007. El 63,6 por ciento de los hogares al menos con un miembro de 16 a 74 años dispone de ordenador en el año 2008. Este porcentaje supera en 3,2 puntos al del año pasado. El 99,2 por ciento de los hogares dispone de teléfono, ya sea fijo o móvil, y el 74,1 por ciento de los hogares dispone tanto de teléfono fijo como de teléfono móvil.

Esta realidad supone un cambio de paradigma, una evolución progresiva de las tendencias clásicas de comunicación en todos los ámbitos. Cada vez más el usuario, el destinatario final, tiene la palabra y la opción de elegir acerca de sus fuentes y herramientas de información, compartiendo inquietudes y conocimiento con aquellos que le ofrecen accesibilidad, eficiencia e inmediatez.

En el ámbito de la salud, la presión asistencial creciente incidirá también en el impulso del cambio y en la ordenación de todo este territorio virtual, a través de generar herramientas de enorme utilidad y gran fiabilidad, que sirvan para aproximar aún más la salud al ciudadano, concediéndole el protagonismo que merece y solicita, ayudando a que su acceso a la información y los servicios mejore, redundando en una mayor satisfacción tanto para el usuario como para el propio sistema. ■



Fernando Mugarza\*

\*Director de Comunicación de PharmaMar. (Grupo Zeltia). Miembro de honor de Forética. Coordinador de RSC del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

# Tipos de pacientes, tipos de médicos

*En el acto médico tiene lugar un proceso psicológico y social, al igual que ocurre en otras esferas de la vida. La satisfacción de los pacientes con la visita médica está muy relacionada con el comportamiento del médico.*



**María Dolores Navarro\***

**A**ctualmente, en nuestras consultas recibimos gran variedad de pacientes. Sin embargo, esta variabilidad no se debe solamente a las características que presentan los pacientes y a sus circunstancias vitales, sino también a características del profesional sanitario como su propia personalidad, sus expectativas, su problemática o situación personal, que harán que percibamos a esa persona que tenemos delante de una forma u otra. Pero, ¿hasta qué punto somos conscientes de esta realidad?

Generalmente, la investigación relacionada con la comunicación médico-paciente se ha centrado en el comportamiento, la información que se intercambia, las preguntas y respuestas que se realizan, o en aspectos relacionados con la comunicación no verbal. Sin embargo, no se ha establecido aún con claridad el efecto de otros aspectos de la relación como, por ejemplo, los motivos y estados emocionales por los que, tanto el médico como el paciente, se comportan de una forma determinada.

Así, se sabe que la satisfacción de los pacientes con la visita médica está muy relacionada con el comportamiento del médico. Diferentes estudios sociológicos han indicado el efecto de que alguien te caiga bien en las relaciones que se establecen con esa persona. En el contexto médico, esos sentimientos o percepciones tienen también su efecto en la forma en que nos comportamos con los demás.

En el acto médico tiene lugar un proceso psicológico y social al igual que ocurre en otras esferas de la vida del ser humano. No sería realista pensar que al médico le han de gustar todos los pacientes por igual. Sin embargo, es necesario tener en cuenta nuestras propias emociones y sentimientos o, en otras

palabras, hemos de ser conscientes del efecto y las reacciones que producen algunos pacientes en nosotros mismos. De esta forma, podremos controlar o modular aquellos comportamientos que pongan en peligro una buena relación.

## Confianza en el médico

Además, la base de la confianza que siente el paciente hacia el médico está en pensar que el profesional tratará por igual a todas las personas, independientemente de sus características físicas o psíquicas. No obstante, características del paciente como la edad, el sexo, la clase social, etc. pueden facilitar un comportamiento determinado por su parte y una reacción concreta del médico. Así, pacientes de un nivel socioeconómico bajo suelen expresarse con más dificultad que una persona mejor educada o con más recursos, utilizando más elementos de la comunicación no verbal en la expresión, por ejemplo, de su sintomatología. Si no estamos atentos a estos signos de la expresión no verbal, podemos perder gran parte de información.

Normalmente, el profesional ofrece más información al paciente cuando éste se encuentra en un nivel socioeconómico elevado. Los pacientes en un nivel más bajo, normalmente, tienen más dificultades para expresarse bien, se pueden mostrar más cohibidos, preguntar menos y, de alguna forma, parecer menos interesados en su salud. Estas “percepciones” o estereotipos pueden confundir a la persona que los recibe e influir en la forma de reaccionar ante ellos.

Otros estudios han valorado las diferencias en el tipo de comunicación que se establece entre médico y paciente en función de la edad de éste último. Así, existe una ten-

» Características del paciente como la edad, el sexo, la clase social, etc. pueden facilitar un comportamiento determinado por su parte y una reacción concreta del médico.

» Los pacientes se pueden clasificar de diversas formas atendiendo al tipo de enfermedad que padecen o a factores como, por ejemplo, sus rasgos psicológicos o de personalidad.

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:

dencia a comportarnos con los pacientes mayores igual que lo hacemos con los niños; es decir, exagerando mucho la entonación, hablando más despacio o haciendo más gestos. Este comportamiento por parte del médico no parece ser debido a que intente sintonizar con su paciente de edad avanzada y que le entienda, sino a que, socialmente, se dan ciertos estereotipos de la ancianidad. También se ha demostrado que damos más información y nos mostramos más cercanos con los pacientes mayores que con los adultos jóvenes.

En cuanto al sexo de la persona, bien sea del médico o del paciente, existen ciertas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a modelos y habilidades de comunicación y también respecto a buscar cuidados de salud. Así, las mujeres tienden a dar más información, a hablar más y a preguntar más. En otras ocasiones, el paciente actúa según las normas sociales, actitudes, creencias y expectativas de la cultura a la que pertenece.

Los pacientes se pueden clasificar de diversas formas atendiendo al tipo de enfermedad que padecen o a factores como, por ejemplo, sus rasgos psicológicos o de personalidad. Así, podemos hablar de pacientes emotivos, tímidos e introvertidos o abiertos, expansivos y extrovertidos.

Atendiendo al tipo de relación establecida con el profesional, el paciente puede presentar determinados perfiles o tipos entre los que destacarían los siguientes:

**Paciente pasivo.** Es propio del tipo de relación más tradicional. Es un paciente que acepta las indicaciones del médico sin prácticamente pronunciar palabra, asiente, obedece. No comunica demasiado.

**Paciente activo.** Es un paciente que se interesa por lo que le ocurre. Suele obtener información adicional a la que le da el médico a través de otros canales como, por ejemplo, Internet. Acude al médico con preguntas concretas, dudas o planteamientos terapéuticos y se suele sentir implicado en el seguimiento de su salud.

Entre ambos tipos de paciente (activo y pasivo) se pueden dar diferentes situaciones por las que la persona enferma actuará de una forma intermedia, acercándose más al tipo pasivo o al tipo activo en función de diferentes aspectos que estén ocurriendo en ese momento, como pueden ser: el tipo de personalidad del paciente, la situación clínica por la que esté pasando en un momento concreto, la actitud que adopte el médico, etc.

En función de las diferentes circunstancias del paciente, éste puede presentar otro tipo de perfil, como paciente crónico, emigrante, víctima de maltrato, al final de la vida, etc. En estas situaciones, el paciente atraviesa por períodos de suma trascendencia, donde las emociones van a jugar un papel importante, no

sólo en él sino también en su familia y entorno más inmediato. Estos pacientes pueden experimentar una serie de reacciones físicas y psicoemocionales como sensación de cansancio o de disminución de la energía, sufrimiento, dolor físico, angustia, ansiedad, depresión y temor a sentirse solo, a la invalidez e, incluso, a la muerte. Ante este tipo de pacientes y ante sus circunstancias vitales, el profesional ha de ser consciente y comprender la fase anímica por la que se está atravesando para facilitar que el paciente encuentre confianza y pueda colaborar con el plan de seguimiento que se haya de instaurar para poder conseguir el máximo de calidad de vida posible.

La clave del éxito como profesionales sanitarios está, una vez más, en que médico y paciente formen parte del mismo equipo. ■



Según el tipo de relación establecida con el médico, los pacientes pueden ser activos o pasivos.

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 63.048

millones de euros asciende el presupuesto del sistema público de salud para 2009.

### 11,6

por ciento más que el año anterior.

### 1.394,8

es el presupuesto per capita como medida nacional.

### 1.615,5

por habitante corresponden a Ceuta y Melilla (Ingresa), el per capita más alto.

### 1.158,6

euros corresponden a la Comunidad Valenciana, el presupuesto por habitante más bajo.

Fuente: Respetivos proyectos de ley.

## TESTAMENTO VITAL

### El 21 por ciento de los médicos de AP plantea a sus pacientes hacer un testamento vital

Aunque la mayoría de los facultativos (74,2 por ciento) considera que el testamento vital puede facilitar la toma de decisiones en la atención al final de la vida, el 76,3 por ciento desconoce cómo formalizarlo. “Los profesionales sanitarios debemos saber informar a nuestros pacientes sobre la posibilidad de hacer testamento vital, facilitando así el proceso de reflexión previo a la elaboración de este documento. Así, cuando llegue el momento de seguir las instrucciones expresadas por el paciente, tanto los médicos como los familiares tendremos una gran ayuda en la toma de decisiones, aunque esto no signifique solventar todos los conflictos inherentes al siempre doloroso proceso de morir”, asegura Carmen Santos de Unamuno, del Grupo de Trabajo de Bioética de Semfyc. “La actitud de los profesionales sobre el testamento vital no es homogénea y varía en función de la especialidad, la experiencia y de las propias creencias”, añadió.



## BOLSA

### 28.000 millones en dividendos

Las empresas que cotizan en la Bolsa española repartirán en 2009 entre sus accionistas unos 28.000 millones de euros, un 20 por ciento más que el año anterior, según estimaciones de los expertos y a pesar de la crisis. Para abrir boca, este mes de enero una veintena de cotizadas rociarán con más de 3.100 millones los bolsillos de los inversores. En este sentido, las empresas más madrugadoras fueron las eléctricas: Iberdrola, Red Eléctrica y Unión Fenosa pagaron el pasado día 2 un dividendo de 0,143, 0,448 y/o, 28 euros por acción, respectivamente. Hay que recordar que el Ibex cerró 2008 con una caída del 34,9 por ciento, la mayor de su historia. Sólo acabó en positivo Unión Fenosa, con un alza del 15,1 por ciento, gracias a la OPA lanzada por Gas Natural.



## RECHAZO POR MAYORÍA ABSOLUTA

### Los médicos reciben con satisfacción el rechazo a la directiva de las 65 horas

Los sindicatos y las organizaciones médicas mayoritarias en España han recibido con satisfacción la decisión del Parlamento Europeo de rechazar, por mayoría absoluta, la directiva que pretendía aumentar a 65 horas la jornada laboral máxima en la UE. “Llevamos cuatro años luchando contra esta modificación”, se ha felicitado Patricio Martínez, secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Esta directiva permitía que el trabajador alargara la jornada laboral hasta 60 horas semanales, calculadas como media sobre un período de tres meses, e incluso hasta 65 horas en ausencia de un convenio colectivo o cuando el período inactivo de la guardia se considera tiempo de trabajo.



## CIENCIA E INNOVACIÓN

## El Ministerio de Ciencia e Innovación se queda con la investigación sanitaria

Estaba cantado, pero no oficializado. El secretario general de Investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación, Carlos Martínez, ha sido nombrado presidente de los patronatos de los centros nacionales de investigación CNIO (oncología), CNIC (cardiovascular) y CIEN (enfermedades neurológicas), dependientes del Instituto de Salud Carlos III. Martínez sustituye en las tres presidencias al ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria. La medida era esperada y también por muchos científicos criticada, que no entienden cómo se puede separar la investigación biomédica de la práctica hospitalaria.



## DÉFICIT DE PROFESIONALES

## Dinamarca, destino laboral de miles de médicos de AP y especialistas

El déficit de médicos que padece Europa se está notando especialmente en Dinamarca, que ya necesita más de 3.500 especialistas, siendo las especialidades más demandadas psiquiatría, las cirugías, radiología, anestesiología, medicina interna y ginecología.

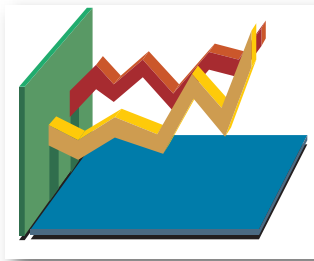
Las ventajas laborales hacen que el país nórdico más meridional se haya convertido en un destino interesante para el médico español: las jornadas son de 37 horas semanales y el sueldo de un profesional con menos de cinco años de ejercicio supera los 43.000 euros netos al año. Según fuentes oficiales del país, Dinamarca necesita ahora mismo 3.500 especialistas en atención hospitalaria. Pero entre las complicaciones que se puede encontrar el médico español, destacan la dificultad del idioma y los altos impuestos con los que el Gobierno grava algunos productos.



## FINANZAS Y MERCADOS

## El Banco Central Europeo realiza la mayor bajada de tipos de interés de la historia

El Banco Central Europeo (BCE) decidió el pasado mes bajar los tipos de interés en la zona euro en 75 puntos básicos, hasta el 2,5 por ciento, en el mayor recorte de la entidad en su historia. Desde la introducción del euro en 1999 el BCE no había realizado nunca reducciones de más de 50 puntos básicos. El presidente de la entidad, Jean-Claude Trichet, insistió tras acordar el recorte de tipos en que persisten los riesgos para el crecimiento. La autoridad monetaria cree que la Eurozona se enfrenta a una recesión económica de hasta el 1 por ciento en 2009, tras revisar a la baja sus previsiones de crecimiento para el próximo año.

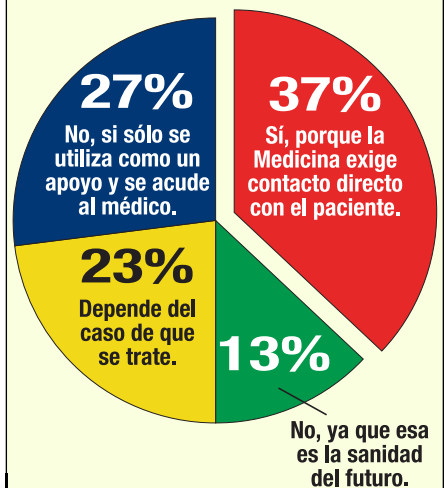


## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

## Medical Economics

¿Considera peligrosa la asistencia médica por Internet?



La mayor parte de nuestros lectores (un 37 por ciento) consideran peligrosa la asistencia médica por Internet. Sólo el 13 por ciento cree que no existen peligros, pues es la sanidad del futuro, mientras el 23 por ciento dice que depende del caso de que se trate y el 27 por ciento no la considera peligrosa si se utiliza como apoyo, y se acude siempre al médico.

Las encuestas vía Internet de Medical facilitan datos que reflejan la participación de los lectores y, por tanto, no tienen validez estadística.

# Economía de la Salud

## en el Área Respiratoria (I)

### ¿Qué hacen los economistas en la Sanidad?



Álvaro Hidalgo\*

**E**l comienzo de un nuevo año suele estar asociado con una serie de nuevos propósitos o ideas para llevar a cabo en los meses que nos esperan. Nos llenamos de promesas para realizar todo aquello que durante el año pasado no fuimos capaces de realizar: saldar esa cuenta pendiente con el inglés, abandonar por fin el tabaco, quedar más con los amigos, hacer deporte o cuidar la línea que se desbordó por los excesos navideños. En muchos casos estos propósitos quedan abandonados en la misma cuesta de enero y se posponen para el año que viene, en el que seguro tendremos algo más de tiempo y mucha más fuerza de voluntad que el presente. En mi caso, el año 2009 comienza con un reto apasionante como es coordinar una sección de economía de la salud en el área respiratoria, que durante 20 números de *Medical Economics* intentará acercar al lector de una forma clara y rigurosa los aspectos esenciales de la economía de la salud y la evaluación de tecnologías sanitarias aplicadas al área respiratoria, gracias al patrocinio de Chiesi.

Pretendo que esta cita se convierta en una ventana al cada vez más importante mundo de la economía aplicada a la sanidad para todos los lectores de *Medical Economics*. Hemos concebido este espacio como un lugar donde diferentes expertos en economía de la salud vayan desgranando los puntos esenciales para comprender qué es y cómo influye la economía de la salud en el abordaje de las enfermedades respiratorias. Ahora bien, nos gustaría que esta sección fuese dinámica y se nutriese de las sugerencias o comentarios que nos pueden hacer llegar al correo electrónico.

Es indudable que el auge de la economía de la salud en los últimos treinta años está íntimamente ligado al aumento muy importante del gasto sanitario en los países de la OCDE. De hecho, de 1960 a 2007 el porcentaje del gasto sanitario total como porcentaje del PIB pasó del 3,79 al 9,93. Por tanto, en 47 años el peso del gasto en sanidad se ha incrementado más del doble en porcentaje

del PIB. De hecho, si tenemos en cuenta que para el año 1960 sólo disponemos de estadísticas para los países más industrializados de la OCDE, podemos pensar que el crecimiento del gasto sanitario total ha sido superior al mencionado anteriormente.

#### Aumento del gasto sanitario

Por tanto, a partir de la década de los setenta, el crecimiento del gasto sanitario permite la entrada de los economistas en los problemas de la salud. Esta entrada se vio reforzada por las características propias del sector sanitario, altamente regulado y con frecuentes cambios en dicha regulación y por la presencia de unas industrias suministradoras del sector, como la farmacéutica, con un papel muy destacado tanto en la financiación de la investigación como en la comunicación social. Las especiales características de la salud y de la atención sanitaria con asimetrías en la información, incertidumbre, riesgo moral, incentivos y dificultades para la medición de la productividad permitieron que los economistas viesan en la salud y lo sanitario un campo muy interesante para aplicar los principios de su disciplina, teniendo un auge creciente y continuo.

Una de las aplicaciones de la economía que ha tenido una mayor aplicación práctica ha sido, sin duda, la evaluación económica de tecnologías sanitarias. La economía es la ciencia de la elección, su objetivo no es otro que ayudar en la toma de decisiones, tiene como fin el maximizar los resultados, teniendo en cuenta que los recursos son limitados y susceptibles de usos alternativos. Podríamos decir que la economía ayuda a hacer lo máximo con los recursos que disponemos, siendo esta premisa especialmente importante en sanidad, donde la salud no tiene precio pero sí coste. Como bien señala David Cutler, economista de la salud de la Universidad de Harvard y uno de los asesores del nuevo presidente electo de EE.UU en materia sanitaria, “no vamos a gastar me-

» La economía ayuda a hacer lo máximo con los recursos que disponemos, siendo esta premisa especialmente importante en sanidad.

» La economía de la salud y la evaluación económica no tienen como objetivo la contención o la reducción del gasto, sino obtener los máximos resultados de salud en la población.

nos, pero conseguir como obtener más valor para nuestro gasto sanitario será la gran cuestión del futuro”.

### Evaluación económica

Por tanto, la economía de la salud y la evaluación económica no tienen como objetivo la contención o la reducción del gasto, sino obtener los máximos resultados de salud en la población dado un presupuesto fijo. La economía es sinónimo de eficiencia y por tanto de bienestar. El despilfarro de recursos es siempre una ineficiencia reprobable en cualquier ámbito social, pero especialmente en materia sanitaria. La economía de la salud, pretende pues, que con el gasto sanitario se consigan los mayores resultados para la salud.

Este objetivo ya nos indica qué aspectos son esenciales para poder aplicar la economía en el campo sanitario: la evaluación de lo que hacemos y de cómo lo hacemos; el estudio de los resultados; la cuantificación de los costes; la comparación de tecnologías sanitarias para seleccionar cuál de ellas es la más eficiente. Todos estos aspectos serán los que abordaremos en los próximos artículos en los que repasaremos cómo se miden los resultados en salud, la medición de los impactos sobre los recursos, qué tipos de estudios de evaluación económica existen o la influencia real que la economía de la salud tiene en la toma de decisiones. Todos estos aspectos teóricos se irán intercalando y mostrando sus aplicaciones en el área respiratoria, abordando desde la carga de la enfermedad de la EPOC o el asma, hasta la presen-

tación de ejemplos de evaluación económica en el área respiratoria.

En resumen, la evaluación económica pretende que evaluemos nuestras decisiones en el campo de la asistencia sanitaria teniendo en cuenta los efectos que éstas producen en la salud y el coste que generan tanto a los individuos como al sistema sanitario. De esta forma, el fin último es la obtención de la eficiencia, que implica que somos capaces de, dados unos recursos escasos y susceptibles de aplicaciones alternativas, obtener para nuestros pacientes el mejor resultado posible. Hay que señalar que en muchas ocasiones el coste más relevante no es el contable, sino el coste de oportunidad. Cuando malgastamos recursos estamos dejando de hacer otras cosas, estamos dejando de tratar a pacientes o de realizar pruebas diagnósticas o de contratar a más personal sanitario. La incorporación de la economía de la salud, en la toma de decisiones permite junto con otras consideraciones tener en cuenta estos aspectos, esenciales para un funcionamiento equitativo de nuestro sistema nacional de salud. Un mayor conocimiento de la disciplina, con un enfoque práctico y orientado al área respiratoria pretende poner sobre la mesa los instrumentos y conceptos que manejan los economistas de la salud para que estos objetivos sean mejor conocidos por el resto de los profesionales y la sociedad. Espero que a lo largo de los próximos artículos este objetivo se alcance, del mismo modo del que esperamos incorporar las sugerencias o temas que los lectores nos hagan llegar a través del correo electrónico. ■



### Para saber más:

Asociación de Economía de la salud ([www.aes.es](http://www.aes.es))

Página de salud de la OCDE ([www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health))

Centre for Health Economics online University of York

(<http://www.york.ac.uk/inst/che/index.htm>)

Economía de la salud. Hidalgo, A. Indalecio, C. y del Llano, J. Ediciones Pirámide. Madrid 2000.

Sección patrocinada por:



# Gestión Profesional

## ¡Los gestores, al poder!



Jose María Martínez García\*

**>> Los gerentes y aspirantes a serlo, se están formando a marchas forzadas en técnicas de empresa, similares a las utilizadas en otros servicios no sanitarios.**

**>> Ningún modelo de cambio, y estamos ahora en ello, es viable para las clínicas si no es realizado por un agente competente, pues todo cambio implica incertidumbres que exigen rectificaciones.**

Los gestores, profesionales formados en escuelas de negocio o, incluso, en facultades de Medicina, liderarán el cambio de la Sanidad en este siglo XXI de todavía corto recorrido y son de carne y hueso, amigos de los buenos proyectos, no de temas ruinosos. La introducción de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, más ligeras, de menor tamaño que las actuales, y de la telemedicina, permitirá aumentar la superficie de los espacios dedicados actualmente a la atención y tratamiento (consultas, quirófanos, “recovery”, etc.), y reducir los de archivos, creándose otros nuevos de lectura o consulta a través de terminal informático.

La incorporación de sistemas de cogeneración o sistemas inteligentes de ahorro de energía y de gestión centralizada de instalaciones, que hoy todavía no son una realidad en casi ningún centro privado existente, llegará a ser una medida frecuente a medio y largo plazo.

Pero las nuevas tecnologías y conceptos de organización no serán los únicos factores que influyan en la transformación de las clínicas. Habrá, al menos, otros dos básicos: los cambios socio-demográficos y los normativos, derivados del aumento de la legislación que regula las infraestructuras sanitarias.

Pero el motor verdadero del inmediato futuro será el gerente, el gestor. Su estructura actual en la mayoría de las clínicas venideras ha surgido ante la necesidad de hacer rentables instalaciones modernas y tecnología avanzada, en continua evolución y, por tanto, en busca de captar pacientes. Hacen falta profesionales, de cualquier disciplina y titulación, que cubran eficazmente las tareas a desarrollar y éste es el proceso actual, el reto. Los gerentes, y aspirantes a serlo, se están formando a marchas forzadas en técnicas de empresa, similares a las utilizadas en otros servicios no sanitarios, o acuden ya preparados desde multinacionales. Es un proceso, afortunadamente, imparabile, donde cualquiera tiene cabida, médicos o no.

El modelo ideal de gestión para los próximos años en las clínicas es algo en lo que cada responsable actual debe reflexionar. Existen muchas fórmulas y razonamientos sobre varios de ellos, y que todavía podemos resumir, desde la base de que sea descentralizada, en seis líneas básicas:

Eficiencia en lo económico, pero también en términos de salud; situar al paciente como eje de la clínica, proporcionándole el máximo confort; tratar siempre de ser líderes en la implantación de tecnología; dedicar una parte de la actividad a la investigación con un comité ético de ensayos clínicos; el personal, médico y no, será el principal recurso siempre; mejorar la comunicación y el acceso a la información, mediante la aplicación de sistemas informáticos apropiados.

El cambio en las clínicas, fundamentalmente privadas, como empresas de servicio, sobre todo el cultural de los próximos años, dependerá más de la consolidación de los gestores que de la elaboración de un modelo de cambio que fije con rigor sus objetivos y sus métodos. Ningún modelo de cambio, y estamos ahora en ello, es viable para las clínicas si no es realizado por un agente competente, pues todo cambio implica incertidumbres que exigen rectificaciones. El futuro de las clínicas depende esencialmente de la capacidad de los gestores de mejorar sus posiciones en la trama de relaciones de la organización y de que su cultura pueda penetrar en el sistema ya antes establecido, ganando influencias y poder, no de forma impositiva, sino captando la confianza del médico propietario y siendo un buen compañero del que dignamente realiza su trabajo sin tener acceso a la propiedad.

Esa simbiosis, que complementará culturas diferentes, será la que permitirá un desarrollo profesional de las clínicas a medio plazo y evitará, en gran medida, amenazas de inversores ajenos al conocimiento de la Medicina, optimizando los hábitos de comportamiento en beneficio de los pacientes. ■

\*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## El 71 % de los usuarios de Internet se informa en la red sobre salud

Los expertos reunidos por Pfizer piden sistemas de valoración y calificación de la información sanitaria en Internet para garantizar la calidad de la misma.

El desarrollo de los sistemas de valoración y de calificación de la información sanitaria en Internet constituye uno de los principales retos actuales a los que se ha de enfrentar la sociedad de la información. Ésta ha sido una de las principales conclusiones del seminario "Internet como fuente de información sanitaria", organizado por Pfizer en colaboración con Google y Web Médica Acreditada. Como expuso Francisco J. García-Pascual, director de Comunicación y Relaciones



De izda. a dcha., Francisco J. García Pascual, Miguel Ángel Mayer, José María García y Antonio Ibarra.

Profesionales de Pfizer, "Internet ha conseguido que la relación tradicional, jerárquica, médico-paciente, se modifique para situarla en una situación de igualdad entre paciente y médico". Según los datos de una encuesta realizada por Google, en España el 71 por ciento de los usuarios acude a Internet para informarse sobre temas de salud. "El aprendizaje de hábitos saludables, la investigación de síntomas concretos o la posibilidad de tener una enfermedad o dolencia son elementos claves que propician la búsqueda de información en Internet", apuntó José María García, director de la división multisector de Google España. Según expuso Miguel Ángel Mayer, director de Web Médica Acreditada, "aún hay muy pocos datos sobre los 'efectos secundarios negativos' relacionados con decisiones de salud tomadas por los usuarios. Es necesario un control de la calidad de los contenidos web sobre temas de salud".

Este seminario sirvió, además, para presentar la nueva web de Pfizer, [www.pfizer.es](http://www.pfizer.es), que, según, Antonio Ibarra, webmaster de Pfizer.es, "cuenta con más contenidos, más actualizados, más accesibles y todos ellos se encuentran interrelacionados". ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

# cristalmina

ANTISEPTICO CON GLUCONATO DE CLOREXIDINA 1%



El antiseptico transparente, eficaz, seguro y rápido

**INDICACIONES DE CRISTALMINA**  
**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USD EXTERNO. **COMPOSICIÓN QUÍMICA:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Gluconato Clorhexidina 1000 mg y Excipientes: Agua Destilada, Polisorbato 80, Agua purificada. **Antiséptico de acción bactericida y fungicida. PREPARACIONES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección segura de la piel, debido a su amplio espectro bactericida, bactericida y fungicida. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, supuritas, sordera, impetigo. Higos recientes, prevención de infecciones en lugares por decubitos. Desinfección de la piel en procedimientos. Desinfección del améigo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Generalización al preparar. **INDICACIONES ADICIONALES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacción cutánea de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Evitar la conjunción ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los ojos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO:** Preservado de la luz. **INTRODUCCION Y SERVIDOR:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 24. **CONTRACCIÓN:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones locales, pasando repetidas tantas veces como se considere necesario. Los ropas sobre las que haya caído CRISTALMINA no se lavarán con agua ni otros líquidos, si se con-ditionan en caliente o a base de perborato sodico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PREPARACIONES:** **OTRAS PREPARACIONES:**  
 Cristalmina solución 1% ..... envase 500 ml      Cristalmina film 1% gel ..... envase 100 g  
 Cristalmina solución 1% ..... envase 125 ml      Cristalmina film 1% gel ..... envase 30 g  
 Cristalmina solución 1% ..... envase 25 ml      Cristalmina Plus solución 1% ..... envase 30 ml  
 Cristalmina solución 1% monodosis

InfoSalvat  
 900 80 50 80  
[info@salvatbiotech.com](mailto:info@salvatbiotech.com)

**SALVAT**  
 innovación y salud

# Tribunales

## Se realizaron las debidas pruebas médicas



Miguel Fernández de Sevilla\*

### Tribunal Supremo

Sala de lo Civil,  
Sentencia 10 de junio  
de 2008

### Hechos

Doña X interpuso demanda de juicio de menor cuantía con el fin de que se condenara a dos médicos, uno internista y otro de guardia, así como al hospital del Imsalud donde había muerto su hijo Z, de 29 años, el 7 de abril de 1990, a pagar 90.000 euros. Z era heroinómano y falleció a causa de una trombosis pulmonar, frecuente en personas adictas a las drogas, por abuso de vías endovenosas, imputando como causa determinante de la muerte el no haber mantenido la vigilia en el enfermo y haberle dado de alta hospitalaria antes del tiempo requerido. Todo lo cual, según la demandante, fue una malpraxis médica y una violación de la *lex artis ad hoc*.

### Fallo

El juzgado desestimó la demanda al entender que la asistencia prestada fue correcta, lo mismo en el servicio de urgencias del hospital que por parte del internista. La Audiencia Provincial de Murcia la confirmó, al entender, con el médico forense, que la trombosis pulmonar sufrida por el paciente fue la consecuencia de alguna flebitis larvada profunda, muy frecuente en los adictos a las drogas, además de considerar que, de haberse observado la hospitalización y mantenido el estado de vigilia del paciente, podría haberse producido de igual forma una parada cardiorrespiratoria y, como consecuencia, el fallecimiento. Por lo cual no se apreció nexos causal entre la conducta de los médicos demandados y la muerte del joven, así como una ausencia de prueba de negligencia en la conducta de los facultativos. El Tribunal Supremo declaró no haber lugar al recurso de casación interpuesto por la demandante por el solo motivo de in-

fracción de las normas del ordenamiento jurídico y la jurisprudencia aplicable al caso.

### ANÁLISIS: Responsabilidad profesional

El único motivo de casación en la presente sentencia se divide en dos: infracción de las reglas de valoración de las pruebas e infracción de la jurisprudencia aplicable al objeto del debate. Se decía que no se habían realizado las debidas pruebas médicas para determinar el grado de intoxicación del paciente, al que no se administraron los medicamentos adecuados y el paciente no debió ser dado de alta y que dada la tendencia a la objetivación de la responsabilidad en la jurisprudencia los demandados debieron demostrar que el suceso era inevitable, especialmente teniendo en cuenta el carácter desproporcionado al fallecer el paciente a las pocas horas de ser dado de alta. La obligación del médico y, en general, del personal sanitario, no es la de obtener en todo caso la curación del paciente, sino la de proporcionarle todos los cuidados que requiera según el estado de la ciencia y de la *lex artis ad hoc*. En cuanto al diagnóstico, la obligación del médico es la de realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias atendiendo al estado de la ciencia médica en ese momento. Sólo la omisión de las pruebas exigibles en atención a las circunstancias del paciente y el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas puede servir de base para declarar su responsabilidad. En cuanto a la responsabilidad profesional, debe descartarse la responsabilidad objetiva y una aplicación sistemática de la técnica de inversión de la carga de la prueba, con lo cual se exige al paciente la demostración del nexos causal o relación de causalidad, cosa que no ocurrió en el caso que nos ocupa, ya que el resultado de muerte podía haberse producido de igual forma aun habiendo prolongado la hospitalización y mantenido el estado de vigila. ■

» No se habían realizado las debidas pruebas médicas para determinar el grado de intoxicación del paciente, al que no se administraron los medicamentos.

» La obligación del médico es la de realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias atendiendo al estado de la ciencia médica en ese momento.

\*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.

Para contactar: mfernandezmor@terra.es

Premios a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente

## Farmaindustria, comprometida con el paciente

La Asociación Nacional de Alzheimer, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y la Asociación Infantil Oncológica de la Comunidad de Madrid, dentro de la categoría de asociaciones de pacientes, han sido galardonados con los Premios a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria en 2008. La Sociedad Española de Reumatología (SER) fue premiada dentro de la categoría de sociedades científicas y profesionales, y Farmacéuticos sin Fronteras dentro de la categoría de sociedad y pacientes. También fueron premiados el suplemento "A tu salud" del diario *La Razón*, en la categoría de medios de comunicación, mientras que el investigador Pedro Alonso recibió el reconocimiento a la trayectoria personal. En estos premios la industria farmacéutica pone de manifiesto su compromiso con los pacientes. ■

V Feria Internacional de la Salud

## Más de 58.000 personas acudieron a Fisalud

La Feria Internacional de la Salud, celebrada en noviembre en Madrid, recibió la visita de más de 58.000 personas, casi cuatro mil personas más que el año anterior. El evento ha permitido a las empresas españolas y extranjeras dar a conocer a los profesionales del sector

los últimos avances en tecnología, equipamiento médico, productos y servicios. En esta V edición se habilitó una zona de acceso exclusivo para los profesionales del sector de la salud, donde las compañías dieron a conocer su oferta global de productos y servicios.



Stand de Medical Economics en la feria.

En este espacio, que ha contado con 14 expositores más que en la pasada edición, el stand de *Medical Economics*, recibió numerosas visitas durante los cuatro días que duró la feria. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

**dertrase**  
POMADA

Complejo enzimático (Tripsina y Quimotripsina) que permite una proteólisis de amplio espectro



Acción desbridante con efecto antiséptico de amplio espectro

**DERTRASE® pomada.** Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido L-carnitil-glucámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesitranolol 200 mg, Nitrofurant (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras térmicas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Fiebre de eritema. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de perno, etc. Posología: Extiéndese una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instalarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones. No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofurant, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 552 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

InfoSalvat  
www.salvat.com  
infosalvat@salvabiotech.com

SALVAT  
innovación y calidad

# Internet y medicina

## Redes sociales para profesionales (I)



Marcial García Rojo\*

» La *wiki* Health 2.0 (<http://health20.org/>) es una comunidad de visionarios, emprendedores, directivos, empresarios y profesionales que están interesados en redefinir el ámbito de la salud siguiendo el modelo de la *web* 2.0.

» Organizedwisdom.com es una de las primeras redes sociales creadas con el fin de promover la investigación en salud e interconectar profesionales de la salud y científicos.

El artículo "Medicina en Red" de Albert-László Barabási, publicado en julio de 2007 en *New England Journal of Medicine*, pone de manifiesto la necesidad de una nueva visión de la Medicina, teniendo en cuenta las interrelaciones y conexiones entre las enfermedades, las cuales forman redes en tres ámbitos: metabólico, clínico y social. No sólo hay que tener en cuenta que las enfermedades pueden estar relacionadas en los aspectos genéticos o metabólicos y así poder averiguar que la obesidad está relacionada con siete enfermedades, como el asma, la lipodistrofia o el glioblastoma cerebral, sino que el estudio de los aspectos sociales (red social), permitirá comprender que el amigo de un amigo de una persona obesa tiene un 20 por ciento más de probabilidad de ser obeso. El término *Human 'Diseaseome'* de Marc Vidal y Albert-László Barabási, describe gráficamente los enlaces entre diversas enfermedades, siendo conscientes que la clasificación genética de las enfermedades es insuficiente.

Con el fin de mantener, actualizar y ampliar este extenso cuerpo de conocimientos de la Medicina, y poder abordar no sólo el conocimiento de cada patología sino la complejidad de las interconexiones entre enfermedades, se han creado comunidades de científicos en Internet, al abrigo de las tecnologías *web* 2.0. La *wiki* Health 2.0 (<http://health20.org/>) es una comunidad de visionarios, emprendedores, directivos, empresarios y profesionales que están interesados en redefinir el ámbito de la salud siguiendo el modelo de la *web* 2.0.

Las redes sociales de uso general como MySpace, Twitter.com o Facebook, permiten que familiares, amigos o compañeros de trabajo estén comunicados y conectados, pudiendo intercambiar conte-

nidos en *blogs* y grupos, o participar en votaciones. Además de las redes sociales existentes en Internet creadas para pacientes, como [tudidiabetes.com](http://tudidiabetes.com) o [huspital.com](http://huspital.com), también existen redes sociales en las que profesionales de la salud y científicos confluyen, utilizando herramientas similares a las utilizadas por pacientes, en este caso para mejorar sus conocimientos científicos.

Algunas de las aplicaciones o utilidades más frecuentemente utilizadas para interconectar usuarios en las redes sociales son *widgets* (lista de mensajes cortos con avisos de respuestas y enlaces a páginas personales), *twihir* (aplicación cliente utilizada en dispositivos móviles para mensajes cortos o "microblogging" que permite conectarse a varios servicios como Twitter, Pownce y Jaiku), o *bookmarklet* (un marcador que utiliza aplicaciones sencillas, generalmente en *javascript*, que se ejecutan para hacer más dinámica la visita a un sitio *web*, mostrando imágenes o información sobre los enlaces).

Organizedwisdom.com es una de las primeras redes sociales creadas con el fin de promover la investigación en salud e interconectar profesionales de la salud y científicos, incluyendo selecciones de recursos *online* creadas por expertos, divididas en áreas (WisdomCards). Sus contenidos permiten conocer las relaciones de diversas enfermedades entre sí, por ejemplo, la relación entre enfermedad de Alzheimer, obesidad, diabetes, e insuficiencia coronaria, con servicios de actualización vía *e-mail*, RSS o mensajes cortos (*twitter*). Con una visión más global, dirigida a todo el mundo científico, también está disponible ResearchGATE.net que tiene el objetivo de acercar la información a los científicos y convertirse en una herramienta esencial de la llamada comunidad Ciencia 2.0. ■

\* Médico especialista de Anatomía Patológica. Coordinador de Sistemas de Información del Hospital General de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud. E-mail: [marcial@cim.es](mailto:marcial@cim.es)

## Castilla y León invertirá más de 5 millones en investigación biomédica

Los expertos reunidos por Medical Economics, resaltaron la importancia de la investigación en Atención Primaria frente a la "primacía" habitual de la hospitalaria.

Javier Castrodeza, director general de Salud Pública e Investigación de la Junta de Castilla y León, aseguró que esta comunidad "apuesta decididamente por el impulso de la investigación biomédica, cuyo presupuesto para 2009 es de 5.383.000 euros, con cerca de 200 proyectos en marcha y más de 1.200 profesionales". Castrodeza hizo estas declaraciones en el marco de la jornada "Los retos de la I+D+i en la Sanidad de Castilla y León", organizada por *Medical Economics*, con la colaboración de Bayer Sche-



De izda. a dcha., Gonzalo San Segundo, Abraham Herrera, Javier Álvarez Guisasola, Honorio Bando, Juan José Mateos y Manuel García Abad.

ring Pharma. La primera parte de la sesión, dedicada al análisis de la I+D+i actual, puso de relieve la necesidad de incorporar a la AP en la investigación, tesis defendida por Bonaventura Bolívar, director científico del IDIAP (Instituto de Investigación en AP Jordi Gol, de Barcelona), quien expuso la amplia experiencia de este centro, pionero en España, en dicha tarea. En términos parecidos se manifestó Eugenio Santos, director del Centro de Investigación del Cáncer, de Salamanca, quien destacó "el papel clave que han de ejercer los hospitales universitarios como ejes de conexión entre unidades de investigación clínica y básica". La jornada se cerró con la presentación de la obra *Un compromiso con la Sanidad; la promoción integral de la Salud*, de Honorio Bando Casado, vicepresidente del Instituto para la Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) y miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*. Fue presentado por el editor de la misma, Manuel García Abad, quien destacó "el perfil del autor en su compromiso real con la Sanidad española desde distintos ámbitos, colaborando en su desarrollo tanto en la vertiente de formación y asistencial, como de impulso al área de investigación y docencia". ■

A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

**SKIN FOAM**

el apósito de espuma que mim a herida y su entorno

"NO ADHESIVOS" FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

- Suave
- Gran control del exudado
- No se adhiere al lecho ulceral
- Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

InfoSalvat  
800 80 83 80  
infosalvat@salvat.es www.salvat.com

**SALVAT**  
www.salvat.com

# Hasta que la muerte nos separe



Por Soumitra Sarkar

A veces olvidamos lo que significan para nosotros las personas que queremos. Este médico nos lo recuerda.

“No es probable que ocurra durante la noche”, dijo el médico de urgencias. “Es mejor que le comuniquemos al marido la decisión de no reanimarla”.

Era un viernes por la tarde y ya estaba llegando a casa cuando mi teléfono empezó a sonar: era del servicio de Urgencias. Una mujer de 80 años con cáncer de colon en estado muy avanzado había ingresado en la UVI con problemas respiratorios. Llamé a mi mujer para decirle que llegaría tarde y me dirigí rápidamente al hospital.

Después de un rápido examen médico y de revisar sus pruebas, supe que la paciente estaba a punto de morir. Miré a su marido, un anciano con la cara profundamente arrugada y

una espalda tan encogida que para mirar recto tenía que estirar del todo el cuello. Lo conduje hacia una pequeña salita cerca de la UVI, acompañado por un trabajador social. El hombre andaba muy despacio, arrastrando los pies, estoy seguro de que cada paso le causaba un dolor terrible. Se sentó y empecé a explicarle el diagnóstico de su mujer.

- “Tiene que salvarla”, me dijo.
- “Señor, su mujer está muy enferma, tiene un cáncer terminal, además de neumonía y septicemia”, respondí. “Sería inútil intubarla y conectarla a un respirador. Con eso sólo conseguiríamos alargar su agonía”.
- “¿Diría lo mismo si se tratase de su madre o de su mujer?”.

- “Por supuesto”, dije con aparente convicción, aunque mi respuesta no sonó demasiado creíble, incluso para mí. Realmente no sabía si actuaría de esa forma ante una situación similar.
- “Quiero que haga todo lo que pueda”, dijo. Quiero que viva, aunque sólo sea durante unos días más, no puedo vivir sin ella.

Se me rompió el corazón. Normalmente, este tipo de situaciones acaban con la familia del paciente siguiendo mis instrucciones y recomendaciones. Me sentí un poco furioso con aquel anciano. Obviamente, él sabía lo enferma que estaba su mujer y lo inútiles que resultaban los tratamientos, pero él quería que la intubásemos, que le realizásemos masajes cardíacos y descargas. ¿Cómo podía ser tan cabezota?

Aunque mi corazón me dijera lo contrario, tenía que aceptar su decisión. La intubaron y la conectaron a un respirador, ordené que le hicieran radiografías del tórax, llamé al neumólogo y esperé en la UVI hasta que la paciente se estabilizó.

Mientras conducía por las solitarias calles de camino a casa, no podía quitarme de la cabeza la imagen del anciano al lado de su mujer, cogiéndole de la mano mientras las lágrimas caían por su mejilla. Cuando llegué a casa, todo estaba a oscuras y todos estaban ya en la cama. Cogí una almohada y una manta y me acosté en el sofá del salón. De esa manera, por lo menos mi mujer podría descansar. Estaba inquieto, no paraba de dar vueltas. La imagen del hombre aún me perseguía.

## ‘No puedo dejarla sola’

Retomé el trabajo al día siguiente, por la mañana. Cuando llegué a la UVI, me encontré al anciano exactamente igual que la noche anterior: sentado en la silla, encorvado y dándole la mano a su mujer. Sus ojos se iluminaron al verme.

“¡Doctor, está mejor!”, me dijo emocionado. “Me ha apretado la mano. Se pondrá mejor, estoy seguro”.

Las enfermeras me dijeron que el hombre apenas se había movido durante la noche, sólo para ir al baño. En ese momento, sentí compasión por él. Después de la noche que había pasado sin dormir en el sofá, me dolía la cabeza, el cuello y la espalda, pero era joven y saludable. ¿Cómo se debía sentir aquel hombre, que sufría de artritis, después de haber pasado toda la noche en el sofá?

Después de haber examinado a la mujer y de haber dado mis indicaciones, le dije si quería ir conmigo a la cafetería.

“No puedo dejarla sola”, me dijo sencillamente pero con un tono firme.

Más tarde, volví a la UVI y lo encontré exactamente en la misma posición. Decidí hablar con él seriamente.

“Tiene que comer, moverse un poco y dormir”, le supliqué. “Su mujer estará mucho tiempo en el hospital y si no se cuida es posible que usted también caiga enfermo y, ¿entonces, quién cuidará de ella?”

Esas palabras le hicieron reaccionar y accedió a acompañarme a la cafetería, sólo tras asegurarse de que las enfermeras me avisarían si algo le sucedía a su mujer.



A ti, que das la piel  
por tus  
pacientes  
Salvat la da por ti.

**SureSkin<sup>®</sup> II**   
APÓSITOS HIDROCOLOIDES  
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO  
POR LA  
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide  
**tan flexible y  
adaptable como la piel**

Aun así, sólo comió una sopa y un poco de pan. Nos sentamos en la cafetería, y empezamos a charlar mientras yo sorbía mi café y él mojaba pequeños trozos de pan en la sopa. Masticaba muy despacio y con bastante dificultad.

Su mujer y él llevaban casados más de 60 años y habían vivido en Europa del Este. Él había sido pintor; ella, pianista. Tenían una frugal, pero feliz vida. Durante la guerra, los nazis los arrestaron, los separaron y fueron obligados a estar en campos de trabajo. Ella trabajaba en una fábrica de armamento en Stuttgart y él hacía algunos trabajos con un grupo de soldados. Estuvieron separados unos dos años.

sitar a su madre una vez después de que le diagnosticaran cáncer seis meses antes.

“Es un buen chico, ¿qué podemos hacer?”, dijo su padre. “Allí tiene su propia familia y está muy lejos de nosotros”.

### Una lección de amor

La mujer murió tres días después. Su devoto marido apenas se movió de su lado durante el tiempo en que médicos y enfermeras entraban y salían corriendo de la habitación.

Le puse mi mano en la espalda y le dije que había muerto. Su cuerpo se convulsionó y empezó a llorar. Rápidamente se repuso, se secó las lágrimas y entró en la habitación. Desde fuera, vi cómo cogió entre sus manos

«Le puse mi mano en la espalda y le dije que su mujer había muerto. Su cuerpo se convulsionó y empezó a llorar»»



“Ésa fue la peor época de mi vida”, dijo el anciano mientras sus ojos se llenaban de lágrimas. “No me importaba si hacía frío, si tenía hambre o si tenía que hacer cierto tipo de trabajos. Lo único que me importaba era cómo estaba mi mujer”.

“Sus preciosas y delicadas manos, con las que tocaba tan bien el piano, se vieron obligadas a fabricar bombas que mataron a miles de personas. Ella lo pasó muy mal y yo no podía hacer nada por protegerla. Juré que si algún día nos volvíamos a encontrar no la dejaría nunca sola”.

Después de la guerra, lograron reunirse y vivieron en muchos países europeos antes de llegar a los Estados Unidos a principios de los 50. Se establecieron en Nueva York y después se mudaron a California. Tenían un hijo que se había ido a vivir a Australia hace 20 años. Éste había ido a vi-

la de su esposa, acariciándola y hablando dulcemente con el cuerpo sin vida de la mujer.

Nunca más lo volvió a ver, pero un médico me dijo que había muerto un par de semanas más tarde. Después de que sus vecinos se alertaran por no haberlo visto en varios días, la policía se personó en su casa y descubrieron que yacía muerto en su cama abrazando una foto de su esposa. Había muerto mientras dormía plácidamente. No me sorprendió. Sabía que su vida ya no tenía sentido sin su mujer a su lado.

Cuando llegué a casa, abracé fuertemente a mi mujer. Como el anciano y su esposa, habíamos pasado muchas cosas juntos, habíamos cambiado nuestras tranquilas vidas para mudarnos a otro lugar y empezar de nuevo. Habíamos pasado por muchos apuros. En ese momento, miré a mi mujer con un nuevo sentido de admiración y amor. Ella había estado conmigo en los buenos momentos, pero también en los malos. Habíamos disfrutado del nacimiento de nuestros dos hijos, y también habíamos llorado juntos cuando el mayor estuvo hospitalizado un mes. No teníamos a nadie, sólo nos teníamos el uno al otro.

Lloré en silencio mientras la abrazaba, prometiéndome a mí mismo que nunca la dejaría sola. Había salvado muchas vidas y ahora veía la mía pasar por delante lentamente. El anciano me había enseñado el valor de la devoción y del verdadero amor. ■

# Una alimentación sana, una mejor salud

Estas sencillas preguntas pueden animar a los pacientes a cambiar sus hábitos alimenticios y a perder peso.

Por Samuel N. Grief

**N**osotros los médicos tenemos muchas restricciones en nuestro valioso tiempo profesional, por eso no resulta tan sorprendente que tratar los hábitos alimenticios de un paciente no sea prioritario si existen otros casos médicos más urgentes en la lista de prioridades. Sin embargo, una mala alimentación afecta directamente a la mayor parte, sino a todas, las enfermedades crónicas que afligen a la mayoría de nuestros pacientes.

A continuación, les presento una lista para sus pacientes de breves preguntas que usted puede plantear para fomentar el debate sobre nutrición. Puede abordarlas en una consulta de 15 minutos de duración.

Y, si su paciente sufre una enfermedad relacionada con algún problema de peso, podrá tomar la decisión más acertada, tras realizarle los oportunos análisis.

**¿Es feliz con su peso actual?** La mayoría de los pacientes reconocen que su peso no es el adecuado. Un acercamiento objetivo es la clave para descubrir los secretos que atañen a las aflicciones y a los problemas de sus pacientes a causa de su peso. Después, puede ir más lejos e investigar sus intentos

por adelgazar, sus logros y fracasos y sus metas.

**¿Desayuna?** La mayoría de los pacientes que sufren obesidad y sobrepeso no desayunan regularmente.

Tanto comer rápido como saltarse alguna comida, conducen a una mala alimentación y a un metabolismo ineficiente. Además, el desayuno proporciona una oportunidad estupenda para nutrir el cuerpo con una porción de fibra, vitaminas y minerales, y energía para las actividades del día. Estas preguntas importantes podrían iniciar un provechoso debate que mantener con su paciente.

**¿Cuánto agua bebe al día?**

El agua es el disolvente universal del cuerpo. Hasta el 60 por ciento del cuerpo se compone de agua. Hidratar el cuerpo –sobre todo antes de las comidas– ayuda a:

- ▶ Lubricar el revestimiento del estómago para la comida acompañante mientras diluye ácido y reduce la posibilidad de sufrir ardores y reflujo.
- ▶ Llenar parcialmente el estómago, lo que evita comer en exceso.



- Licuar la comida que se ha consumido, haciendo más fácil la digestión. También favorece el transporte de vitaminas y minerales a través del estómago.
- Mejorar la eliminación de comida tóxica y de productos de descomposición de bebida a través de los riñones.

El agua debería ser la bebida predilecta por todos. Beber agua es especialmente importante para la población anciana, ya que la sensación de sed disminuye de manera natural con el paso de los años. Cuanto más agua se consume, mayor es la posibilidad de prevenir la deshidratación, sobre todo en los días calurosos y húmedos.

**¿Quién compra los comestibles y dónde los compra?** La mayoría de la gente adquiere la comida en la tienda de comestibles o supermercado del barrio, pero ¿qué pasa si no hay ninguna cerca? Desplazarse una larga distancia para conseguir alimentos frescos no es una opción para los ancianos, o para aquellos que dependen del transporte público y tienen que caminar hasta la tienda de la esquina para comprar lo que haya. Los residentes de las zonas céntricas pobres suelen tener menor elección de alimento, sobre todo de productos frescos, ya que las tiendas de comestibles son más pequeñas y su selección es limitada.

Si alguien más aparte del paciente hace la compra, es importante hablar también con esa persona. Puede enterarse de hasta qué punto el precio es un factor a la hora de comprar y si el paciente necesita asistencia alimenticia por parte de los departamentos de Asuntos Sociales. Asimismo, debería asegurarse de que el encargado de la compra sabe qué tipo de comida puede reducir o agravar los síntomas del problema médico del paciente.

**¿Cuál es su comida favorita?** Conocer las preferencias culinarias del paciente le dará una mayor perspecti-



va de sus hábitos alimenticios que una simple pregunta general sobre su dieta. Si un paciente responde, por ejemplo, que le gusta comer carne de cerdo y hamburguesas, usted puede discutir los beneficios y perjuicios de comer productos del cerdo en exceso, incluyendo temas como las proteínas, la sal, la grasa y las calorías. Si el paciente disfruta tomando almendras para merendar, usted puede hablarle de otros tentempiés que pueden complementarlas, como los higos, las pasas, u otros frutos secos. De cualquier manera, estamos hablando de lo que quiere comer, no de lo que no quiere comer.

**¿Cómo prepara los alimentos normalmente?** Esta pregunta allana el terreno para discutir maneras de cocinar más sanas. Usted podría sugerir sofreír o cocer al vapor las verduras en lugar de saltearlas, por ejemplo, o asar a la parrilla la carne y no freírla. “Eres lo que comes”. Compartir este

habitual aforismo con sus pacientes puede parecerle aburrido y trillado, pero no hay nada más cierto. Transmitir el valor de una buena alimentación y su relación directa con el corazón, hígado o cerebro, más sano, puede producir un impacto que cambie la vida de sus pacientes. ¿Quiere un corazón mejor? Consuma más alimentos que contengan grasas buenas para el corazón. ¿Ojos más sanos? Coma más frutas y verduras que aporten betacaroteno y vitamina A. La lista continúa. Usted juzgará si es mucho o poco lo que su paciente quiere aprender. Buena suerte y recuerde: unos buenos hábitos alimenticios serán muy beneficiosos para usted y para sus pacientes. ■



# Los jueves de Medical Economics

## Asistencia médica y prescripción por Internet Riesgos y ventajas



*Una nueva modalidad surge en la relación médico-paciente: la consulta a través de Internet, que presenta más riesgos que ventajas, debido a que, entre otras cosas, se trata de una actividad insuficientemente regulada. Para analizar y debatir esta realidad en auge, MEDICAL ECONOMICS celebró el pasado 11 de noviembre una jornada que contó con la participación de Ricardo de Lorenzo, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario; Juan M. López de Letona, catedrático de Medicina Interna; y Pedro Torrabadella, socio fundador de Advance Medical. Bajo la dirección de Guillermo Sierra, el acto estuvo moderado por Gonzalo San Segundo, director asociado de la revista.*

**Suplemento coordinado por G.S.S.**

Con la colaboración de



**NUTRICIA**





**RICARDO DE LORENZO**

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario y socio-director de De Lorenzo Abogados.

## “Es primordial que el médico escuche y explore al paciente”

Factores críticos de la consulta on line son: la falta de intimidad y confidencialidad de los datos sanitarios, y la calidad de la información y del servicio. Por ello es necesario proporcionar seguridad jurídica al profesional.

**E**n la relación médico-paciente a través de Internet hay que hacer una distinción entre dos grandes planos de aplicación: gestión de la asistencia y prestación de la propia asistencia mediante la realización de consultas médicas vía Internet, conocida como *cibermedicina*. El usuario realiza una consulta sobre su situación médica en un portal *web*, abonando una cantidad, limitándose toda la relación médico-paciente a una comunicación a través de Internet. Esta última situación es la más preocupante, ya que se resquebraja la comunicación médico-paciente tradicional en la que es primordial que el médico escuche y explore al paciente, aspecto que en ningún caso debería ser sustituido.

Frente a las grandes ventajas de la denominada consulta *on line*, son también de apreciar una serie de desventajas, que implican que tenga que conocerse fehacientemente la regulación que el ordenamiento jurídico hace de la prestación sanitaria. Sobre la consulta *on line* pesa el riesgo de la falta de intimidad y confidencialidad sobre los datos sanitarios, aunque es difícil separar los ámbitos privados dentro de un escenario público por naturaleza como es Internet. Otro factor crítico es la calidad de la información en línea, pues aspectos importantes como confiabilidad, accesibilidad y suficiencia encontradas en Internet son variables y van desde lo útil hasta lo peligroso. Es necesario que el paciente pueda constatar la existencia de un título profesional y la correspondiente inscripción del profesional sanitario o de la sociedad profesional en el colegio profesional.

Lo anteriormente expuesto pone de manifiesto la necesidad de articular una regulación adecuada de la utilización de estas nuevas tecnologías, que otorgue seguridad jurídica al profesional sanitario que utilice las mismas y, a la vez, que proporcione al pa-

ciente las máximas garantías jurídicas al respecto. Analizaré ahora una serie de cuestiones que derivan de la realidad actual sobre asistencia médica y prescripción en Internet.

**¿Se cumplen las normas deontológicas?** No parece que la asistencia sanitaria y la prescripción por Internet constituyan *a priori* un inconveniente para la aplicabilidad y eficacia de las sanciones deontológicas, puesto que el uso de Internet permite que quede constancia de la intervención del profesional sanitario en el caso en cuestión, pudiendo servir dicha constancia para que el paciente pueda dirigirse a la Comisión Deontológica de la Organización Colegial e informar de la actuación profesional del colegiado. Cuestión distinta sería la relativa a la acreditación de la personalidad, colegiación y competencia profesional del sanitario que diagnostica o aconseja al paciente vía Internet.

**¿Se respeta la intimidad de los pacientes y la confidencialidad de sus datos?** El imprescindible respeto a la confidencialidad de los datos sanitarios puede y debe, pues, ser garantizado mediante el cumplimiento correcto de la normativa sobre protección de datos de carácter personal y, en lo que respecta a la comunicación de datos a través de redes de comunicación electrónica, utilizando mecanismos cifrados u otros sistemas que garanticen que la información no sea inteligible ni manipulada por terceros.

**¿Puede suplir Internet la relación médico-paciente?** Aunque resulta deseable una mezcla de nuevas y menos nuevas tecnologías en la relación existente entre el profesional sanitario y el paciente, parece claro que, en el momento presente, las nuevas tecnologías constituyen un medio auxiliar para el profesional sanitario pero que, en

modo alguno, sustituyen a la relación directa médico-paciente. Según la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, es el médico encargado del paciente a través del proceso dialógico en que consiste la información, quien tiene que proporcionar la información adecuada y suficiente al paciente.

### ¿Cómo se podrían exigir las responsabilidades médicas en caso de que surgiera controversia?

En mi opinión, la responsabilidad profesional por la prestación de asistencia médica en Internet seguiría planteándose en los mismos términos que hasta el presente. El elemento fundamental para la exigencia de responsabilidad profesional por la utilización de Internet vendría determinado por la concurrencia de los siguientes requisitos: existencia de un daño antijurídico, acción u omisión productora del daño imputable a un facultativo, relación de causalidad entre los dos requisitos anteriores y ausencia de fuerza mayor, correspondiendo la carga de la prueba del daño al paciente. Es de advertir que los órganos jurisdiccionales, cuando resulta muy dificultoso al paciente la prueba de los hechos, vienen aplicando criterios de responsabilidad objetiva, siendo de presumir que los mismos se utilizarían con mayor profusión en el caso de los daños presuntos producidos por la utilización de Internet para la prestación de la asistencia sanitaria.

### ¿En qué casos se deben utilizar estas técnicas y cómo están reguladas en la actualidad?

La utilización de estas técnicas resulta posible en los casos y con las condiciones expuestas: control deontológico, salvaguarda de la confidencialidad de los datos sanitarios a través de la aplicación de las medidas de seguridad previstas en el ordenamiento jurídico y teniendo en cuenta que su debida utilización puede ser una causa generadora de responsabilidad a la que, con un elevado porcentaje de probabilidades, se aplicarían criterios objetivos de responsabilidad por parte de los órganos jurisdiccionales, invirtiéndose la carga de la prueba y atribuyéndose al médico la prueba de que la asistencia sanitaria prestada fue correcta. Es de señalar que una de las causas más típicas de exigencia de responsabilidad a los profesionales sanitarios por daño moral la constituye la falta de prueba de la prestación de la información sanitaria al paciente por parte del médico y, en este punto, la jurisprudencia se in-

clina de forma mayoritaria por atribuir la misma a los sujetos responsables de proporcionar la información, es decir, los profesionales sanitarios o los centros sanitarios. Además, el ordenamiento jurídico sanitario dispone que debe dejarse constancia en la historia clínica de haberse proporcionado la información, existiendo a estos efectos un problema con relación a la proporcionalidad de la información vía *on line* puesto que el facultativo no tiene fehaciencia, en muchos de estos casos, salvo la existencia de un código o clave inmodificable entre médico y paciente, de que su interlocutor *on line* sea verdaderamente el paciente y no un familiar u otra persona que se pudiera hacerse pasar por él. Nada parece impedir, no obstante, que una copia del proceso dialógico informativo mantenido *on line* entre médico y paciente pudiera incorporarse, como medio de prueba de la prestación de la información a la historia clínica.

### Requisito de entregar al paciente un informe oficial completo.

Tanto la normativa como la jurisprudencia vienen exigiendo que se entregue a los pacientes instrucciones por escrito, tras la realización de la diagnosis o tratamiento. Hay muchas demandas deducidas contra dichos profesionales que se entablan porque los abogados del paciente son capaces de demostrar que el médico no dio instrucciones completas al paciente.

### Problemática que plantea la revelación de secretos y los consejos telefónicos.

La revelación de secretos resulta un problema esencial en el caso del empleo de la consulta *on line*. Para que los médicos no incurran en dicho tipo delictivo, es recomendable que se advierta que no accedan a los datos sanitarios de los pacientes sin estar autorizados—es decir si no tienen a su cargo directamente al paciente en el momento del acceso— y que eviten la revelación a terceros de dichos datos sanitarios. En lo afectante a la emisión de consejos o instrucciones por Internet, vía móvil, o PDA, es frecuente que haya pacientes que telefonan al profesional sanitario o contactan vía Internet con el mismo, pidiendo asesoramiento. Si la llamada telefónica no estaba fijada de antemano y la efectúa un paciente sin relación con ningún médico del servicio, el único consejo que debería darse al paciente es que acuda personalmente a dicho servicio. ■



De izda. a dcha., Gonzalo San Segundo, Ricardo de Lorenzo, Pedro M. Torrabadella Reynoso, Juan Martínez López de Letona, Manuel García Abad, Guillermo Sierra y Enrique Bermejo, director general de Nutricia.



Raúl del Mazo (izda.), director comercial de SPA (Grupo Drug Farma), y José Antonio Fernández, de Schering-Plough.



Ricardo de Lorenzo, flanqueado por Manuel Martín y Lourdes García, ambos del Departamento de RR.II. de Chiesi.



Guillermo Sierra (izda.), debate con López de Letona y Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de Indas.



De izda. a dcha., Gonzalo San Segundo, Julián Ruiz Ferrán, socio director de Medical Finders; Marisa Calderón y Honorio Carlos Bando Casado, consejero de dirección del ISCIII.



De izda. a dcha., Felipe Chavida, presidente de Idepro, José Antonio Martínez Pérez director de la revista DPM; Guillermo Sierra; Jerónimo Fernández Torrente, vocal de AP de la OMC y Enrique González, de Drug Farma.



De izda. a dcha., Ricardo de Lorenzo, Manuel García Abad, Juan Martínez López de Letona y Pedro M. Torrabadella.



Gonzalo San Segundo (izda.) y Guillermo Sierra (dcha.) durante la presentación de la jornada.



Los asistentes, entre ellos el senador Jesús Aguirre, debatieron sobre la nueva realidad médico-paciente a través de Internet.



Honorio Bando, vicepresidente de Fundadeps y Felipe Chavida, presidente de Idepro, entre los asistentes a la jornada.



Los asistentes a la jornada siguieron atentamente las ponencias y el posterior debate.



A la jornada asistieron numerosos médicos de familia, interesados por la asistencia a través de Internet.



Ricardo de Lorenzo disertó acerca de la necesidad de proporcionar seguridad jurídica al profesional.



Juan Martínez López de Letona se centró en las ventajas y desventajas de la telemedicina.



Pedro M. Torrabadella durante su intervención.



Aspecto general de la sala en el madrileño hotel AC Cuzco.



PEDRO M.

TORRABADELLA REYNOSO

Médico nefrólogo y socio fundador de Advance Medical.

## “Es imposible ayudar a un paciente si no ha visto antes a un médico”

En la segunda opinión médica obtenida a través de Internet se consulta a los expertos más adecuados para cada caso, sea el país que sea, tanto por su prestigio como por sus habilidades de comunicación.

**E**l punto esencial es que Internet no es nada mágico, representa únicamente un canal más, con sus limitaciones y sus ventajas. El peligro más importante es que puede ser muy útil y, como los medicamentos, puede tener efectos secundarios. Las nuevas tecnologías tienen peligros que hay que conocer. Una de las primeras cosas que hicimos al fundar Centro Médico Virtual fue crear un comité de bioética propio para que nos asesorara externamente, y demostró muchísima utilidad. Acreditamos la empresa en la Generalitat de Cataluña y desarrollamos una metodología que velaba sobre todo por el *primum non nocere*.

### Segunda opinión

Para nosotros es básico que exista una visita presencial previa. Creemos que no es posible ayudar a un paciente si no ha visto a un médico antes. Una vez que un paciente ha visitado a un médico y se le plantea una duda, aceptamos darle una segunda opinión a distancia. No es algo que se proponga para sustituir nada, es algo para añadir. No debemos quitarle la posibilidad al paciente de acceder al conocimiento experto de una persona que, por la distancia o por la dificultad de identificar quién es el más adecuado, no va a acceder sin la ayuda de alguien experto en esto.

El segundo punto sería la historia clínica completa y detallada. El informe previo es preceptivo, puesto que si no hay representaría que no ha tenido una primera opinión, pero la historia, el acto médico que se realiza a distancia tiene que ser hecho por un médico entrenado. Únicamente tenemos en la empresa médicos formados a través de la vía MIR y con una solidez y una formación continuada a la que obligamos y que mantenemos. Lo importante no es el canal a través del que te comunicas con el paciente, sino cómo le puedes ayudar a distancia.

El siguiente paso sería el análisis pormenorizado. Para ello desarrollamos una serie de cuestionarios para poderlo hacer a través de Internet sin la ayuda del médico, o sea, que en el fondo es un poco de *check list* que hace que sea más exhaustiva la anamnesis. En nuestra experiencia siempre se ha hecho una segunda revisión por un médico que no ha llevado el caso directamente. Hay un médico consultor que lleva el caso y éste comenta el caso con otro, se revisa y en el caso, incluso, de que haya dudas se hace una sesión con todo el equipo para decidir cómo se hace. A continuación está el tema de la traducción y la revisión de la traducción. Hay muchos expertos hispanoparlantes y en muchas ocasiones nos apoyamos en éstos que viven en España o en Estados Unidos, o donde sea, y hablan español.

Por último estaría el tema de la identificación del experto, que es el *quid* de la cuestión. Aproximadamente nuestro promedio es de 1,5 expertos por caso. Y esto no es sólo en base al prestigio. En nuestro proceso de selección, utilizamos mucho el *peer review*, utilizamos mucho el Medline, utilizamos el *curriculum* de los expertos pero después, con la práctica, te das cuenta de que realmente también es muy importante cómo es capaz de explicarse ese médico y qué habilidades de comunicación tiene. Con los informes que tengamos de uno o de varios expertos, se envía un informe en papel, aparte de que se envíe por Internet. Pero más que este documento, está el hecho de que el médico que ha llevado el caso, el médico consultor, se pone a disposición del paciente, le llama y le dice: “¿Lo has entendido? ¿Cómo podemos ayudarte? ¿Qué vas a hacer?...”, y asegurarse de que el lenguaje, aunque siempre se pide que sea comprensible para el paciente, sea didáctico y no técnico, que el paciente ha entendido fehacientemente lo que se le dice. ■

## “No soy ningún apóstol de Internet ni tengo una fe ilimitada en su futuro”

*¿Qué es lo sustantivo de la acción del médico?, se pregunta el autor. Y responde: “La exploración y el interrogatorio, la recogida personal de datos de la historia que el enfermo no relata”.*

**S**oy un convencido de la enorme utilidad del instrumento que representa Internet. Lo que pasa es que no soy en absoluto ningún apóstol del medio ni tampoco tengo una fe ilimitada en su utilidad, ni siquiera en su futuro. Desde el punto de vista de lo que se nos plantea en la relación médico-enfermo, lo que ha aportado Internet no es más que un mecanismo poderosísimo a algo que es lo clásico. Lo fundamental en Internet es disponer de buenas bases de datos y buscadores útiles.

¿Qué es lo sustantivo de la acción del médico?, es decir, ¿qué es lo irremplazable con todas las técnicas actuales? A veces les digo a mis alumnos que el futuro de la medicina podría ser que a la entrada de todos los hospitales o de consultas privadas numerosas exista un cuadro como el que hay en los aeropuertos, donde uno pasa y en lugar de detectar si lleva metales o no, uno obtenga una imagen completa del sujeto y eso reemplazaría en gran parte a la exploración física. De hecho, la exploración física es un arte perdido. Es una pena que se haya perdido el arte de la Medicina, porque la exploración y muchas veces el interrogatorio se reemplazan por estas otras técnicas.

Hay algo que el médico hasta ahora no ha sustituido y es muy difícil que se sustituya, que es la recogida personal de datos de la historia que el enfermo no relata, es decir, la sucesión de síntomas o cosas que sólo el enfermo nos dice porque no son comprobables, no los podemos repetir, o signos que observados por el enfermo los confirmamos y recogemos nosotros primero. De manera que la recogida de datos es el elemento fundamental, tanto que en mi práctica privada, que siempre ha sido individual, eso es lo que no he dejado nunca en manos de otros, porque cuando lo ha hecho otro antes que yo lo he tenido que re-

petir. Si no pregunta uno, si no se entera, no vale lo que otro nos cuente, cualquiera sabe si es verdad o no. Lo que nosotros vemos es nuestra verdad.

Mi definición de telemedicina es: la utilización en medicina de telecomunicaciones y técnicas que permiten prestar la atención sanitaria a distancia o recopilar e intercambiar también a distancia la información, que puede estar relacionado o no con la prestación anteriormente señalada. Y sus aplicaciones en general van desde la citación de los enfermos, expender recetas, mensajes de médico a enfermo y a la inversa, transmisión de imágenes, consultas entre médicos hasta la adquisición de información de la red.

¿Qué es lo que se ha hecho en el campo de la telemedicina? Ustedes mismos habrán visto que hay muchos hospitales que ya funcionan sin radiografías. Uno se lleva las radiografías en su *pendrive*.

### Telemedicina

Desde el punto de vista del enfermo, si éste utiliza Internet como fuente de información propia a pesar de su excelencia, puede inclinarse a pensar que sus conocimientos están a la altura del profesional.

Y, en el caso de una consulta: ¿qué garantías puede ofrecer una consulta sin presencia, sin relación médico-enfermo? Problemas que se han tocado aquí: la confidencialidad, la veracidad. ¿Se aprecia la opinión proporcionada? ¿Se aprecia lo que no se paga? Hay que pagarlo para apreciarlo. ¿Quién paga? ¿Pagará el enfermo o pagará un tercero que aceptará estas consultas como segunda opinión? ¿Es legal cobrar honorarios? Y la responsabilidad penal y civil del médico vinculado a esto es otro problema que creo que merecerá la discusión. ■



JUAN MARTÍNEZ

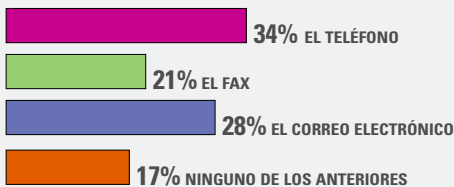
**LÓPEZ DE LETONA**

*Catedrático de Medicina Interna de la Universidad San Pablo-CEU y presidente de la Fundación HM.*

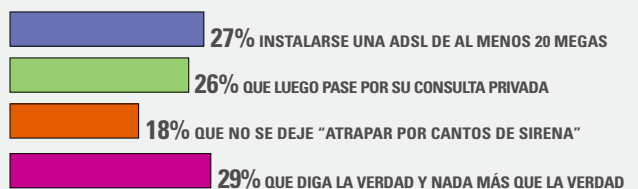
# La comunicación, elemento esencial en la consulta médica por Internet

La utilidad del consejo de un médico y la calidad de una segunda opinión emitidas a través de Internet dependerá, en buena medida, de la capacidad de comunicación o habilidades comunicativas del facultativo o experto, según la encuesta interactiva de la jornada.

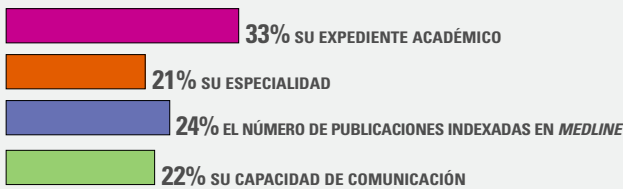
1.- En la comunicación médico-paciente hay canales que han sido expresamente prohibidos por la legislación vigente:



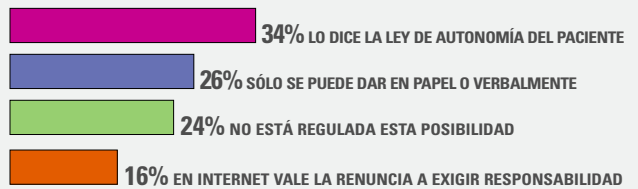
5.- Si usted fuera cibernético, ¿qué recomendaría a su paciente virtual?:



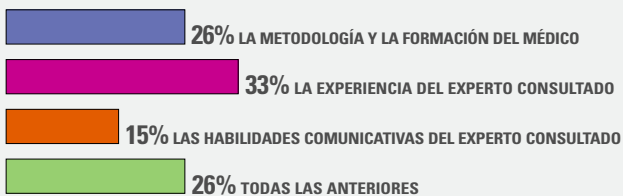
2.- La utilidad del consejo de un médico vía Internet depende de factores inherentes al facultativo. ¿Cuál es el más determinante?:



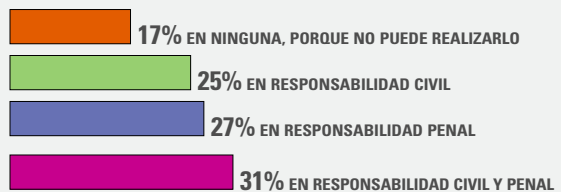
6.- ¿Puede darse el consentimiento informado a través de Internet?:



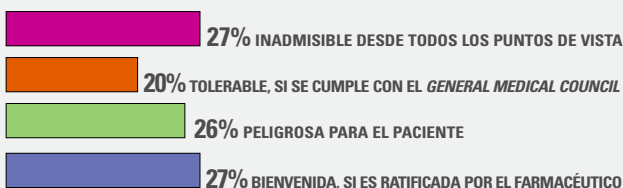
3.- La calidad de una segunda opinión emitida a distancia depende de:



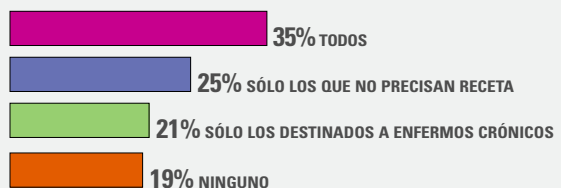
7.- ¿En qué tipo de responsabilidad incurre el médico que hace un diagnóstico virtual equivocado?:



4.- La prescripción de medicamentos en Internet resulta:



8.- ¿Qué tipo de medicamentos se pueden prescribir por Internet?





Changing tomorrow

Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas. Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

Aspiramos a descubrir las soluciones médicas del futuro para los problemas de salud de hoy. Astellas tiene el compromiso de alcanzar el éxito que conlleva cambiar el mañana.

TRASPLANTE  
UROLOGÍA  
DERMATOLOGÍA  
ANTI-INFECIOSOS

 **astellas**  
Leading Light for Life

# Por qué *nunca* hemos sido demandados

Este médico y sus compañeros se han mantenido alejados de los juzgados casi 30 años. He aquí algunas pautas para seguir su ejemplo.

Por Ralph D. Caldrony

**E**l médico que nunca ha sido demandado es una rara especie en peligro de extinción. Digo esto porque he trabajado como testigo en juicios por malpraxis más de 10 años, cada vez con mayor frecuencia. Mi experiencia legal me ha ayudado a adquirir una nueva percepción de lo que los pacientes y los abogados demandantes consideran que es un motivo para entablar una demanda por negligencia. Esto me ha llevado a preguntarme por qué nunca se ha presentado una demanda por negligencia contra nuestros seis médicos de reumatología y medicina interna en casi 30 años de ejercicio. ¿Se trata exclusivamente suerte?

He revisado muchos casos en los que médicos competentes y doctos fueron demandados debido a las expectativas poco realistas de los pacientes que negaban que la suerte es un factor fundamental (¡toque madera!). Pero también puedo decir con certeza que hemos creado un sistema infalible que reduce nuestro riesgo.

Usted también puede hacerlo. A continuación, le presento los puntos clave.

**Documente hasta la saciedad.** El detonante más común en un caso de negligencia contra un médico de Atención Primaria es un fallo en el diagnóstico. Dudo que nuestra agudeza en los diagnósticos sea mejor o peor de lo normal, pero sé que invertimos considerablemente más

tiempo y esfuerzo que la mayoría de nuestros compañeros en documentar nuestros procesos. Pagamos cantidades extra por el lujo de la transcripción interna. A cambio conseguimos anotaciones legibles en un tiempo mínimo. Esto nos permite individualizar nuestros apuntes mucho mejor de lo que es posible con la plantilla que aparece en muchos de los historiales sanitarios electrónicos.

Como ejemplo, un apunte titulado “dolor de pecho: preparar prueba de esfuerzo lo antes posible” resultará insostenible en un juicio si el paciente sufre un episodio cardíaco grave. Compare esto con mi valoración del dolor de pecho del paciente: “Dudo que se trate de una cardiopatía isquémica, pero teniendo en cuenta los múltiples factores de riesgo cardíaco, realizaremos una prueba de esfuerzo lo antes posible; si los síntomas del paciente se intensifican y/o desarrolla síntomas en estado de reposo; debemos ser informados inmediatamente”. Acompañaremos esto con los detalles de la medicación que hemos recetado y con las pruebas que hemos ordenado. Recuerde, la norma en los juzgados es: “Si algo no está escrito, no se ha hecho”.

También adjuntamos a los expedientes mensajes adhesivos resaltados en colores con las tareas específicas para documentar la renovación de las recetas, las preguntas de los pacientes y nuestras instrucciones. Registramos el momento en el que se generó el mensaje y en el que se

## Puntos clave

» Establezca horas determinadas en las que esté fácilmente disponible para los pacientes.

» Comunique la información complicada a los pacientes.

» Revise todos los datos del expediente.

» Seleccione en persona, no por teléfono.

» Líbrese de los pacientes que son sumamente problemáticos.



respondió y lo que recomendamos. (Es decir: “Por favor, vuelva a la consulta para evaluación más exhaustiva”).

**Revise el expediente.** Tenemos una norma: nada se incluye en un expediente hasta que un médico lo ha revisado y aprobado. Esto significa que todos los apuntes, las pruebas de laboratorio, los informes de radiología, los mensajes de los especialistas y los informes clínicos deben estar firmados con iniciales. Hacemos esto para asegurar que una mamografía anormal o un antígeno específico de la próstata, por ejemplo, no son desatendidos.

**Comuníquese con sus pacientes.** Esto suena trillado, pero es muy importante. Hacemos grandes esfuerzos para que haya una persona y no una máquina, que conteste las llamadas, y lo haga lo más rápido posible. Normalmente devolvemos las llamadas en pocas horas, pero no antes de que el expediente entero esté acabado junto con los demás mensajes del médico. Esto conlleva un poco más de tiempo, pero tener el expediente completo cuando se devuelve la llamada ahorra muchos problemas. También escribimos cartas a los nuevos pacientes y a los pacientes fijos que vienen por una revisión anual. Esto proporciona un refuerzo escrito de nuestros planes para los tratamientos o seguimientos y una documentación en caso de que se juzguen nuestras acciones.

**Esté disponible.** Generalmente vemos a los pacientes con problemas urgentes el mismo día; e incluso, en los días repletos de citas, intentamos atender también a los que no padecen enfermedades urgentes y que llaman y piden ser vistos cuanto antes.

Asimismo, proporcionamos cuidados tanto a los pacientes hospitalizados como a los externos, lo que parece una combinación en vías de extinción en Atención Primaria. Este sentido del compromiso nos es muy útil en otra esfera que los demandantes mencionan a menudo cuando se les pregunta por qué denuncian el sentimiento de abandono. Esto no menosprecia a los médicos de asistencia hospitalaria, que pueden ser muy útiles para un médico de Primaria. Sin embargo, los pacientes y sus familias normalmente quieren que su médico, a quien conocen y en quien confían, esté disponible y no tengan que ser atendidos por un médico de asistencia hospitalaria desconocido, no importa lo competente que sea. El elemento de compensación para nosotros, por supuesto, es el duro trabajo de las guardias, pero es mejor pasar una noche en urgencias que una mañana en los juzgados.

**Seleccione.** En la medida de nuestras posibilidades hacemos la selección en persona y no por teléfono. Es decir, preferimos ver a los pacientes antes de mandarlos a un especialista o a urgencias (excepto en una urgencia real, por su-



(Arriba): Dos compañeros del autor, Barry Schumer y Ewa Bak, que ayudaron a crear el sistema que proporciona una asistencia excelente a los pacientes y reduce la responsabilidad objetiva.

(En fotografía pequeña): Ralph Caldrony, el autor del relato, que actualmente se encuentra con las Reservas del Ejército de Estados Unidos en Irak.

puesto). Aunque el resultado son horarios repletos y quejas por parte de los pacientes, es un buen ejercicio de la medicina y puede proporcionar una buena defensa.

A los abogados demandantes les gusta alegar que haber derivado al paciente a un especialista hubiera evitado el suceso desfavorable. Aunque pongo en duda que sea una decisión acertada, a menudo es lo que los profanos en la materia suponen. Por eso somos liberales con este tema, incluso cuando admitimos que tienen como objetivo una mayor tranquilidad y que pretenden satisfacer el deseo de una familia de tener una segunda opinión.

La selección también incluye a los pacientes que presionan para conseguir nuevas recetas a largo plazo sin ser atendidos antes. De una manera educada pero firme, insistimos para que

**Realice mantenimiento de salud.** Aunque parece evidente que un paciente que mide 1,52 metros y pesa 100,70 kilos, que fuma dos paquetes al día y que bebe demasiado alcohol no puede más que saber que su estilo de vida es altamente peligroso, le sorprendería saber cuántos abogados demandantes y jueces asumen que es nuestra responsabilidad ser los vigilantes de los estilos de vida. Usted debe documentar todos sus esfuerzos por cambiar los hábitos poco saludables, no importa lo vanos y repetitivos que crea que son. También animamos a los pacientes a que se sometan a exploraciones y procedimientos de probados beneficios: colonoscopias, pruebas de Papanicolau, mamografías, etc. Hay que admitir que algunas intervenciones de rutina, como las exploraciones del antígeno específico de la próstata, no han demostrado asegurar la supervivencia. Sin embargo, nosotros realizamos estas pruebas porque los pacientes consideran que son parte de la atención habitual. Y, como muchas consultas, utilizamos un organigrama de pruebas realizadas para recordar lo que ya se ha hecho y lo que queda por hacer.

**Elimine las “manzanas podridas”.** Según mi experiencia, los pacientes y las familias a los que nadie puede satisfacer son los más dispuestos a demandar. Por eso a veces los rechazamos. Con todo, “despedir” a un paciente debe hacerse con tacto, selectivamente, y rara vez.

Documente sus razones para no atender al paciente en el expediente, utilizando un lenguaje neutral y no incendiario. Procure que la carta de despido sea lo más “aburrida” posible, y ofrézcase a traspasar los informes y ayude al paciente en la búsqueda de un nuevo médico y garantícele que usted le proporcionará atención sanitaria de urgencia durante un período de tiempo concreto, normalmente 30 días.

Como ya se habrá dado cuenta, nuestro sistema no sale barato. Parte del coste se centra en pagar por un personal de calidad en número suficiente. Estamos dispuestos a sobrepasar lo normal para un grupo de nuestro tamaño; en consecuencia, nuestros gastos generales son mayores que los de muchos de nuestros competidores. Gran parte del precio se paga indirectamente, a través de las horas extra no remuneradas que se invierten en documentación, comunicación, selección, gestión de los pacientes y autoeducación. Esto puede agotar nuestro tiempo y energía, pero nos ha ayudado a evitar problemas legales. Incluso así, sigo tocando madera. ■

## «Los pacientes y las familias a los que nadie puede satisfacer son los más dispuestos a demandar»

pacientes como esos pasen por la consulta al menos una vez al año. De nuevo, no sólo se trata de un buen ejercicio de la medicina, sino también de una manera de evitar problemas. La selección se extiende también a nuestras decisiones en cuanto a las hospitalizaciones. En general, pecamos de prudentes. Aunque esto conlleva un factor bastante problemático (sobre todo con los procesos de autorización de los planes de salud), asegura al paciente y a su familia que estamos haciendo todo lo que podemos.

**Manténgase al corriente.** La presión del grupo, táctica pero evidente, hace que nos mantengamos al corriente no sólo dentro de nuestra consulta, sino también dentro de la red de referencia en nuestro hospital de tercer nivel. Si usted no conoce el nivel que corresponde a su comunidad, no puede esforzarse por alcanzarlo o superarlo. También estamos concienciados de la importancia de la educación médica continuada e informamos a los empleados acerca de las nuevas tendencias. No permitimos a las aseguradoras decirnos qué se espera de la atención que dispensamos. Ser proactivo más que reactivo requiere muchas horas extra de trabajo y esfuerzo no remuneradas, pero nos ha librado de pasar más de una tarde con una demanda a costas y un abogado agresivo.

# Adiro®

Ácido acetilsalicílico con recubrimiento entérico

**ADIRO 100® y ADIRO 300®**, comprimidos recubiertos. Para una información más detallada, la Ficha Técnica completa de esta especialidad se encuentra a disposición de los profesionales sanitarios. **Nombre de la especialidad:** Adiro® 100, Adiro® 300. **Composición cualitativa y cuantitativa:** Cada comprimido de Adiro® 100 contiene 100 mg de ácido acetilsalicílico. Cada comprimido de Adiro® 300 contiene 300 mg de ácido acetilsalicílico. **Forma farmacéutica:** Comprimidos recubiertos. **Indicaciones terapéuticas:** Está indicado en la profilaxis secundaria tras un primer evento isquémico coronario o cerebrovascular de: Infarto de miocardio, angina estable o inestable, angioplastia coronaria, accidente cerebrovascular no hemorrágico transitorio o permanente, reducción de la oclusión del injerto después de realizar un by-pass coronario. **Posología y forma de administración:** Se recomienda administrar de 100 a 300 mg/día. Los comprimidos deben ingerirse con ayuda de algún líquido después de las comidas. Por su forma galénica de liberación retardada, Adiro® 100/300 no está indicado en el infarto agudo de miocardio. Sin embargo, si en el caso de urgencia debe recurrirse a su utilización, se recomienda triturar el comprimido o bien masticarlo con el fin de acelerar la absorción del ácido acetilsalicílico. Dosis superiores no han mostrado mayor eficacia y aumentan el número de complicaciones. **Contraindicaciones:** No administrar en caso de: Úlcera gastroduodenal activa, crónica o recurrente; molestias gástricas de repetición. Antecedentes de hemorragia o perforación gástrica tras el tratamiento con ácido acetilsalicílico u otros antiinflamatorios no esteroideos. Asma. Hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico o a cualquiera de los componentes de esta especialidad, a otros salicilatos, a antiinflamatorios no esteroideos o a la tartrazina (reacción cruzada). Enfermedades que cursen con trastornos de la coagulación, principalmente hemofilia o hipoprotrombemia. Insuficiencia renal o hepática grave. Pacientes con pólipos nasales asociados a asma que sean inducidos o exacerbados por el ácido acetilsalicílico. Niños menores de 16 años con procesos febriles, gripe o varicela, ya que en estos casos la ingesta de ácido acetilsalicílico se ha asociado con la aparición del Síndrome de Reye. Tercer trimestre del embarazo a dosis superiores a 100 mg/día. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Debe evitarse la administración de ácido acetilsalicílico antes o después de una extracción dental o intervención quirúrgica, siendo conveniente suspender su administración una semana antes de dichas intervenciones. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos se asocia con la aparición de hemorragia, ulceración y perforación del tramo digestivo alto. El riesgo aumenta con la dosis, en pacientes ancianos y en pacientes con antecedentes de úlcera gástrica, especialmente si se complica con hemorragia o perforación. Los pacientes deben acudir a su médico en caso de aparición de melenas, hematemesis, astenia acusada o cualquier otro signo o síntoma sugerente de hemorragia gástrica. Si aparece cualquiera de estos episodios, el tratamiento debe de interrumpirse inmediatamente. Siempre que sea posible deberá evitarse el tratamiento concomitante con medicamentos que puedan aumentar el riesgo de hemorragias, especialmente digestivas altas, tales como corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes. En el caso de que se juzgue necesario el tratamiento concomitante, éste deberá realizarse con precaución, advirtiendo al paciente de posibles signos y síntomas (melenas, hematemesis, hipotensión, sudoración fría, dolor abdominal, mareos) así como la necesidad de interrumpir el tratamiento y acudir inmediatamente al médico. Además, este medicamento deberá administrarse bajo estrecha supervisión médica en caso de: hipersensibilidad a otros antiinflamatorios/antirreumáticos, deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, urticaria, rinitis, hipertensión arterial. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** **INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS:** Otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), corticoides, diuréticos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, anticoagulantes orales, trombolíticos y antiagregantes plaquetarios, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II, otros antihipertensivos (-bloqueantes), insulina y sulfonilureas, ciclosporina, vancomicina, interferón, alcohol. **INTERACCIONES FARMACOCINÉTICAS:** litio, metotrexato, uricosúricos, antiácidos, digoxina, barbitúricos, zidovudina, ácido valproico, fenitoína. **Interacciones con pruebas de laboratorio:** El ácido acetilsalicílico puede alterar los valores de las siguientes determinaciones analíticas: Sangre: aumento (biológico) de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, amoniaco, bilirrubina, colesterol, creatina kinasa, creatinina, digoxina, tiroxina libre, lactato deshidrogenasa (LDH), globulina de unión a la tiroxina, triglicéridos, ácido úrico y ácido valproico; aumento (interferencia analítica) de glucosa, paracetamol y proteínas totales; reducción (biológica) de tiroxina libre, glucosa, fenitoína, TSH, TSH-RH, tiroxina, triglicéridos, triiodotironina, ácido úrico y del aclaramiento de creatinina; reducción (interferencia analítica) de transaminasas (ALT), albúmina, fosfatasa alcalina, colesterol, creatina kinasa, lactato deshidrogenasa (LDH) y proteínas totales. Orina: Reducción (biológica) de estriol; reducción (interferencia analítica) de ácido 5-hidroxi-indolacético, ácido 4-hidroxi-3-metoxi-mandélico, estrógenos totales y glucosa. **Embarazo y lactancia:** **EMBARAZO:** El ácido acetilsalicílico atraviesa la barrera placentaria. El uso de salicilatos en los 3 primeros meses del embarazo se ha asociado en varios estudios epidemiológicos con un mayor riesgo de malformaciones (paladar hendido, malformaciones cardíacas). Con dosis terapéuticas normales, este riesgo parece ser bajo. Los salicilatos sólo deben tomarse durante el embarazo tras una estricta evaluación de la relación beneficio-riesgo. Si se administra ácido acetilsalicílico durante el primer y segundo trimestre del embarazo, la dosis debería ser lo más baja posible y la duración del tratamiento lo más corto posible. Esta contraindicación su uso en el tercer trimestre del embarazo. Su administración en el tercer trimestre puede prolongar el parto y contribuir al sangrado materno y neonatal y al cierre prematuro del ductus arterial. **LACTANCIA:** Se excreta a través de la leche materna, por lo que no se recomienda su utilización durante el periodo de lactancia debido al riesgo de que se produzcan en el niño efectos adversos. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** No se han descrito. **Reacciones adversas:** Los efectos adversos del ácido acetilsalicílico son, en general, infrecuentes aunque importantes en algunos casos. En la mayor parte de los casos, los efectos adversos son una prolongación de la acción farmacológica y afectan principalmente al aparato digestivo. El 5-7% de los pacientes experimenta algún tipo de efecto adverso. Las reacciones adversas más características son: Trastornos gastrointestinales frecuentes (1-9%): úlcera gástrica, úlcera duodenal, hemorragia gastrointestinal (melenas, hematemesis), dolor abdominal, dispepsia, náuseas, vómitos. Trastornos respiratorios frecuentes (1-9%): espasmo bronquial paroxístico, disnea grave, rinitis. Trastornos de la piel y tejido subcutáneo frecuentes (1-9%): urticaria, erupciones cutáneas, angioedema. Trastornos de la sangre y sistema linfático frecuentes (1-9%): hipoprotrombemia (con dosis altas). Trastornos generales poco frecuentes (<1%): síndrome de Reye (en menores de 16 años con procesos febriles, gripe o varicela. Ver Apdo. 4.3). Trastornos hepato biliares poco frecuentes (<1%): hepatitis (particularmente en pacientes con artritis juvenil). Con dosis superiores a las de este preparado en tratamientos prolongados pueden aparecer: trastornos generales, trastornos del sistema nervioso, trastornos psiquiátricos, trastornos del oído y del laberinto, trastornos de la piel y tejido subcutáneo, trastornos renales y urinarios. El tratamiento debe ser suspendido inmediatamente en el caso de que el paciente experimente algún tipo de sordera, tinnitus o mareos. En pacientes con historia de hipersensibilidad al ácido acetilsalicílico y a otros antiinflamatorios no esteroideos pueden producirse reacciones anafilácticas o anafilactoides. Esto también podría suceder en pacientes que no han mostrado previamente hipersensibilidad a estos fármacos. **Sobredosificación:** Dada la naturaleza del preparado, la posibilidad de una intoxicación accidental es muy reducida. La sintomatología de la sobredosificación incluye cefalea, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, respiración rápida, confusión mental, náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. El tratamiento es sintomático, incluyendo emésis, lavado gástrico y administración de carbón activado. En casos graves, administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodiálisis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En el caso de una supuesta sobredosis, el paciente debe mantenerse bajo observación durante por lo menos 24 horas, puesto que durante varias horas pueden no ponerse en evidencia los síntomas y niveles de salicilato en sangre. **Relación de excipientes:** almidón de maíz, polvo de celulosa, copolímero de ácido metacrílico tipo C, dodecilsulfato de sodio, polisorbato 80, talco, citrato de trietil. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar en su envase original en condiciones normales de humedad y temperatura. **Naturaleza y contenido del envase:** Envase con 30 comprimidos. **Presentaciones:** Envase de 30 comprimidos de 100 mg PVP (IVA); 2,42 €. Envase de 30 comprimidos de 300 mg PVP (IVA); 2,67 €. **Nombre y dirección del titular de la autorización de comercialización:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S.L. Av. Baix Llobregat 3-5 - 08970 St. Joan Despl., Barcelona **Fecha de la revisión:** Junio 2004

CONVOCATORIA



fundación Lilly

## PREMIOS FUNDACIÓN LILLY DE Investigación Biomédica Preclínica y Clínica 2009

1. Podrán ser candidatos a los premios los investigadores de carácter **preclínico** (investigación básica orientada a la obtención de conocimiento con aplicación biomédica) y **clínico** (investigación sobre humanos), que desarrollen su actividad en España, en centros sanitarios y/o centros de investigación, públicos o privados.
2. Los candidatos a los premios deberán ser propuestos por personas o instituciones del ámbito científico Biomédico o de las Ciencias de la Salud.
3. Las propuestas se formalizarán mediante carta dirigida al director de la FUNDACIÓN LILLY, y los formularios debidamente cumplimentados que se encuentran en la página web de la Fundación: [www.fundacionlilly.com](http://www.fundacionlilly.com)
4. Plazo de presentación de propuestas desde el 10 de diciembre de 2008 hasta el 10 de febrero de 2009, ambos inclusive.
5. Reunido el Jurado calificador, los investigadores ganadores recibirán los premios y ayudas en un Acto Académico organizado por la FUNDACIÓN LILLY.

Esta convocatoria, se registrará por sus bases (publicada en B.O.E, diciembre 2008), y que los interesados podrán obtener asimismo en: [www.fundacionlilly.com](http://www.fundacionlilly.com)

FUNDACIÓN LILLY, c/ María de Molins 3, 1ª - 28006 Madrid  
Tel.: 91 781 50 70 - Fax: 91 781 50 79 - E-mail: [fundacionlilly@lilly.com](mailto:fundacionlilly@lilly.com)

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA  
PRECLÍNICA 2009

200.000€

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA  
CLÍNICA 2009

150.000€



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer, S.L.  
Av. Baix Llobregat 3-5 - 08970  
St. Joan Despl., Barcelona  
[www.bayerscheringpharma.es](http://www.bayerscheringpharma.es)

# La comunicación con el paciente mejora la salud y ahorra costes

Cuando entre médico y paciente existe entendimiento, es decir, cuando hay comunicación entre ambos, la salud del enfermo mejora y el sistema se ahorra costes. Lo aseguran y prueban sesudos informes de expertos. Pero en la comunicación, una de las asignaturas que el médico español tiene pendientes, lo importante no es lo que se dice, sino cómo se dice.



---

Mesa redonda coordinada  
por **Gonzalo San Segundo**  
Director asociado

---

La comunicación con el paciente es una de las asignaturas que el médico de este país tiene pendiente. Son excepciones las facultades de Medicina donde se imparte esta disciplina. Pero algunas entidades profesionales y escuelas de negocio la incluyen en sus programas en forma de master o cursos especiales. La comunicación asistencial resulta vital para que se sustancie con calidad y eficiencia la relación médico-paciente, o sea, el acto médico, tanto en el contexto humano como en el profesional. Y es esencial para el buen fin de la asistencia sanitaria. Así, surgen, entre otras, dos preguntas básicas desde el punto de vista del médico: ¿qué hay que comunicar? y ¿cómo hay que hacerlo? No siempre todo lo que hay que decir al paciente se le dice y menos si éste o sus familiares no lo preguntan. El dilema brota en cómo hay que decir lo que se comunica, y aquí las malas noticias y cómo enfrentarse verbalmente al pacien-

te agresivo cobran un protagonismo especial. Para responder a éstas y otras cuestiones, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda en la que participaron Pilar Arranz Carrillo de Albornoz, directora técnica del Instituto Antae de Madrid y psicóloga experta en comunicación con pacientes; Luis Martínez Hervás, subdirector de Información y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; María Dolores Navarro Rubio, presidenta del Foro Catalán de Pacientes y subdirectora de la Fundación Josep Laporte; José Antonio Prados Castillejo, vicepresidente de Semfyc y coordinador del Diploma de Comunicación de dicha sociedad científica; e Isabel Salazar Bernard, psiquiatra y responsable de la asignatura de Comunicación en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela. La moderación del acto corrió a cargo de José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista.

**MEDICAL ECONOMICS:** *El paciente requiere una información transparente, calculada, renovante, comprensible y hablada con la mejor evidencia disponible. ¿Cumple el médico estos requisitos?*

**MARÍA DOLORES NAVARRO:** Hay profesionales que sí cumplen esos requisitos. Cualquier ciudadano accede fácilmente a mucha información y tomamos la salud como algo propio, algo que podemos conocer y sobre lo que nos gustaría opinar. Sin embargo, los profesionales de la salud, en este caso los médicos sobre todo, estamos aún anclados en una enseñanza que nos capacita el tener unas habilidades técnicas muy importantes, el conocer mucho el último avance de la evidencia científica, pero que nos está dejando qui-

zá de lado cómo lidiar con temas de comunicación.

**PILAR ARRANZ:** La comunicación es una asignatura pendiente del médico, porque hasta el momento en la relación médico-paciente, que estaba más encajada en el paradigma del paternalismo, era más sencillo comunicar. Desde el momento en que crece el derecho fundamental de la libertad en nuestro país, los pacientes quieren tomar parte en la toma de decisiones que afectan a su salud. Nos encontramos con un nuevo paradigma: mantener una relación de tipo deliberativo, no de corte paternalista. Esto significa que se deberían incorporar herramientas, actitudes, habilidades y conocimientos para hacer frente a las nuevas dificultades de este tipo de re-

lación, que se basa, sobre todo, en el respeto y en la opción a elegir.

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** El médico gasta mucho tiempo y mucho esfuerzo en informar, porque creo que no ha habido una buena formación. Todavía no somos muy conscientes del efecto que tiene el no informar como se debe. Nosotros videgrabamos muchas entrevistas para que el médico vea cómo informa, y visto desde fuera se ha dado una información correcta y, sin embargo, le preguntas al paciente y el paciente sale diciendo que no le han informado. ¿Y qué es lo que pasa aquí? Es un problema del mensaje, el mensaje no llega. No es un problema de interés, sino de sensibilidad y de falta de formación. Sabemos que dos terceras partes de nuestros pacientes, después de todo el rato que empleamos para informarles, no hacen correctamente el tratamiento, y eso tiene unas repercusiones económicas y afecta a los resultados clínicos.

**ISABEL SALAZAR:** Desde la perspectiva de la universidad y del trabajo con los alum-



**“Tienes la sensación de que los médicos vierten la información al paciente como si la vomitasen”**

– Isabel Salazar

nos que hago, tengo una visión bastante más pesimista que la vuestra. Pienso que vosotros de algún modo intuís, detectáis o tenéis la esperanza de que esa necesidad de comunicar bien a los enfermos sea una necesidad auténtica por parte de los médicos. Yo no lo tengo tan claro, yo tengo un poco más la sensación

de que parece que es lo políticamente correcto en este momento. Y entramos en la cultura de la información, de la comunicación y todas estas cosas. Se da una paradoja, y es la de la sobresaturación de información, que no se filtra y que, además, no se tiene ningún interés en filtrar. La sensación es que el médico se queda satisfecho con haber soltado todo lo que tenía que soltar sin observar en absoluto cómo lo recibe el otro, que es el importante de esta película. Se queda contento no solamente porque es lo políticamente correcto, sino porque se está fomentando, por lo menos desde las universidades y desde los hospitales universitarios, una medicina defensiva que es alucinante, y entonces te da la sensación de que vierten la información al paciente como si la vomitasen. El médico es el responsable absoluto en el acto médico y en la comunicación terapéutica.

**LUIS MARTÍNEZ:** Hay mucha información y no es mala y creo que los médicos debemos pasar de un estado defensivo a un estado participativo con los pacientes. Muchas veces lo hemos visto como una amenaza y creo que es una oportunidad la información de los pacientes. Nosotros estamos recibiendo a todas las asociaciones de pacientes y, sinceramente, me he llevado una sorpresa extraordinaria porque nos están aportando mucho para saber cómo es nuestra organización y cómo la podemos orientar hacia ellos”.

**MARÍA DOLORES NAVARRO:** Tendríamos que diferenciar dos situaciones clave en la vida de los pacientes. Una, cuando eres paciente agudo, por decirlo de alguna manera. Ahí sí que veo un cambio importante en el comportamiento de la población en general cuando pasa a ser paciente. Normalmente te informas mucho más sobre qué es



Pilar Arranz Carrillo  
de Albornoz  
**PSICÓLOGA Y  
DIRECTORA DEL  
INSTITUTO ANTAE  
DE MADRID.**

“No se trata de ‘informar a’, sino de ‘comunicar con’, que va mucho más allá, pero es más complejo”.



Luis Martínez Hervás  
**SUBDIRECTOR DE  
INFORMACIÓN  
Y ATENCIÓN AL  
PACIENTE DE LA  
CONSEJERÍA DE  
SANIDAD DE LA CAM.**

“El año que viene en la Comunidad de Madrid crearemos un Máster de Atención al Paciente”.

lo que te está pasando, te sientes un poco más involucrado en el proceso de toma de decisiones en el cuidado de tu salud. Otro caso es cuando el paciente está en una situación de vulnerabilidad muy grande, cuando te sientes indefenso, cuando pasas por una situación crónica de disminución importante de la calidad de vida. Aquí la comunicación ya no es normal, el paciente es más vulnerable y muchas veces no estás ni para que te den mucha información; lo que necesitas es la parte más humanista del profesional: que te cojan la mano, que te rebajen al máximo la incertidumbre...

**PILAR ARRANZ:** Es muy importante asumir la responsabilidad de las consecuencias de cómo informamos. Según cómo informemos



**“Según cómo informemos vamos a poder generar un encuentro o un desencuentro, y nos estamos jugando la adhesión al tratamiento”**

– Pilar Arranz

vamos a poder generar un encuentro o un desencuentro, y nos estamos jugando la adhesión al tratamiento. Estamos hablando de información en el encuentro entre dos personas, no se trata de “informar a” sino de “comunicar con”, que va mucho más allá, pero también es más complejo.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Además de la de Santiago, ¿en qué otras facultades de Medicina se imparte comunicación? ¿Por qué no se im-*

*planta esta disciplina en todas las facultades de Medicina?*

**ISABEL SALAZAR:** Es una materia optativa que venimos impartiendo desde el año 2000. Generalmente, el área que corresponde a la relación médico-enfermo, se contempla entre las bases psicológicas, pero nosotros lo desglosamos. Es cierto que ahora con Bolonia se incluyen las habilidades de comunicación como una materia básica con seis créditos, de estos créditos europeos, que yo todavía no entiendo muy bien. Pero se da la paradoja de que eso está recogido en el Libro Blanco, eso está publicado en BOE, y se supone que tiene que ser una materia básica con seis créditos mínimos y, sin embargo, en los planes de estudios nuevos que se están aprobando se sigue solapando, es decir, la llaman psicología médica. Tengo la sensación de que no hay voluntad en el mundo académico, en las altas instituciones, porque al final todo esto se cuestiona en parcelas de poder. Yo prefiero que siga siendo optativa. En la Facultad de Medicina de Santiago, todos los años tengo 400 alumnos matriculados.

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** Los médicos de familia somos los que percibimos con más claridad la dificultad de la comunicación. La comunicación es una asignatura que tenemos aquí pendiente. En Córdoba, estamos haciendo talleres en muchos sitios y los estudiantes vienen como locos y disfrutan, porque le ven utilidad a esto. Pero tenemos que conseguir en pregrado que la gente tenga otros modelos comunicacionales que no sean House.



**María Dolores Navarro Rubio**  
**PRESIDENTA DEL FORO CATALÁN DE PACIENTES Y SUBDIRECTORA DE LA FUNDACIÓN JOSEP LAPORTE.**

“No tenemos que ponernos en una situación defensiva ante un paciente que sabe o cree que sabe”.



**Isabel Salazar Bernard**  
**PROFESORA DE COMUNICACIÓN. FAC. DE MEDICINA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.**

“Si el médico y el enfermo se comunican bien entre sí, se podrá hacer un diagnóstico más correcto, en menos tiempo y con menos errores”.

Muchos de los alumnos que están en Medicina quieren ser como *House* y yo me quedo alucinado con esto. Y es porque no hay nadie que les enseñe otros modelos.

**LUIS MARTÍNEZ:** Tenemos que darnos cuenta de que en los hospitales hay grandes popes de la Medicina que son referencias internacionales y están educados y han practicado la Medicina en un entorno en que no saben cómo actuar y ese entorno yo creo que los aísla de la situación real de este momento. Dentro de la gente que trabaja conmigo hay grandísimos comunicadores y gente muy preparada para la docencia de la comunicación. Pero tenemos que hacer un cambio cultural y ese cambio empieza por nosotros.

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** Lo que hay son muy buenas palabras, nadie es capaz de decir que la comunicación no es importante, pero luego la realidad es otra: que no se ha plasmado en hechos. Eso es una generalización. Y además se complica todavía más porque ya no es sólo un tema de formación, sino que es un tema de cambio cultural, y como bien habéis dicho, que lleva su tiempo. Yo le puedo dar al médico muchos cursos de formación, pero si luego ese señor se va y tiene un modelo paternalista al lado en el hospital o en el centro de salud o donde sea, eso tiene mucho más impacto que los cursos. Estoy de acuerdo con vosotros en que desde la Administración tampoco se da un paso realista y claro.

**PILAR ARRANZ:** Además del grupo de Isabel Salazar en Santiago, en la Facultad de Medicina de Valencia hay una asignatura, también optativa, que va en estos términos y la lleva Pilar Barbeta. Y está la que logramos incluir en la Facultad de Medicina de la Autónoma de Madrid. Luego vinieron las cátedras que apoyan los laboratorios... Si tenemos profe-

sionales contentos, que sepan comunicar, los pacientes van a estar mejor.

**ISABEL SALAZAR:** Si tú te comunicas bien con el enfermo y el enfermo se comunica bien contigo y te cuenta todo, tú vas a poder hacer un diagnóstico más correcto en mucho menos tiempo, con menos errores. Si tú te comunicas bien con tu enfermo y tu enfermo se comunica bien contigo, vas a implementar un tratamiento que además el enfermo va a seguir. Entonces, el que se enriquece en cultura profesional y en cultura técnica eres tú; porque nosotros aprendemos mucho de los enfermos.

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** El 95 por ciento de las demandas judiciales tiene que ver con el tema de la comunicación, según algunos autores. Además, disminuyen los conflictos y el número de interacciones. Hace un par de años se publicó un trabajo en Cataluña que demuestra que los profesionales que tienen buena habilidad de comunicación tienen protección frente al juzgado, o sea, que se queman menos. Hay datos más que suficientes que avalan esta tesis.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué debe hacer el médico ante la avalancha de información que muchas veces lleva el paciente a la consulta, sacada esencialmente de Internet?*

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** Respeto y prudencia. Es una información que él trae y tienes que escucharle, preguntar dónde lo ha buscado, estudiar la fuente. Muchas veces te traen cosas que ni siquiera tú sabes. ¿Cómo vamos a estar nosotros al tanto de la mejor evidencia disponible? ¿Cómo sé yo que estoy al tanto de la mejor evidencia disponible en cada tema? Tienes que ser muy respetuoso y aceptar la información que te traigan como posible y, a partir de ahí, la estudias. Yo me la llevo a mi casa y le digo: "No se preocupe, que lo voy a analizar". Veo las fuentes, si son fiables, analizo otras fuentes más, y al día siguiente comparto la información y mi experiencia con él. Los médicos son los que tienen ese primer encuentro con el paciente, han de cambiar un poco el chip, es decir, no tenemos que asustarnos, no tenemos que ponernos en una situación defensiva ante un paciente. Si bajas esa barrera defensiva, si sigues creyendo en tu habilidad, en tu conocimiento y en tu experiencia, no te importará que el paciente te haga



José Antonio Prados  
Castillejo  
**VICEPRESIDENTE DE  
SEMFYC Y  
COORDINADOR DEL  
DIPLOMA DE  
COMUNICACIÓN.**

"Muchos de los alumnos de Medicina quieren ser como 'House', y yo me quedo alucinado".

preguntas o te diga: “¿Y este último tratamiento, doctor?”. La importancia está en que el propio profesional nos entienda.

**MARÍA DOLORES NAVARRO:** Exacto. Ese es el nuevo paciente que viene y, por lo tanto, el profesional se tiene que preparar ante esta actitud. Si eso no nos da miedo y acepta-



**“Lo importante en toda comunicación entre médico y paciente es que la magia surge cuando logras tener una relación de confianza”**

– María Dolores Navarro

mos que incluso a lo mejor no vamos a saber cómo va este último tratamiento que ha salido en no sé dónde y, como tú dices, asumes eso y estableces esa buena relación con tu paciente de manera que le puedes decir: “Pues no se preocupe señor, que esto me lo miro y el próximo día lo comentamos”.

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** Si es que los pacientes siempre aceptan que les digas que no lo sabes, lo que no aceptarán es que les digas que no sabes cómo saberlo. El manejo de las emociones del propio profesional es tan importante o más que el propio proceso. Y luego está el tiempo. Ese profesional te dice: “Es que no tengo tiempo”, y es una realidad que en el sistema que tenemos hay poco tiempo y para comunicarse hace falta tiempo. Sin embargo, hay estudios que demuestran que cuando a un profesional le das más tiempo no hace más técnicas comunicacionales, sino que hace las mismas más veces, o sea, que tampoco es que el tiempo haga maravillas. Otro tema importante es la honestidad profesional. Estoy totalmente convencido, como dice Dolores, de que los pacientes, cuando se les expresan las cosas, las aceptan.

**MEDICAL ECONOMICS:** *Se ha demostrado que una buena comunicación con el paciente mejora la salud y también reduce costes al sistema...*

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** Sí. Los trabajos de Kaplan (que es un clásico) demuestran que cuando haces modelos centrados en el paciente mejora la tensión en los hipertensos, el

azúcar en los diabéticos, la tolerancia a la quimioterapia en los pacientes oncológicos y la percepción del bienestar en las fibromialgias o en las cefaleas. Cuando uno mira las variables que influyen en la adherencia al tratamiento, de las ciento y pico variables que puede haber en una tabla, la mayoría están relacionadas con aspectos relacionales. Un estudio realizado en Estados Unidos demostró en cuatro grupos terapéuticos el impacto económico que tenía la comunicación, y creo que hablaba de 700 millones de dólares de pérdidas nada más que en un grupo terapéutico, el de la diabetes.

**MEDICAL ECONOMICS:**

*Los expertos dicen que lo más difícil es comunicar al paciente las malas noticias. ¿Cómo habría que hacer esto? ¿Hay normas al respecto o cada uno actúa a su manera? ¿Hay técnicas especiales para comunicar malas noticias?*

**ISABEL SALAZAR:** ¿Qué es una mala noticia en Medicina? ¿Acaso los profesionales de la Sanidad damos buenas noticias en un sentido metafórico del término? El simple hecho de tener que ir al médico ya es una mala noticia, que luego le digan a uno que tiene un catarro... Nosotros siempre somos los receptores, de algún modo, de cosas desagradables, para el usuario, para el enfermo. Los médicos siempre trabajamos con las malas noticias.

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** No se puede tener la misma estrategia para decir a una persona que tiene diabetes que para decir que se ha muerto su hijo. En esto sí que hay con-



Los expertos reunidos por MEDICAL ECONOMICS debatieron acerca de la relación médico-paciente y la importancia de una buena comunicación entre ambos.

tenidos teóricos, yo creo que los conocemos todos, de habilidades miles y quizá la estrategia que más impacto ha tenido a nivel internacional y en la que se están basando muchos autores es la del canadiense Robert Bookman, que se puede adaptar a muchos entornos sanitarios y no sanitarios. Ahora estamos dando cursos para bomberos y para gente de protección civil también tienen que dar malas noticias. La mala noticia tiene una repercusión tremenda en el paciente y en el profesional. El profesional lo vive fatal porque es sensible, porque se siente inseguro al no tener experiencias anteriores y porque manejamos muy mal nuestras emociones. Son situaciones que vienen de la escasa formación que tenemos en el manejo propio de emociones y de las técnicas de comunicación que hay en este sentido.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿En qué aspectos de la comunicación con el paciente incidís más los que os dedicáis a la enseñanza de esta materia?*

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** Hay cuatro cosas que son siempre las que más me preocupan en los cursos que hacemos en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Primero, la escucha, aprender a escuchar lo que dice el paciente y lo que no dice, es decir, la escucha activa. Segundo, dentro de las técnicas de comunicación, la bidireccionalidad, que para mí



**“ Dos tercios de nuestros pacientes, después de todo el tiempo que empleamos para informarles, no siguen correctamente el tratamiento”**

– José Antonio Prados

es una habilidad, o una actitud, que compensa cualquier problema que puedas tener y mejora la eficiencia de dar la información. Tercero, las técnicas de negociación. Y luego, un modelo que es de los que más se está desarrollando a nivel internacional y en España ya se solicita, que es el modelo de comunicación centrada en el paciente. La comunicación con el paciente aporta, básicamente, dos cosas fundamentales. Una es que el profesional sanitario tiene que saber explorar lo que son los síntomas, pero también lo que es la vivencia de

la enfermedad, las emociones, el impacto de la enfermedad en la función diaria del paciente, etcétera. Otro componente, de los más interesantes, es lo que llaman “*finding common ground*” (encontrar un campo común), o sea lo que es la toma de decisiones en conjunto. Es muy bonito este modelo porque cambia la perspectiva del paciente totalmente.

**PILAR ARRANZ:** Yo hablaría de la validación, que es legitimar la perspectiva del otro. Para poder validar necesitamos lo que muy bien decía José Antonio: la escucha activa y la empatía. Las dos cosas forman la validación. En el fondo, de lo que estamos hablando es de dignidad, de la opción a elegir, estamos hablando de respeto, estamos hablando de la libertad y qué mayor libertad que poder elegir cómo me quiero comunicar.

**LUIS MARTÍNEZ:** Fundamentalmente, la escucha activa del otro y el aprender a consensuar más que a imponer, sobre todo en tratamientos de procesos crónicos. Aunque yo creo que en todos los procesos, es decir, la situación de indefensión que se pueda vivir en situaciones agudas o en situaciones de ingresos hospitalarios o en situaciones muy específicas de súper especialidades, creo que el escuchar, el plantear y el ayudar a decidir. Aunque al final terminemos en lo de siempre: “¿Y usted, doctor, qué haría?”. Porque eso es, al final, en lo que suele terminar la mayoría de las consultas cuando realmente te has implicado en una opción al enfermo, cuando le has abierto el abanico de posibilidades.

**MARÍA DOLORES NAVARRO:** Lo importante en toda relación o comunicación entre médico y paciente o entre profesional de la salud y paciente es que la magia quizá surge cuando por fin logras tener una relación de confianza. Si hay confianza, todo lo demás viene casi sobreañadido. Ahí está la dificultad. Por mucha técnica que haya, muchas habilidades, mucha buena comunicación y mucho respeto, necesitas un ingrediente más, que es donde está quizá este arte que decimos que es la Medicina o este saber estar que pedimos a los pacientes. Y es que si hay confianza parece que todo fluye mucho mejor, incluso puedes permitirte el lujo de cometer ciertos errores en la comunicación.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Y qué decir de los departamentos de Atención al Paciente*

*en los hospitales? ¿Complementan la labor del médico en la comunicación con el paciente o usuario?*

**MARÍA DOLORES NAVARRO:** Estas unidades son muy necesarias, aunque con frecuencia no están llevadas por profesionales médicos, sino por personas con otros perfiles. Pero creo que es importantísimo que el mensaje sea único, es decir, que estas personas pasen también por los programas de formación adecuados, conociendo o adquiriendo una serie de habilidades y de técnicas para poder manejar todo tipo de necesidades que pueden presentar las personas. Pienso que es importante que esta formación y este dar a conocer diferentes tipos de habilidades y técnicas y manejo de emociones también pueda estar al alcance de estas personas que están de cara a los pacientes en este caso. En cuanto a si los pacientes colaboran o no colaboran, creo que en España estamos aún muy lejos de que los pacientes, los enfermos en general, sean proactivos de esta colaboración. Es importante también que destaquemos el papel de las asociaciones de pacientes para poder unificar todos los mecanismos posibles que dan respuesta a lo que el paciente necesita en cada momento que, por desgracia o por suerte, no va a ser siempre lo mismo.

**PILAR ARRANZ:** En mi humilde opinión, los servicios de atención al paciente no existen, lo que existen son profesionales o personas que están haciendo estas funciones. Totalmente de acuerdo con Dolors en que sí se está profesionalizado y tenemos todos el mismo objetivo en ese cambio cultural. La realidad que yo percibo es que son meros transmisores de papeles.

**JOSÉ ANTONIO PRADOS:** El tema de la unidad de atención al usuario, sea en Atención Primaria, sea en hospitales, creo que tiene una labor fundamental en la comunicación. Puede generar muy buen rollo —perdonadme que lo diga así— y puede evitar muchos conflictos y solucionar muchos problemas. Y tienen la misma responsabilidad que los médicos: aprender técnicas de comunicación. En el diploma que nosotros damos en la Escuela, la mayoría de nuestros alumnos son responsables de este tipo de unidades.

**LUIS MARTÍNEZ:** Las unidades de Atención al Paciente hacen una labor impresio-

nante. Son servicios, son grupos de gente que están trabajando de una forma multiprofesional en determinadas cosas. Se les ha prestado muy poquita atención. El año que viene, si Dios quiere, saldrá un Master de Atención al Paciente. Nos preocupa que la persona que esté en la ventanilla no se lleve las preocupaciones a su casa, sino que las resuelva y



**“Resalto la escucha activa del otro y el aprender a consensuar más que a imponer, sobre todo en tratamientos de procesos crónicos”**

– Luis Martínez

que tenga herramientas de comunicación suficientes como para solucionar las cuestiones que se planteen. Y los servicios de Admisión y Documentación Clínica también tienen su cuerpo doctrinal. Tenemos 2.384 profesionales en Atención al Paciente en la Comunidad de Madrid y estamos desarrollando esos proyectos de una manera tremendamente seria. Los de Admisión no dan al paciente ninguna información clínica porque no deben darla, pero hacen de puerta de entrada entre fuera y dentro y no sabes la tranquilidad con la que el profesional puede ir a comunicar una cosa cuando un compañero que está trabajando con él le ha estado informando de cómo va la evolución del paciente y él puede irse con tranquilidad. ■



Los asistentes a la mesa redonda posan al término de la misma junto con los directores asociados Gonzalo San Segundo (izda.) y José María Martínez (dcha.)

# ESCÁPESE... con

## Certamen de Artículos 2009



**E**scriba su historia más interesante, a partir de su propia experiencia, y *Medical Economics* le enviará de vacaciones.

### GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

### PLUS

#### Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

#### ❖ ¿Quién puede participar?

Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

#### ❖ ¿Qué hay que enviar?

Artículos originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.

# Medical Economics®

## ◆ ¿Sobre qué se puede escribir?

Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.

## ◆ ¿Cómo participar?

Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*.

Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.

## ◆ ¿Dónde enviar su artículo?

Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección:

**[medeconomics@medecoes.com](mailto:medeconomics@medecoes.com)\***

## ◆ Plazo de presentación de originales

El plazo de participación expira el **31 de octubre de 2009**.

*\*Consulte las bases del certamen en [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)*



# Inversiones

## Perspectivas para 2009



Natalia Aguirre Vergara\*

» Las medidas que se están tomando van por el buen camino, en un intento de devolver la normalidad a los mercados de crédito, clave para que el sistema financiero recupere su papel de motor de la economía real vía concesión de créditos a empresas y particulares.

» Mucho tendrán que decir los bancos centrales, que además de inyectar liquidez a los mercados, seguirán con sus recortes de tipos de interés, especialmente en áreas como la eurozona, donde existe margen para ello.

Una vez finalizado un difícil 2008 y, como es habitual por estas épocas, nos volvemos a plantear cuáles son nuestras perspectivas económico-financieras para el nuevo año. ¿El objetivo? Determinar dónde podría conseguir nuestro dinero una mejor combinación de rentabilidad-riesgo. Y si esta labor no suele ser fácil, hay que destacar que en esta ocasión es especialmente complicado, dada la reducida visibilidad que existe sobre el escenario macroeconómico. En el momento de escribir este artículo, el contexto económico se ha deteriorado de forma significativa, hablándose ya de forma abierta de recesión en las principales economías desarrolladas. Como recesión entendemos dos trimestres consecutivos de crecimiento negativo, lo que no resultará difícil teniendo en cuenta la fuerte restricción crediticia que se está sufriendo a nivel global (de hecho son ya varios los países que han entrado oficialmente en recesión).

Es de esperar, no obstante, que las medidas que están implementando las autoridades políticas y monetarias tengan su impacto positivo, y del resultado de estas medidas dependerá que hablemos de una recesión más o menos intensa y más o menos duradera. Esto a su vez determinará nuestra estrategia de inversión. En principio, consideramos que las medidas que se están tomando van por el buen camino, en un intento de devolver la normalidad a los mercados de crédito, clave para que el sistema financiero recupere su papel de motor de la economía real vía concesión de créditos a empresas y particulares. Así, los planes de rescate al sector financiero, las intervenciones públicas y el incremento de garantías a los depósitos bancarios deberían ir permitiendo recuperar la confianza de los mercados. En este sentido, creemos que mucho tendrán que decir los bancos centrales, que además de inyectar liquidez a los mercados, seguirán con sus recortes de tipos de interés, especialmente en áreas como la eurozona, donde existe margen para ello, en un con-

texto de deterioro significativo de la actividad económica y con moderación importante de las presiones inflacionistas ante la caída de las materias primas, destacando entre ellas al crudo.

Es evidente que los próximos meses serán complicados. A la espera de que las medidas adoptadas por los distintos gobiernos y autoridades para evitar el riesgo sistémico hagan su efecto, aún nos quedará por ver lo peor de la restricción crediticia de los últimos trimestres: su impacto en los datos económicos (caída de consumo e inversión, incremento de paro) y en los resultados empresariales. Sin embargo, es también previsible que todas las medidas adoptadas (y las que quedan por adoptar, destacando entre ellas nuevos estímulos fiscales) tengan su efecto y propicien un inicio de recuperación económica, probablemente muy entrado el 2009. Y las recuperaciones económicas (al igual que las recesiones) son anticipadas por las bolsas, que podrían empezar a mostrar un mejor tono a medida que avance el 2009. Existen pocas opciones de inversión alternativas a la renta variable, si bien la decisión final de inversión dependerá del perfil de riesgo de cada individuo. Enfocaríamos nuestra cartera de renta variable a valores líquidos, con sólidas estructuras financieras (bajo endeudamiento), elevada visibilidad de resultados y buena y sostenible política de dividendos (Telefónica, Iberdrola, Santander, Enagás). Dentro de nuestra cartera de inversión también dejaríamos hueco a la renta fija privada, donde los diferenciales frente a la deuda pública se han ampliado hasta máximos históricos descontando un (a nuestro juicio) excesivo riesgo de impago en nombres de alta calidad. Y todo ello combinado con una posición de liquidez que nos permita aprovechar momentos de volatilidad (que aún podrían ser numerosos en la primera parte del año) para incrementar posiciones en renta variable con una visión de medio plazo, todo ello para un perfil de riesgo medio. ■

\*Directora de Análisis y Estrategia de Renta 4, Sociedad de Valores, S.A. Para contactar: analisis@renta4.es.

# Valores del mes

## Líderes sólidos

En esta sección proponemos, cada mes, dos valores que representen una oportunidad de inversión. La selección se efectúa por medio de un análisis económico de diversas variables financieras (flujo de caja libre generado, nivel de deuda, niveles de rentabilidad y solvencia empresarial), que determinan el valor de la empresa. Los títulos propuestos tendrán un precio implícito mayor que el cotizado en los mercados.

Por **N. A. V.**

### Qué ofrecen

Indra es la compañía líder en España del sector de tecnologías de la información. Ofrece servicio en una amplia gama de áreas de negocio (transporte y tráfico, telecomunicaciones y medios de comunicación, financiero, energía, sanidad y defensa). El mercado nacional representa en torno al 69 por ciento de los ingresos, 17 por ciento en el resto de Europa, 9 por ciento en Latinoamérica, 2 por ciento en EE.UU y 4 por ciento en otros países. Es una de las compañías más sólidas y con mejor comportamiento histórico en cuanto a cumplimiento de objetivos. El elevado importe de cartera de pedidos ofrece una gran visibilidad de resultados. Además, la diversificación del negocio y posición de liderazgo siguen siendo claves para la consecución de los objetivos.

Ebro Puleva es el primer grupo alimentario español, que opera en cuatro negocios principales: azúcar, arroz, lácteos y pasta. La compañía ha llevado a cabo un proceso de diversificación de negocios, pasando de ser sólo una compañía azucarera en 2000 a liderar el negocio de arroz a nivel mundial, y adelantándose a la reforma del sector del azúcar en Europa que entró en vigor en 2007. Además, es el segundo fabricante mundial de pasta. El grupo ha sufrido una profunda transformación, gracias a su estrategia de adquisiciones. En su apuesta de diversificación ha realizado adquisiciones complementarias, generando sinergias operativas, y ha ido abandonando la producción industrial para centrarse en productos de mayor valor añadido.

### Los elegidos

Indra continúa publicando sólidos resultados e incluso es capaz de seguir mejorando sus objetivos previstos para el año. Insistimos en que se trata de una de las compañías que muestra una mayor visibilidad de resultados y destacamos que su cartera de pedidos para ventas de 2009 sea un 16 por ciento superior a la de hace doce meses para 2008. Indra cotiza a múltiplos razonables y confiamos en que siga comportándose mejor que el Ibex gracias a su visibilidad de negocio incluso en un entorno económico complicado, a su menor dependencia del mercado nacional, al carácter anticíclico de muchos de los proyectos que desarrolla y a su exposición al sector público tanto a nivel nacional como internacional.

Ebro Puleva es líder en un sector defensivo y poco cíclico. Nos parece una interesante oportunidad de inversión en una compa-

ñía que pretende ser el referente en arroz y pasta a nivel mundial. Su cotización ha tenido un mejor comportamiento que el mercado español, que pensamos que podría mantener ante la mejora de expectativas en el coste de las materias primas, el liderazgo del grupo y la venta de la división de azúcar, que le permitirá centrarse en negocios más rentables. ■

Concepto	Indra	Ebro Puleva
Ticker	IDR	EVA
PER 2008	13,9	12,9
Rentab. dividendo (%)	3,8	3,6
Precio actual	16,19	9,80
Precio objetivo	19,6	14,1

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 30/12/2008

# FORO CIENTÍFICO SEXOLOGIA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009



## PROGRAMA PRELIMINAR

### Viernes 12 de junio de 2009

#### MESA 1: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD

- Sexualidad en la mediana edad desde la perspectiva de género
- Sexualidad masculina: a propósito de la andropenia
- Sexualidad femenina: menopausia
- Sexualidad en las parejas de mediana edad
- La disfunción eréctil: un tratamiento integrado
- El deseo sexual inhibido: la disfunción más frecuente en la mujer

### Sábado 13 de junio de 2009

#### MESA 2: LA TRANSEXUALIDAD, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

- La evaluación diagnóstica y el abordaje psicológico de la transexualidad
- Terapia hormonal en los trastornos de identidad sexual
- Cirugía de reasignación sexual
- Aspectos legales de la transexualidad

#### MESA 3: LOS DELITOS SEXUALES, UN ABORDAJE INTEGRAL

- Programa terapéutico dentro de la Institución penitenciaria
- Terapias biológicas para agresores sexuales
- Aspectos forenses de la violencia sexual
- Aspectos legales en el ámbito de la violencia sexual y de género

#### COMUNICACIONES LIBRES

#### TALLER PRÁCTICO: INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

**DRUG FARMA**  
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid • Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75  
E-mail: lpanizo@drugfarmacongresos.com • mgonzalez@drugfarmacongresos.com

Información e inscripción

[www.sexologiaintegral.es](http://www.sexologiaintegral.es)

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Por favor, envíe este boletín debidamente cumplimentado y con letras mayúsculas a la Secretaría Técnica (Drug Farma Congresos, S.L.).

Fecha límite de admisión de boletines en la Secretaría: 7 de junio de 2009.  
A partir de esa fecha, las inscripciones se realizarán en la sede del Congreso.

### DATOS PERSONALES

Apellidos ..... Nombre .....  
Dirección ..... C. P. ....  
Localidad ..... Provincia .....  
NIF ..... Teléfono ..... E-mail .....  
(Imprescindible para información relacionada con el Congreso)

### CUOTAS

1) CONGRESO	GENERAL	MIR/ESTUDIANTES
Hasta 31/03/09	250 €	150 €
Desde 01/04/09	290 €	175 €

● La cuota de inscripción del congresista incluye la asistencia a actos científicos, cafés, comida de trabajo y cena-cóctel de inauguración del 12 de junio de 2009.

2) CENA OPCIONAL día 13 de junio de 2009: 65 €

3) ALOJAMIENTO	DUI	DUD
Hotel Barceló Valencia	164 €	187 €
Hotel Beatriz Rey Don Jaime	107 €	180 €

● Previa confirmación de disponibilidad con Secretaría.

### LIQUIDACIÓN

1) .....  
2) .....  
3) .....  
TOTAL .....€

### FORMAS DE PAGO

- Transferencia bancaria a favor de Drug Farma Congresos, S.L. en la cuenta de La Caixa: 2100 1745 51 0200104753
- Cheque bancario a favor de Drug Farma Congresos, S.L.

### DATOS PARA LA FACTURA

En caso de precisar factura, por favor, cumplimente los siguientes datos:

Nombre y apellidos o razón social .....  
Dirección ..... C. P. ....  
Localidad ..... Provincia .....  
Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....  
CIF/NIF .....

### NOTAS IMPORTANTES

- Todos los precios tienen IVA incluido.
- ES IMPRESCINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS. No se aceptará ningún boletín que no esté debidamente cumplimentado en todos sus apartados.
- En caso de cancelación de inscripciones y/o cenas opcionales, no se devolverán las cuotas; solamente se permitirán cambios de nombre.
- Los gastos en caso de cancelación de alojamiento serán: del 50% antes del 31 de marzo de 2009 y del 100% a partir del 1 de abril de 2009.
- Para formalizar la inscripción y/o reserva (previa confirmación de disponibilidad), es imprescindible remitir el boletín debidamente cumplimentado junto con el resguardo de pago a la Secretaría Técnica.

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, Ud. consiente de modo expreso en la incorporación de sus datos en un fichero automatizado de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L. cuya finalidad es el desarrollo de las gestiones propias como Secretaría Técnica del Foro, así como informarle sobre temas de ámbito científico, profesional, sanitario y/o farmacéutico que puedan resultar de su interés tanto de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L., como del resto del grupo Drug Farma (Spanish Publishers Associates, S.L.; Prodrug Multimedia, S.L.; Drug Farma, S.L.). Ud. tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta certificada remitida a DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.: c/ Antonio López, 249-1º, 28041 Madrid.



ayudándole  
en la **comunicación**  
con el **paciente**

 [webdelamujer.com](http://webdelamujer.com)

**Portal de referencia**

en castellano sobre la mujer  
y su entorno: temas de  
salud, asesorías sociales,  
estilos de vida,...

**Actualización**

periódica  
de los contenidos

**Interacción con el usuario:**

foro, preguntas frecuentes,...

**Información rigurosa**

sobre patologías  
y enfermedades  
elaborada por médicos  
expertos.



E-mail: [info@webdelamujer.com](mailto:info@webdelamujer.com)

**Recomiéndela a su paciente**



# Cultura

## LIBROS

### Un manual para el paciente

Cada día son cientos las personas que acuden a un centro de salud o un hospital y salen insatisfechos. De hecho, el escaso tiempo de los médicos, el lenguaje técnico utilizado y el trato frío y distante constituyen los tres principales obstáculos del paciente en la consulta, según se recoge en el Manual del Paciente 'Guía para mejorar la atención sanitaria'. Esta iniciativa de la compañía biomédica Pfizer en colaboración con el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid pretende evitar muchos de estos obstáculos.

"La relación médico-paciente, señala Juan Siso, subdirector general del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, puede resultar frustrante en muchas ocasiones tanto para el paciente como para el médico ya sea por falta de comunicación o por tener expectativas diferentes. Este manual constituye una herramienta de comunicación muy importante ya que va a proporcionar al paciente información útil y de calidad sobre el funcionamiento del sistema sanitario y cómo actuar en el mismo".



Título: "Guía para mejorar la atención sanitaria". 54 páginas

## EXPOSICIONES

### Las mujeres de Klimt

La exposición nos muestra una visión diferente de la obra de Gustav Klimt (1862-1918), el artista que representa la parte más brillante del arte vienés de finales del siglo XIX. Frente al decorativismo de sus telas, los dibujos que componen esta exposición nos ofrecen la versión más espontánea, y quizás más sincera, de Klimt. La exquisita delicadeza de su ejecución nos transmite, mejor que ninguna otra obra, aquella imagen frágil y compleja, pero profundamente expresiva, que Klimt construyó de la mujer. La muestra se puede visitar hasta el en el CaixaFórum de Tarragona (C/ Cristofol Cólm, 2).



### La saga de George Lucas en Madrid

Madrid se ha sumado a la lista de ciudades europeas en las que ha permanecido la exposición sobre la saga de "La Guerra de las Galaxias". Ha pasado ya por Lisboa, Oporto, Londres, Bruselas y, por último, Ornskoldsvik (Suecia).



Los objetos, seleccionados por LucasFilm, cubren diferentes temáticas: naves espaciales, algunas a tamaño real, vehículos, personajes (muñecos), vestidos, escenarios, bocetos, dibujos o maquetas. Se puede visitar hasta el próximo 15 de marzo en la Sala Arte Canal de Isabel II (C/ Santa Engracia, 125).

## CINE

### Julia Roberts regresa a la gran pantalla

Ya está en nuestros cines la película "Fireflies in the Garden" ("Luciernagas en el jardín"), escrita y dirigida por Dennis Lee. En este drama familiar, la oscarizada Julia Roberts encarna a Lisa, una mujer que decide dejar su frustrante trabajo en una agencia de publicidad de Manhattan para ocuparse de su familia. Sin embargo, la inesperada pérdida de un ser querido hará que también se replantee el compromiso con su marido (Willem Dafoe) quien a su vez mantiene una tensa relación con el hijo de ambos (Ryan Reynolds), al que humilla constantemente. La cinta cuenta con un lujoso reparto en el que también figuran Emily Watson, Carrie-Ann Moss, Ryan Reynolds y la estrella de "Héroes" Hayden Panettiere.



# Internet

## Las exportaciones de contenidos, ajenas a la crisis

**E**l mercado de contenidos digitales goza de buena salud, y mientras sectores tradicionales como el inmobiliario –y en menor medida el del automóvil– se desploman, las exportaciones españolas de videojuegos, películas y música a países de habla hispana tendrán un efecto balsámico en la anhelada recuperación de la economía a medio plazo.

Según explicó Francisco Ros, secretario de Estado de Telecomunicaciones, en el Foro Internacional de Contenidos Digitales celebrado recientemente en Madrid, la española es la segunda lengua en aplicaciones *wifi* y la comunidad hispana de internautas se sitúa en el tercer puesto mundial.

Al contrario de lo que se cree, la industria de las nuevas tecnologías puede aportar mucho empleo a una economía en recesión como la española, y –además, subrayó Francisco Ros– la Sociedad de la Información aporta un crecimiento más sólido que otros sectores,

basado en el valor añadido de los productos.

En el Libro Blanco de Contenidos Digitales, elaborado por el Observatorio Nacional de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información del Ministerio de Industria, se estudia la evolución de los sectores de videojuegos, música, audiovisual, publicaciones, publicidad, cine y sociedad en red, concluyéndose que dos tercios de la población española consume contenidos digitales, la mayoría en el hogar, lo que revela una estrecha relación entre el ocio y estos contenidos.

Según el Libro Blanco, la publicidad *on line* se dirige preferentemente a motores de búsqueda, en detrimento de los *banner* o el e-mail, aunque hay que destacar las nuevas inversiones en *blogs* y en la publicidad a través del móvil. La música es el contenido consumido en mayor proporción, seguido de las películas, y –a distancia de ambas– las fotografías y los videojuegos. ■



Según Francisco Ros, la comunidad hispana de internautas se sitúa en el tercer puesto mundial.

Sección patrocinada por  
Web de I@  
**MUJER**

### A toda vela

La regata más espectacular se vive en directo desde esta *web* consultada a diario por miles de internautas amantes de la vela. Incluye noticias, imágenes y audiocomentarios.

<http://www.volvooceanrace.org/>

### Arquitectura protectora

Shigeru Ban, arquitecto japonés, protector de la población afectada por terremotos, se dio a conocer por fabricar refugios para catástrofes naturales y también por remodelar el Centro Pompidou de París.

<http://www.shigerubanarchitects.com//>



## CIBERCONSEJOS

### Plan contra el 'cibercrimen'

**E**l plan de emergencia de la UE, cuyo desarrollo se prolongará cinco años, tiene un presupuesto de 300.000 euros destinados a la Europol y contempla una mejora en la fluidez al compartir información entre los distintos cuerpos policiales de los países miembros. Se acometerá una fuerte ofensiva de búsquedas en lugares concretos de la red para localizar cibercrimenes.

### Cierre de Lycos

**L**ycos informó a La Haya mediante un comunicado: "La mejor opción para la empresa es, en primer lugar, tratar de vender los dominios, el portal y las actividades de venta y, en segundo lugar, cerrar el portal y las actividades que hay en Internet". Lycos pagará 50 millones de euros a sus accionistas, quienes se reunirán el 12 de diciembre en Amsterdam. Se mantendrá abierto hasta el 31 de diciembre.

# medical finders

“de médico a médico”



Primera consultora española especializada  
en búsqueda y selección de médicos  
altamente cualificados

¿Está dispuesto a mejorar?

[www.medicalfinders.es](http://www.medicalfinders.es)

# Golf



Volvo Masters 2008

## Soren Kjeldsen, último campeón

*Sergio García, el mejor español, terminó cuarto en el campo de Valderrama.*

**E**l danés Soren Kjeldsen ha conseguido la victoria del Volvo Masters 2008, último de la historia de este torneo, tras aguantar la presión del liderato desde la primera jornada, acabando con una tarjeta de 71 golpes, al par del campo, con dos *birdies* por dos *bogeys* y un total de ocho por debajo del par. Esta es la segunda victoria que logra Kjeldsen en el Tour Europeo, palmarés que estrenó en el Johnnie Walker Championship del 2003: “Estoy tan contento que soy incapaz de describir cómo me siento en este momento. Ha sido una semana muy larga que ha terminado de una manera fantástica, en un gran campo como Valderrama y ganando un gran torneo”. El castellonense Sergio García no pudo redondear una espectacular temporada y repetir la victoria que había logrado días antes en Castellón. “En general ha sido un buen torneo, pero ha sido una lástima. Este es un campo que me encanta y me ha dado mucho. Espero y confío en que el año que viene sea igual o mejor que éste”. A pesar de su trigésima segunda

posición tras saldar la jornada con 75 golpes para un total de nueve sobre par, el sueco Robert Karlsson ha sido el ganador del Trofeo Harry Vardon que premia al mejor jugador del año, al número uno de Europa. “Ha sido una temporada fantástica. El Match Play que perdí contra Casey fue uno de esos que dan la vuelta a la temporada. Ya no le doy tanta importancia ni me juzgo por mis resultados”.

En este final de temporada George O’Grady, director ejecutivo del Circuito Europeo, hizo balance de lo que ha sido una gran temporada: “Creo que ésta es una temporada de transición, tenemos por delante 13 meses de Circuito Europeo. A partir de 2009 la temporada terminará con el Dubai World Championship”. Y añadió: “Hay cierta tristeza en el ambiente debido a la grave situación de Seve Ballesteros, todo el mundo está al día de la operación y de lo que está luchando, esperamos sinceramente, al igual que todo el mundo del golf, que salga de ello y se recupere”. ■



**Soren Kjeldsen, ganador del Volvo Masters 2008.**

### Tenerife, en apoyo a la investigación de los sarcomas

**E**l IV Memorial María García Estrada en apoyo a la investigación de los sarcomas se celebró en el Real Club de Golf de Tenerife. El torneo fue presentado por el presidente de la Fundación María García Estrada, José Luis García Estrada, quien agradeció el apoyo de los socios del club de amigos de la fundación, así como a los participantes del campeonato y a los invitados a la cena benéfica que se celebró en el mismo club. El torneo contó con el patrocinio principal de la empresa DISA y de colaboradores como Hospiten y Euromédica, entre otros. Para la fundación que lleva el nombre de la gran jugadora de golf tinerfeña, María García Estrada, “lo realmente importante es seguir comprobando el respaldo que reciben de las empresas de la isla, de los jugadores y aficionados al golf, de los ciudadanos y de los medios de comunicación”. En España se diagnostican unos 150.000 casos de cáncer al año. Este es el motivo por el cual la fundación ve necesario el apoyo privado a la investigación de enfermedades que por su menor incidencia no cuentan con financiación de fondos públicos. Gracias a este importante torneo y a otros eventos, la Fundación María García Estrada consigue recaudar los fondos necesarios para mantener abiertas varias líneas de investigación contra el sarcoma.

# Adiro<sup>®</sup>

Ácido acetilsalicílico con recubrimiento entérico

Garantía de protección cardiovascular



Con el corazón en la mano



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer, S.L.  
Av. Baix Llobregat 3-5 - 08970  
St. Joan Despí, Barcelona  
[www.bayerscheringpharma.es](http://www.bayerscheringpharma.es)

nuevo

SALVA  
SKIN

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS  
CON **SILICONA**. TRATAN LA PIEL  
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKIN **oil**

ESPECIAL ZONAS DELICADAS  
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKIN **milk**

ESPECIAL EXTREMIDADES  
INFERIORES



- EXCELENTE EXTENSIBILIDAD
- EXCELENTE ABSORCIÓN
- OLOR NEUTRO
- NO DEJAN RESIDUOS ACEITOSOS

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

  
**SALVAT**