

Medical Economics®

Nº 104

30 de enero de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



PREMIOS
2009

Creemos en otra forma
de hacer medicina



En el Instituto Roche creemos en soluciones diferentes para personas diferentes. En una atención centrada en el individuo y no en la enfermedad. Creemos en la **Medicina Individualizada**.

En el Instituto Roche **innovamos para tu salud**.



Instituto Roche
para las Soluciones Integrales de Salud

43 PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2009

Así son los galardonados

Un año más, MEDICAL ECONOMICS, premia a las entidades que más han destacado en las áreas de gestión y atención al paciente en el año que acaba de concluir. Once son los galardonados en esta ocasión.

RESUMEN 2009

18 Cinco años y cien números

Cien números, cinco años y nuevo diseño. Tres acontecimientos para una misma celebración. El primero tuvo lugar en noviembre pasado, y el cumpleaños y la nueva maquetación se ponen de manifiesto con el resumen de las 20 portadas publicadas a lo largo de 2008.

EL CONSEJO EDITORIAL OPINA...

22 ... sobre la Sanidad en España

El Consejo Editorial de *Medical Economics* compuesto por destacadas personalidades en el ámbito de la política, la economía y la sanidad valora el estado actual del sector sanitario y traza una perspectiva de futuro.





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-INFECICIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

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 Lanceta
- 6 Lo mejor de lo publicado

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 **Gestión en Atención Primaria**
Captación de nuevos profesionales
- 16 **Economía de la Salud**
La medición de los resultados en salud

Y ADEMÁS...

- 10 **Atención al Paciente**
- 12 **De cerca**
- 70 **Tres de últimas**



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Facilita información sobre hábitos saludables a sus pacientes?

Participe a través de nuestra web:
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 en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

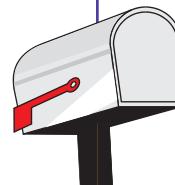
CURSOS ON LINE

- **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

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: 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 Walthers

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

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


LIVEMED
E S P A Ñ A
Educación Médica Continuada

Lo mejor de lo publicado

Un resumen de los últimos artículos más relevantes de la bibliografía internacional.

CARDIOLOGÍA

El déficit de vitamina D está relacionado con la patología cardiovascular

Am J Cardiol. 2008;102:1540-1544.

[Diciembre, 2008]

J m Coll Cardiol. 2008;52:1949-1956.

[Diciembre, 2008]

El déficit de vitamina D se asocia a una mayor frecuencia de patología cardiovascular según unos investigadores del Jefferson Medical College de Filadelfia. Observaron que aumentaba la frecuencia de enfermedades cardiovasculares –incluidas la cardiopatía coronaria, la insuficiencia cardíaca, el ictus y la arteriopatía periférica– al disminuir los niveles de vitamina D. En un segundo estudio, investigadores del Mid America Heart Institute y la Universidad de Missouri en Kansas City observaron que las concentraciones séricas bajas de vitamina D se han relacionado negativamente con la salud cardiovascular, posiblemente porque el déficit de vitamina D activa el sistema renina-angiotensina-aldosterona.



■ **Beta-bloqueantes y mortalidad en la insuficiencia cardíaca**

Arch Intern Med. 2008;168(22):2415-2421 [Diciembre, 2008].

En un estudio que comparó el efecto de distintos beta-bloqueantes, principalmente atenolol, tartrato de metoprolol y carvedilol, sobre la mortalidad de una serie de pacientes adultos que habían sobrevivido a una insuficiencia cardíaca, se observó que el riesgo de mortalidad era ligeramente mayor con el tartrato de metoprolol, de acción más breve, que con el atenolol o el carvedilol, siendo los resultados similares para estos dos últimos compuestos. La muestra se compuso de 7.976 tratados con beta-bloqueantes y se obtuvo de distintas bases de

datos, por lo que se necesitan ensayos aleatorizados que estudien estos efectos en situaciones clínicas reales.

■ **Brote de reacciones adversas por heparina contaminada**

N Engl J Med. 2008;359(25): 2674-2684

[Diciembre, 2008].

Mediante un estudio de casos y controles en el que se incluyeron 21 centros de diálisis que habían notificado ciertas reacciones adversas de tipo alérgico observadas en Estados Unidos a partir del 1 de noviembre de 2007 y 23 que no lo habían hecho, se averiguó que el uso de una heparina fabricada por Baxter era el factor más firmemente asociado a dichas reacciones. La investigación concluyó que la heparina responsable de estas reacciones, con hipotensión, náuseas y disnea en la media hora siguiente a la administración, estaba contaminada por sulfato de condroitina sobresulfatado.

■ **Patología cardiovascular y cáncer en la tercera edad**

BMJ 2008; 337:a2467 [Diciembre, 2008].

En un estudio prospectivo de cohortes realizado con varones se observó que la incidencia de enfermedades cardiovasculares sigue aumentando después de los 80 años, aunque la mayoría de las veces estos procesos se diagnostican tras la muerte. Por su parte, la menor incidencia de cánceres a edades avanzadas parece deberse en gran medida a una reducción de los tumores normalmente detectados mediante cribados. Los resultados indican que los mayores de 80 años padecen un número considerable de patologías sin diagnosticar. Por otro lado, el riesgo de ambas enfermedades se estabiliza en la décima década de la vida, quizá por disminuir la detección y la notificación de síntomas, o porque quienes llegan a estas edades poseen más resistencia.

Con la colaboración de:

■ Tasa de abandonos elevada en las medicaciones vesicales

Obstet Gynecol. 2008;112:1311-1318. [Diciembre de 2008]
 Más de la mitad de las mujeres que toman anticolinérgicos para los síntomas de vías urinarias inferiores indicativos de vejiga hiperactiva abandonan el tratamiento al cabo de seis meses, lo que indica que el cumplimiento terapéutico es malo, según afirman unos investigadores de la Universidad de Pennsylvania en Filadelfia. A los seis meses, el 71% habían dejado la oxibutinina, el 57% habían abandonado la oxibutinina de liberación extendida, el 61% habían dejado de tomar el tartrato de tolterodina y el 54% ya no tomaban el tartrato de tolterodina de liberación extendida.

■ Algoritmo para diagnosticar el parto activo

BMJ 2008; 337: a2642 [Diciembre, 2008].
 Se realizó un estudio en Escocia para comprobar la eficacia de un algoritmo diseñado para ayudar a las comadronas a diagnosticar el parto activo que contó con 4.503 primíparas en 14 maternidades. Los grupos experimentales se compararon con grupos de control que recibieron la asistencia habitual. El estudio no descubrió diferencia alguna entre los grupos en cuanto al uso de oxitocina o intervenciones médicas de otro tipo durante el parto. Además, en el brazo experimental hubo significativamente más mujeres dadas de alta y enviadas a casa tras la primera evaluación tocología, así como más ingresos previos al parto.

■ No se observan relaciones entre la carne y el cáncer de intestino delgado

Cancer res. 2008;68:9274-9279. [Noviembre, 2008]
 El consumo de carnes rojas y procesadas no se asocia *per se* a un mayor riesgo de cáncer de intestino delgado, pero el consumo elevado de grasas saturadas sí lo hace y de forma drástica, según un estudio del National Cancer Institute. Los investigadores no hallaron ninguna relación significativa entre el consumo de carnes rojas o procesadas y el riesgo de adenocarcinomas o tumores carcinoides. Sin embargo, los investigadores sí encontraron una asociación significativa entre el

consumo de grasas saturadas y el riesgo de tumores carcinoides.

■ Hierba china eficaz para la psoriasis en placas

Arch Dermatol. 2008;144:1457-1464. [Noviembre, 2008]
 Unos investigadores de Taiwan han descubierto que la aplicación tópica de una pomada hecha a base de la hierba *Indigo naturalis* constituye un tratamiento seguro y eficaz de la psoriasis en placas crónica. Después de la aplicación de *Indigo naturalis* se observó una reducción significativa de la descamación, el eritema y la induración.

■ Una combinación de fármacos reduce el riesgo de episodios cardiovasculares

N Engl J Med. 2008;359:2417-2428. [Diciembre, 2008]
 El tratamiento combinado con benazeprilo, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, y amlodipina, un bloqueador de los canales de calcio, es superior al tratamiento combinado con benazeprilo e hidroclorotiazida, un diurético, para prevenir los episodios cardiovasculares, según unos investigadores del Sistema de Salud de la Universidad de Michigan en Ann Arbor. La combinación de benazeprilo y amlodipina se asoció también a un riesgo significativamente reducido de las muertes por causas cardiovasculares, los infartos de miocardio y los ictus.

■ Las pautas profilácticas más breves son mejores para la tuberculosis

Ann Inter Med. 2008;149:689-697. [Noviembre, 2008]
 Un estudio canadiense descubrió que, frente a la tuberculosis latente, un régimen profiláctico breve de rifampina durante cuatro meses produce en los pacientes mejores resultados que la isoniazida durante nueve meses. Los investigadores refieren que más pacientes completaron el tratamiento con rifampina (78%) que el régimen de isoniazida (60%). Diecisiete de los 422 pacientes tratados con isoniazida y siete de los 418 tratados con rifampina presentaron reacciones adversas de grado 3 ó 4.



Sección elaborada conjuntamente con la revista electrónica C@p de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria a través de la que puede acceder al texto completo (<http://www.cap-semfyc.com>).

Sección patrocinada por:


sanofi pasteur MSD
 vacunas para la vida

Líderes en la prevención



difteria, tosferina, meningitis, rubéola, rabi
varicela, cáncer de cuello de útero
por virus del papiloma humano

rubéola, **gripe**, tosferina, meningitis,
sarampión, rabia, hepatitis-B, tétanos,
**cáncer de cuello de útero por
virus del papiloma humano**

herpes zóster, sarampión, meningitis,
tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis
**gastroenteritis pediátrica por
rotavirus**

neumonía neumocócica,
difteria, rubéola, **varicela**, sarampión

difteria, tosferina, sarampión, meningitis, rubéola,
gripe, poliomielitis, rabia, hepatitis-B, varicela



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

La lanceta

Cuando ruge la marabunta

Rugen las féminas en las aulas de las facultades de Medicina catalanas, pero, ¡ay!, ya no está Charlton Heston para detener su avance imparable. No importa. Marina Geli, protagonista de un rodaje-coloquio que recientemente tuvo lugar en la sede de la Real Academia de Medicina de Barcelona (RAMC), parece que aspira a ocupar su papel en la lucha contra la feminización de la Medicina, la marabunta del siglo XXI. Hay que poner coto, levantar muros para que la voracidad de las mujeres que en Cataluña aspiran a ser médicas se aplaque, para que ellas no dominen –al menos numéricamente– a sus opuestos de género, para que los trabajadores del sector sanitario puedan conciliar la vida laboral y familiar.

¡Por Montilla, dónde vamos a parar!

Ése, el de la conciliación, fue el argumento principal que la consejera de Sanidad de la Generalidad catalana esgrimió en la RAMC a la hora de sugerir la necesidad de revisar el proceso para acceder a la universidad con el fin de evitar la excesiva feminización de la profesión médica. Y encontró la causa de tal temor en “la forma de seleccionar a los estudiantes, en función de la nota de corte, puesto que las chicas acostumbran a tener un mejor currículo académico”. Y se quedó tan ancha, como insinuando: “Chicos, tenéis que aplicaros más”.

Pero, vamos a ver: ¿no habíamos quedado en que “debemos seleccionar los mejores académicamente”? Lo de la conciliación está bien, pero ellos ya cambian pañales, hacen la comida y las camas, bañan y duermen a los bebés, obtienen permisos paternales... No obstante, Geli

dijo que habría que tener en cuenta otros factores, aparte del *currículum*, para que la mujer acceda a los estudios de Medicina. ¿De qué factores se trata? ¿Serían factores aplicables también a los hombres?

Existen otras profesiones y actividades muy feminizadas, como servicios sociales o Magisterio, que no despiertan, de momento, esta preocupación. Además, nunca se pusieron cortapisas a la masculinización de la Medicina.

La consejera Geli, que en su día tuvo el valor de lanzar a los cuatro vientos el tema del copago recogiendo tempestades, desparramó su argumentario, un tanto contradictorio, en un marco netamente machista: de los 58 académicos numerarios que tiene la RAMC, sólo tres (el 5 por ciento) son mujeres; y en su Junta de Gobierno, de once miembros, no se sienta ninguna fémina. Eso, sí, tan prudente elección del lugar (¿o se hizo a propósito?) se compensaba con la presencia, como protagonistas del rodaje-coloquio, de seis mujeres (ningún hombre), y cada una de las otras cinco contó la feria según le había ido.

Mientras Marina Geli apelaba a la “nota de corte”, las demás intervinientes no se cortaron un pelo a la hora de defender la feminización y los derechos de las mujeres en general, y de las médicas en particular, a ocupar más cargos de responsabilidad en las organizaciones sanitarias, y salieron de allí con nota alta, según la crónica verbal de testigos presenciales. ■



Gonzalo San Segundo*

*Director asociado de *Medical Economics*.

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

Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)

La importancia de un diagnóstico precoz

Cada año varios miles de mujeres son diagnosticadas en España de cáncer de mama. Uno de los principales objetivos de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) es concienciar a la sociedad y especialmente a las mujeres de la importancia de la detección precoz.

Por Cristina García Blanco

» FECMA representa a 33.000 mujeres afectadas por esta patología y, como entidad sin ánimo de lucro, trabaja al servicio del colectivo de mujeres con cáncer de mama.

» Desde la Federación Española de Cáncer de Mama se reclama que todas las mujeres diagnosticadas de esta dolencia tengan las mismas posibilidades de tratamiento.

El cáncer de mama es una enfermedad cuya frecuencia aumenta progresivamente en las sociedades industrializadas. En España hay 16.500 nuevos casos de cáncer de mama cada año, lo que supone el 30 por ciento de todos los tumores femeninos y la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. Sin embargo, en estos momentos no es sinónimo de muerte y si se detecta a tiempo, las probabilidades de curación son muy altas, según los expertos. Por ello es muy importante que se facilite a todas las mujeres el acceso a la detección precoz de posibles tumores en las mamas. Su diagnóstico precoz y las armas terapéuticas actuales permiten que las tasas de curación del cáncer de mama alcancen alrededor del 75 por ciento de los casos.

La Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA) representa a 33.000 mujeres afectadas por esta patología y, como entidad sin ánimo de lucro, trabaja al servicio del colectivo de mujeres con cáncer de mama, desde su constitución, en el año 2000. Hoy son 34 asociaciones de mujeres con cáncer de mama de todas las comunidades autónomas las integradas en la Federación.

FECMA está consolidada como referente en el apoyo y la ayuda a las mujeres que padecen cáncer de mama y todas las actividades que lleva a cabo tienen, entre otros objetivos, insistir en la decisiva importancia de la detección precoz de la enfermedad y apoyar los esfuerzos vinculados a esta patología en los ámbitos de la sanidad y la investigación. Precisamente uno de sus principales objetivos es concienciar a la sociedad y, especialmente a las mujeres, de la importancia de realizarse mamografías periódicas que diagnostiquen a tiempo la enfermedad. Se trata del mejor

procedimiento diagnóstico de que se dispone, y en este sentido, los estudios científicos realizados demuestran que someterse a mamografías de forma regular mejora la supervivencia y salva vidas en mujeres mayores de 50 años. Así, los expertos aseguran que es fundamental que la mujer comience a someterse a estas pruebas a partir de los 35 años de edad y a partir de los 45 se recomienda una mamografía anual.

Como grupo de autoayuda, FECMA atiende a los problemas que sufren las mujeres con cáncer de mama, ya sean de tipo físico, psicológico, social o laboral, prestando especial atención a las secuelas derivadas de la enfermedad. En este sentido, FECMA ha llevado a cabo un estudio sobre las implicaciones laborales del cáncer de mama con el objetivo de llamar la atención sobre la influencia de la enfermedad en algunos casos en el trabajo y en las posibilidades de proyección profesional. Asimismo, la Federación se plantea como objetivos prioritarios la formación, divulgación e investigación en todo lo relacionado directa o indirectamente con el cáncer de mama.

Por otro lado, desde la Federación Española de Cáncer de Mama se reclama que todas las mujeres diagnosticadas de esta dolencia tengan las mismas posibilidades de tratamiento. Para ello la Federación considera necesario que aumente la cohesión territorial, para que el acceso a los tratamientos no dependa de la comunidad autónoma donde reside la paciente. Asimismo, se considera vital disponer de una estrategia común a nivel europeo, que contribuya a reducir las repercusiones del cáncer y a acortar las distancias en cuanto a incidencia, mortalidad y supervivencia existentes hoy en los estados miembros de la Unión Europea. ■

"Mientras exista una mujer con cáncer de mama, no podemos bajar la guardia"



Antonia Gimón

Presidenta de FECMA y de la Asociación para la Ayuda a las Mujeres con Cáncer de Mama (AMUCCAM) de Cantabria. Además, forma parte del Consejo de la Mujer y del Observatorio de Salud de Cantabria.



PREGUNTA: ¿Qué actividades lleva a cabo la Federación?

RESPUESTA: Somos una organización independiente, sin estructuras profesionales; una Federación de Asociaciones de mujeres –pacientes–, con creciente presencia en la sociedad, con reconocimiento de interlocución y colaboración con las administraciones sanitarias. Nos importa compartir información, experiencias y ganas de vivir; colaborar para fomentar la participación de las mujeres en las campañas de detección precoz; mantener interlocución con instituciones y administraciones; fomentar la cultura de la calidad, etc. Nuestra Federación quiere ser una conciencia social activa y crítica sobre este problema e incidir para que la sociedad sea receptiva a los problemas sanitarios y socio-laborales derivados del cáncer de mama. Colaboramos en programas de información y educación para la salud destinados a mujeres, apoyamos iniciativas que inciden en hábitos de vida saludables.

P. ¿Están las mujeres españolas suficientemente concienciadas sobre la importancia del diagnóstico precoz?

R. Existe información, aunque la participación en algunas comunidades no es tan alta como fuera deseable. Hay estudios que afirman que el 90 por ciento de los casos de cáncer de mama se cura si se diagnostican precozmente. Lo importante es destacar la importancia que tiene la detección precoz del cáncer de mama para mejorar las cifras de supervivencia y para evitar, en muchos casos, las intervenciones más agresivas. Los Programas de Detección Precoz deben ser responsabilidad del Sistema Público de Salud. Ha mejorado la participación de la mujer en los Programas de Detección Precoz, pero aún tiene que aumentar esa participación mejorando las campañas de información.

P. ¿Cómo y con qué medios ayudan a la mujer diagnosticada?

R. Cuando una mujer con cáncer de mama se vincula desde el principio del diagnóstico o durante el tratamiento a alguna de las asociaciones integradas en FECMA, ello repercute positivamente, porque es una forma de compartir experiencias y, si lo necesita, recibir algunas prestaciones como el apoyo psicológico, que normalmente no se presta en la sanidad pública o ayuda para otras secuelas de la enfermedad: consecuencias sociales y laborales, Linfedema, etc. Una asociación de mujeres con cáncer de mama puede orientar y ayudar a enfrentarse a las dudas, a las preguntas, a los miedos.

P. ¿Cómo valora los últimos avances en el tratamiento?

R. Aunque hayan mejorado los métodos de diagnóstico, los tratamientos que se aplican, el acceso a los fármacos más innovadores o a los avances en investigación, sabemos que para ganar al cáncer de mama queda camino por recorrer y esfuerzos por desarrollar. Mientras exista una mujer con cáncer de mama, no podemos bajar la guardia.

P. ¿Cuáles son sus principales demandas a la Administración?

R. Todas las comunidades deben disponer de registros homogéneos y actualizados de cáncer y tumores. La eficacia en los tratamientos oncológicos debe basarse en la asistencia integral a las mujeres con cáncer de mama, en los planes terapéuticos personalizados, en la atención a las mujeres jóvenes en edad fértil, en los equipos multidisciplinarios que incluyan la especialidad en el tratamiento del Linfedema y en los cuidados paliativos para pacientes de cáncer de mama en estadios avanzados. ■

Albert Jovell Fernández, presidente del Foro Español de Pacientes

“La paternidad, no el cáncer, ha impulsado mi vida”

Este médico barcelonés nacido en 1962, padre de dos hijos de 7 y 10 años, ha mamado la Medicina por los cuatro costados: hijo de un médico de cabecera, casado con una médica y hermano de médica. Sin embargo, confiesa que sólo ejerció la profesión durante la mili, y que hizo Sociología porque “me sentía bastante desilusionado con la enseñanza que recibía y con el hospital”. Albert Jovell lucha sin descanso a favor de la dignidad y los derechos de los pacientes y contra un cáncer desde 2001, batalla que narra con tremenda y escalofriante serenidad en Cáncer: biografía de una supervivencia.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: Usted es hijo de un médico de cabecera. ¿A quién tiene por cabecera?

RESPUESTA: Por cabecera yo tengo a mi familia y algunos amigos, que suelen ser personas de los tiempos del colegio, amistades que se han ido consolidando con el paso de los años. Algunos son compañeros de la Facultad de Medicina. Los cónyuges se han incorporado a la relación, los hijos son amigos, etcétera.

P. Hijo de médico, en su familia todos son médicos. ¿Desearía que alguno de sus hijos lo fuera?

R. No sé lo que serán mis hijos, lo que quiero es que sean felices. Venimos de una herencia en la que el hecho de ser médico se consideraba como algo muy importante y se vivía con mucho orgullo la profesión. En la familia ya somos muchos médicos, pero no me importaría que alguno de ellos también lo fuera, aunque no quisiera condicionarlos.

P. Cuando le diagnosticaron en junio de 2001 el tumor de timo, supongo que se le caería el mundo encima...

R. Fue un golpe muy duro. Además mi mujer estaba embarazada de nues-

tro segundo hijo. Yo me sentía personal y profesionalmente muy pletórico, con una proyección importante, y la aparición del cáncer fue una ruptura bastante brutal.

P. ¿Ya no lo es?

R. Bueno, después de siete años aprendes a convivir con la enfermedad y con todo lo que conlleva: controles, mucha incertidumbre, miedo... Pero luego, esa proyección personal y profesional se ha acentuado.

P. Y se puso a luchar contra la enfermedad y a favor de los pacientes...

R. Desde la dirección de la Biblioteca Josep Laporte ya habíamos hecho estudios y encuestas con pacientes, pero es verdad que esa línea de trabajo la aceleramos tras el diagnóstico.

P. ¿Cómo un médico, y sociólogo, se mete a organizar a los pacientes?

R. Nos lo pidieron en el año 2004 algunas asociaciones de pacientes, pues en Bruselas les exigían una organización transversal, que representara a asociaciones, no sólo a una enfermedad concreta. Esas asociaciones decidieron fundar el Foro Español de Pacientes y

nosotros, desde la Biblioteca Josep Laporte, pusimos la organización. Y me eligieron presidente del Foro. La verdad es que somos un equipo especializada en aprovechar las oportunidades.

P. ¿Cuál es el balance del Foro a finales de 2008?

R. Hemos pasado de 195.000 afiliados en el proceso constituyente, a unos 500.000, con un total de 861 asociaciones de pacientes. Nos faltan algunas organizaciones, como alguna de salud mental, del riñón...

P. ¿Le influyó en la dedicación a los pacientes la enfermedad de su padre, la suya propia o ambas?

R. La enfermedad de mi padre, que murió de cáncer, influyó en que fuera más sensible a la situación de los pacientes, y la mía aceleró algunos boquetes de proyectos que teníamos en mente, como la Declaración de Barcelona y la Universidad de los Pacientes.

P. ¿Qué le impulsó a escribir y a publicar en abril de 2008 Cáncer: biografía de una supervivencia?

R. El libro lo había elaborado como testimonio para mis hijos, por lo que

quedaba en el ámbito privado. Y a raíz de una entrevista que me hicieron para *El País*, Editorial Planeta se interesó por el contenido y, a partir de ahí, quitamos las partes menos trascendentes o más íntimas y añadimos otras más útiles, más interesantes para los pacientes y los profesionales.

P. El libro finaliza con esta frase: "Yo era uno de aquellos niños a los que su padre se veía obligado a dejar a media película"...

R. Mi padre abandonaba el cine porque algún paciente le necesitaba. No era una huida ociosa, sino necesaria. Siempre que iba al cine decía al acomodador dónde se sentaba, y veías cómo le venían a buscar. Yo no era un niño que me había criado en un hogar donde mi padre tenía un horario de trabajo. Era normal que le fueran a buscar a casa a las tres o las cuatro de la mañana.

P. ¿Sigue yendo al cine?

R. Más que ir al cine, soy un comprador de películas. Tengo una buena videoteca y suelo ver las películas haciendo bicicleta estática, una cada dos días. Mi enfermedad me ha obligado a hacer deporte, que lo tenía olvidado, y a perder peso. Aunque la evidencia científica no es concluyente, cuando haces deporte los efectos secundarios se toleran mucho mejor.

P. En poco más de un año ha publicado ya tres libros. Además del citado, están *El liderazgo afectivo* y *La confianza*...

R. El primero surgió de un petición que me hicieron a partir de múltiples conferencias y lo único que hice fue darle una coherencia argumental. *La confianza* sí fue una petición específica de un editor, y lo escribí en un intenso mes de agosto de 2007.

P. ¿Se siente usted un líder que inspira confianza?

R. Esto debería contarlo la gente que trabaja conmigo. Muchos de ellos llevan conmigo muchos años, y esto se traduce en confianza.

P. En realidad, creo que usted no ha ejercido la profesión de médico, terminó la carrera de Medicina e hizo Sociología. ¿Algo le desilusionó?

R. Ejercí un año, durante el servicio militar, que lo hice en siete cuarteles diferentes en Cataluña. Lo hice al terminar la carrera, de soldado. Y abandoné la Medicina por múltiples motivos. Yo formaba parte de una tertulia de amigos donde había economistas y otras disciplinas. Pero ya cuando estudiaba cuarto me sentía bastante desilusionado con la enseñanza que recibía, que no era buena —dejé de ir a bastantes clases porque no me aportaban nada—, y con el hospital, donde veía que el trato a los pacientes no era tan humano como el que estaba acostumbrado a ver en casa. Y decidí, una vez terminada Medicina, irme a estudiar Sociología, porque me parecía una carrera que te ofrecía una visión de la vida más amplia, menos reduccionista que la Medicina. Aunque a mí la clínica me gusta mucho, de hecho mi tesis americana fue la evaluación de la práctica clínica.

P. ¿Cree que en la actualidad el hospital trata mejor a los pacientes?

R. Depende de muchos factores: especialidades, pacientes... El hospital tiene ahora un componente cada vez más acentuado que es la innovación tecnológica, que ha supuesto beneficios, pero también una pérdida en la empatía, en la comunicación médico-paciente. Pero la sensación que yo tengo es que los hospitales siguen siendo factores industriales donde la tecnología y la organización podría hacerse mucho más amable y empática de cara a los pacientes.

P. ¿Tiene miedo a algo o a alguien?

R. A las consecuencias indeseables de la enfermedad, pero no es algo que me obsesione. La muerte la tengo aceptada, ya lo he dicho varias veces públicamente, pero no quiero pensar en el tramo final.



"Mi familia me hace tirar hacia delante".

P. ¿De qué sabe más: de su enfermedad o de la persona que la padece?

R. El territorio de la enfermedad pertenece a los médicos que me tratan. Yo intento estar ahí, saber algunas cosas... Me preocupa más la persona, no tanto por ella misma, sino por los que dependen de mí. Mi familia es la gasolina que me hace tirar hacia delante.

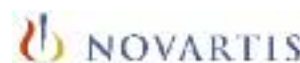
P. Usted ha dicho: "Detrás de la desconfianza hay mucho miedo e inseguridad"...

R. Sí, pero yo soy una persona muy segura en casi todo. Tengo una red de seguridad importante en mi familia, amigos y compañeros de trabajo. Y he tomado importantes decisiones económicas que han sido muy razonadas. Por ejemplo, hace seis años puse mi hipoteca a plazo fijo cuando todo el mundo la ponía a interés variable. Ahora mi banco pierde dinero conmigo.

P. Su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Cataluña, en marzo de 2008, versó sobre la confianza...

R. Confianza en general, en la gente. Para mí, la confianza es como una tarjeta de crédito. Yo confío en todo el mundo mientras no me demuestren lo contrario. Es una educación que recibí en Estados Unidos, aunque aquí hay una crisis de confianza. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Gestión en Atención Primaria

Captación de nuevos profesionales



Carmen Palomino Sánchez*

» El trabajo en AP resulta poco atractivo para los residentes, por las cargas excesivas de trabajo, la falta de ofertas de empleo más o menos estables y el desencanto de los profesionales.

» Además se llevó a cabo la reapertura de la bolsa de empleo para la incorporación de nuevos profesionales, informando personalmente de la nueva modalidad de contratación.

En los últimos años se ha podido observar en Baleares, al igual que en otras comunidades, dificultades a la hora de cubrir plazas vacantes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) y Pediatría de Atención Primaria (AP), así como para la cobertura de ausencias y permisos de los profesionales titulares de los Equipos de Atención Primaria (EAP) y la Atención Continuada.

Los motivos de la aparente falta de médicos en España, y concretamente de especialistas en MFyC, son múltiples. Aunque en el último estudio de la OCDE, España se sitúa por encima de la media de los países de nuestro entorno en número de médicos por habitante, la realidad es que, el tanto por ciento de especialistas en MFyC no llega al 30 por ciento, siendo además la frecuentación de los pacientes al primer nivel asistencial, superior a la media europea. El descenso de estudiantes que se titulan en Medicina, la falta de planes de estudio en las facultades que incluyan la Atención Primaria, hace poco atractivo para el médico recién licenciado, y que se presenta a las pruebas MIR por primera vez, el escoger la especialidad de MFyC.

Además el trabajo en Atención Primaria resulta poco atractivo para los residentes que sí optaron por esta especialidad, por las cargas excesivas de trabajo, la falta de ofertas de empleo más o menos estables y el desencanto de los profesionales que no ven claras las expectativas laborales y encuentran que la Administración no actúa ante un modelo de Atención Primaria que ha quedado obsoleto, sin adaptarse a las demandas de una sociedad cambiante. En la Gerencia de Aten-

ción Primaria de Mallorca (GAP), concretamente, un 40 por ciento de los MIR formados en nuestra Unidad Docente han optado por trabajar en otros niveles asistenciales, presentarse de nuevo a las pruebas MIR para elegir otra especialidad, o simplemente dejar de ejercer la profesión.

Esta situación ha provocado que la GAP se plantease la búsqueda de alternativas y de nuevas formas de gestión de recursos humanos.

El objetivo principal debía ser fijar la política de recursos humanos de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca y ente los secundarios destacan la creación de una Comisión de RRHH, ampliar el número de profesionales cualificados en AP, ofrecer estabilidad en el empleo, incrementar el número de profesionales para dar cobertura asistencial, adecuada a las necesidades de la población y al bienestar de los profesionales, disminuir el número de contratos eventuales y captar y fidelizar a los MIR formados en nuestros centros.

Se puso en marcha una comisión de RRHH formada por coordinadores de los centros de salud y miembros del equipo directivo de la GAP, que estableció los siguientes objetivos para iniciar su andadura: fijar la política de gestión de recursos humanos de la GAP, establecer objetivos a corto y medio plazo, las actuaciones a realizar, así como las alternativas a las dificultades previstas y la evaluación continua del proyecto. La evaluación cuantitativa se realizó mediante una comparativa de gasto en sustituciones 2006/2007 y una previsión de costos para el 2008, mientras que para la cualitativa se remitieron encuestas a todos los coordinadores de los EAP.



Entre las conclusiones aportadas destaca la necesidad de potenciar y/o mejorar el conocimiento del programa informático, circuitos, protocolos, derivaciones, prescripción, etc., así como un análisis de las causas de pérdida de profesionales en las bolsas de sustitutos desde 1997. La Unidad de Atención al Profesional (UAP) realizó un estudio comparativo de las bolsas de trabajo desde el año 1997 al 2007, verificando la pérdida de 256 profesionales médicos durante estos años. Como hemos señalado anteriormente, las causas son múltiples, además de las anteriores y centrándonos en la realidad del día a día, la ausencia de oposiciones y ofertas públicas de empleo, la oferta de trabajo reducida a sustituciones y cobertura de atención continuada, retribuciones por debajo de las establecidas para titulares, oferta insuficiente y poco atractiva para los MIR que finalizan la residencia de MFyC, registro de planes de acción de las diferentes GAP del estado, que nos ha permitido conocer y valorar experiencias y actuaciones ya implantadas. Desde el departamento de Personal y la UAP, nos pusimos en contacto con los departamentos de personal de algunas de las diferentes Gerencias de AP de todas las comunidades autónomas, realizando una serie de preguntas estándar: modalidad de contratación, ofertas realizadas en un año, gestión de bolsas de trabajo, retribuciones, jornada, etc.

El cambio de la modalidad de contrato nos llevó a decidir la implantación de un nuevo modelo de contratación, pasando de nombramientos eventuales de tiempo determinado y de sustitución, a nombramientos eventuales de duración indeterminada, para la cobertura de ausencias, vacaciones y permisos de los profesionales de la GAP.

La nueva relación contractual aporta una serie de ventajas para el profesional y para el GAP. Para el profesional, en cuanto a la estabilidad laboral con cotización continuada en la Seguridad Social, valoración de servicios prestados de modo continuo de cara a futuras oposiciones, retribuciones de cupo me-

dio del Área, incorporación como miembro del EAP y vacaciones y permisos como el resto de los profesionales.

El GAP obtenía disponibilidad de profesionales cualificados y con conocimiento de los centros de salud y de sus circuitos y protocolos, así como fidelización de sustitutos con economía de la gestión, cobertura de imprevistos garantizada.

Incorporación de profesionales

Además se llevó a cabo la reapertura de la bolsa de empleo para la incorporación de nuevos profesionales, informando personalmente de la nueva modalidad de contratación a todos aquellos médicos que habían dejado de inscribirse en nuestras bolsas de trabajo. Asimismo, se puso en marcha una campaña de publicidad a nivel estatal y se implantó un circuito de acogida del nuevo profesional bajo la supervisión de la Dirección Médica.

El incremento de la bolsa de trabajo de MFyC ha supuesto un 25 por ciento, mientras que en la bolsa de MFyC para la cobertura de plazas de Pediatría el incremento ha sido de un 20 por ciento. El incremento de profesionales de las bolsas de trabajo, nos ha permitido la cobertura de 10 plazas de MFyC y 12 plazas de pediatría.

El proyecto en si mismo ha resultado beneficioso, por una parte para el equipo que ha trabajado en el proyecto y, por otra, para los sustitutos habituales que se han sentido reconocidos, además de considerarlo una inversión de futuro.

La Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, además de invertir parte de sus esfuerzos en la captación de nuevos profesionales, está trabajando en la gestión de los EAP, de modo que, cada estamento tenga el valor y las competencias que le corresponden, avanzamos en la formación continuada de los trabajadores, en el desarrollo de la investigación, en el fomento del *benchmarking*, en la promoción de la autogestión y en la elaboración de planes de contingencias para prevenir situaciones sobrevenidas. ■

Sección patrocinada por:

 **Almirall**
Soluciones pensando en ti

*Subdirectora de Gestión GAP Mallorca. **Coautores:** Amalia Gómez Nadal, directora Médica GAP Mallorca; Atanasio García Pineda, gerente GAP Mallorca; Rosa Canet Martorell, directora de Gestión; Manuel Carro Presedo, subdirector Médico; Margarita Baena Llaneras, jefe de Grupo Personal Médico; y Joana Amengual Serra, auxiliar administrativo del centro.

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (II)

La medición de los resultados en salud



Álvaro Hidalgo*

Para poder llevar a cabo un análisis de evaluación económica es necesario cuantificar los costes de las tecnologías sanitarias que estamos evaluando y los resultados que producen sobre la salud de los pacientes. Es precisamente la forma de medición de los resultados sobre la salud, la que determinará el tipo de análisis de evaluación económica que vamos a llevar a cabo, como veremos en próximos artículos.

Por tanto, la medición de la salud es el aspecto más sustantivo precisamente para valorar los progresos en la mejora del estado de salud de la población. Está ligada a dos aspectos interrelacionados: cómo se define la salud y cuál es el propósito de la medición. Habitualmente, se emplean indicadores de salud que deben representar un intento riguroso de reflejar el estado de salud (a través de variable/s susceptible/s de medir dicho estado). Los indicadores tradicionalmente utilizados han sido las estadísticas de mortalidad y supervivencia (esperanza de vida al nacer). Posteriormente, se utilizaron indicadores de morbilidad basados en la incidencia y prevalencia de enfermedades de acuerdo a diagnósticos médicos.

En las últimas décadas, en un intento de paliar los defectos observados en los indicadores existentes, han proliferado instrumentos que han tratado de reflejar otros aspectos de la salud. En este sentido cabe destacar el intenso desarrollo que han tenido los indicadores psicológicos, sociales y de medición de la calidad de vida que, entre otras cosas, han intentado reflejar los aspectos positivos del fenómeno salud, así como introducir el componente social. Existen dificultades en identificar un estado de salud determinado, especialmente en la observación e interpretación de los test diagnósticos. La utilización de este tipo de indicadores permite conocer el impacto de las intervenciones sanitarias sobre la salud y el bienestar de los pacientes, señalando cómo mejora o empeora la calidad de vida relacionada con la salud.

Por tanto, la calidad de vida es un concepto amplio en el que, además de la salud, se incluyen otros factores de tipo económico, educativo, medio ambientales, etc. En esta línea, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto que agrupa tanto elementos que forman parte del individuo, como aquellos externos a éste pero que interaccionan con él y pueden cambiar su estado de salud. Así la podríamos definir como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocadas por una enfermedad, tratamiento o política.

Medir la calidad de vida

En la mayoría de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud se destacan tres elementos: la importancia del estado funcional (físico, social y mental) en la multidimensionalidad del concepto; la subjetividad de la aproximación a la medición del estado de salud; y, la obtención de un número que represente la preferencia por el estado de salud. Para medir la CVRS encontramos dos grandes familias de instrumentos: los genéricos y los específicos. Dentro de los primeros, podemos distinguir entre los perfiles de salud y las medidas de utilidad.

Los perfiles de salud son aplicables a poblaciones muy diferentes, ya que cubren distintas dimensiones (física, mental, social,...) de la calidad de vida. Sirven muy especialmente para la evaluación de terapias (antes-después), como medida de comparación entre grupos de pacientes con enfermedades crónicas, como fuente de información complementaria del paciente en la práctica clínica y como instrumento de ayuda en la toma de decisiones clínicas y de política sanitaria. Los más utilizados y de naturaleza genérica, son el *Sickness Impact Profile* (Perfil de consecuencias de la enfermedad), el *Nothingham Health Profile* (Perfil de salud de Nottingham) y, más recientemente, el SF-36.

» La calidad de vida es un concepto amplio en el que, además de la salud, se incluyen otros factores de tipo económico, educativo, medio ambientales, etc.

» Las medidas de utilidad permiten obtener índices que se basan en las preferencias expresadas o utilidades que los individuos asignan a distintos estados de salud.

Las medidas de utilidad permiten obtener índices que se basan en las preferencias expresadas o utilidades que los individuos asignan a distintos estados de salud. La escala de medida suele ir de 0 (peor estado de salud imaginable) a 1 (mejor estado de salud imaginable). Las más utilizadas son la Matriz de Rosser y Kind, la Quality of Well-Being Scale (Escala de Bienestar) y, más recientemente, el EuroQoL (con una segunda parte consistente en una escala visual analógica que va de 0 a 100). La ventaja de las medidas de preferencia es que permiten obtener una sola puntuación que corresponde con la CVRS, y esta puntuación puede utilizarse como coeficiente de ajuste en la determinación de la calidad para calcular los años de vida ajustados por calidad (AVACs o en inglés QALYs). Las principales limitaciones de este tipo de medidas son de tipo metodológico y derivadas del hecho de que al proporcionarnos una puntuación agregada es difícil conocer cuáles son los determinantes del aumento o reducción de la CVRS. Otro problema adicional es que pueden ser poco sensibles para registrar cambios clínicos menores pero importantes (por ejemplo, efectos adversos leves-moderados).

Por su parte, los instrumentos específicos incluyen sólo los aspectos importantes de una determinada enfermedad (por ejemplo, artritis), para valorar ciertas funciones o un determinado síntoma clínico. La ventaja de este tipo de instrumentos es su alta sensibilidad ante el problema de salud específico y la desventaja es que no permite comparar distintas patologías, no siendo útil para conocer

la eficiencia relativa de las distintas intervenciones sanitarias. Por el contrario, en el caso de los instrumentos genéricos (perfiles de salud y medidas de utilidad) antes mencionados nos encontramos con el problema inverso: nos permiten realizar comparaciones entre distintos tipos de tecnologías sanitarias aplicadas a los tratamientos de distintos problemas de salud, pero en ciertos casos pueden adolecer de una cierta falta de sensibilidad y especificidad.

Un ejemplo de medida de salud sería el empleo de los AVAC (QALY) en los estudios relativos a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Es un proceso lentamente progresivo, que se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica y no totalmente reversible al flujo aéreo. Para la clasificación de la severidad de la EPOC se utiliza el sistema de estadificación GOLD con cuatro estadios: leve, moderado, severo y muy severo. Un estudio con 1.235 pacientes de 13 países señaló que las medidas de utilidad utilizando el EQ5D de los pacientes con un estadio moderado era 0,79, para los pacientes con una EPOC severa 0,75 y para los de estadio muy severo de 0,65. Estos resultados implican en un período de 10 años, que los AVAC de una persona con EPOC moderada serían 7,9; de 7,5 para el caso de un estadio severo y de 6,5 años para pacientes con EPOC grave. De esta forma, aunque los años vividos son los mismos, 10, el padecer EPOC supone una pérdida de calidad de vida que se traduce en un número menor de AVAC. ■



Para saber más:

Resumen de enlaces de diferentes instrumentos de medida de la salud empleados en evaluación económica

(<http://www.healthconomics.com/questionnaires.cfm>)

Información sobre el SF-36 (<http://www.sf-36.org/>)

Página del grupo Euroqol5d (<http://www.euroqol.org/>)

La medida de la salud: guía de escalas de medición en español.

Badía, Xavier; Alonso, Jordi. Fundación Lilly. Barcelona: Tecnología y Ediciones del Conocimiento, 2007.

Sección patrocinada por:



cien números

yas portadas aquí se reseñan de forma resumida. Dichas portadas, mejor dicho, los temas principales que figuran en ellas, sumaron un total de 114,5 páginas, sin contar los números 2 y 10, dedicados, respectivamente, a informar acerca de los premios que anualmente otorga la revista y sobre nuestro 5º Aniversario.

Un año, el 2008, marcado por el no del Parlamento Europeo a la semana laboral de las 60 horas, consecución en la que los médicos de la Unión Europea tuvieron un protagonismo destacado; por los históricos descensos de los tipos de interés, tanto en Estados Unidos, Japón y Europa (aquí menos, de momento), y el batacazo de las cotizaciones bursátiles; por la constitución

del Foro de la Profesión Médica, que permite al colectivo profesional tener una sola voz y representación ante la Administración; por la generalización de la consideración de delito a las agresiones a los profesionales sanitarios, aunque la ley aún no lo especifique como tal; por la sentencia que archiva el caso Leganés y exculpa de toda mala práctica médica a Luis Montes y a sus compañeros del anterior Servicio de Urgencias, asunto éste al que MEDICAL ECONOMICS dedicó once páginas de profundo análisis bajo el título *Impacto en los cuidados paliativos*, desde diversas ópticas de reconocidos expertos, incluida la del propio doctor Montes. La lista de hechos reseñables es larga.



Número 100 de Medical Economics.



Un año, asimismo, en el que MEDICAL ECONOMICS incorporó dos nuevas secciones de periodicidad mensual: *Gestión en Atención Primaria* (la primera entrega se publicó en el último número de 2007) y *De Cerca*, patrocinadas por Pfizer y Novartis, respectivamente. La sección *De cerca* pretende, en forma de entrevista, ofrecer el lado más humano y menos conocido de insignes personalidades del sector sanitario español.

Además, la revista publicó su número 100 el pasado mes de noviembre, centenario que celebramos ahora, junto con la entrega de nuestros premios anuales, ya iniciado el sexto año de vida de la revista. La portada del número centenario estuvo dedicada al debate que suscitó la mesa redonda sobre *Outsourcing sanitario: ¿Una forma de gestión o de privatizar servicios?*

Como saben nuestros lectores, MEDICAL ECONOMICS publica un amplio resumen del contenido de las mesas redondas que celebra, que sumaron seis el año pasado, con la participación de una treintena de expertos. La revista destinó a informar acerca de esos actos 42 páginas, que representan el 37 por ciento del

total de páginas dedicadas a los temas de portada en 2008.

De las 20 portadas del año pasado, nueve estuvieron consagradas a los profesionales y sus circunstancias formativas y socioeconómicas, con títulos como *Hay más vida fuera de la Medicina, Los otros médicos, ¿Se siente el médico representado por colegios, sindicatos, sociedades y asociaciones?*, *El médico extranjero en España, ¿Para qué sirve el colegio?* y *Cómo aprender a ser mejor profesional*. Las tres últimas fueron producto de otras tantas mesas redondas.

Mención especial merecen en este apartado las portadas dedicadas a la encuesta salarial que en exclusiva la revista ofreció a sus lectores, tanto las referidas a las retribuciones de los médicos españoles como a las de sus colegas estadounidenses, y cuyos resultados fueron presentados en la sede de la OMC con amplia repercusión en los medios de comunicación.

Otras cinco portadas tuvieron como temática la gestión, la práctica profesional y la malpraxis. A ello hacen referencia los títulos *Estrategias defensivas en tiempos de crisis, Cómo tratar a los pacientes sin cita, ¿Contribuye usted a empeorar su caso?* y las mesas redondas que ver-



saron acerca de la externalización de los servicios sanitarios y la protección de datos.

La política sanitaria tuvo espacio en dos números bajo los epígrafes *Nuevo mapa político sanitario: La sanidad adelgaza sin investigación* (sobre la creación del Ministerio de Ciencia e Innovación, que dejó al ministro Bernat Soria sin competencias en materia de investigación) y *Elecciones 2008: La Atención Primaria en las urnas*, mesa redonda en la que los portavoces en Sanidad del PSOE, PP e IU desgranaron sus propuestas electorales para mejorar el primer nivel asistencial. El mundo de la economía y las finanzas también estuvo en la primera fila informativa con el tema: *¿Cuánto me da por mi dinero?*

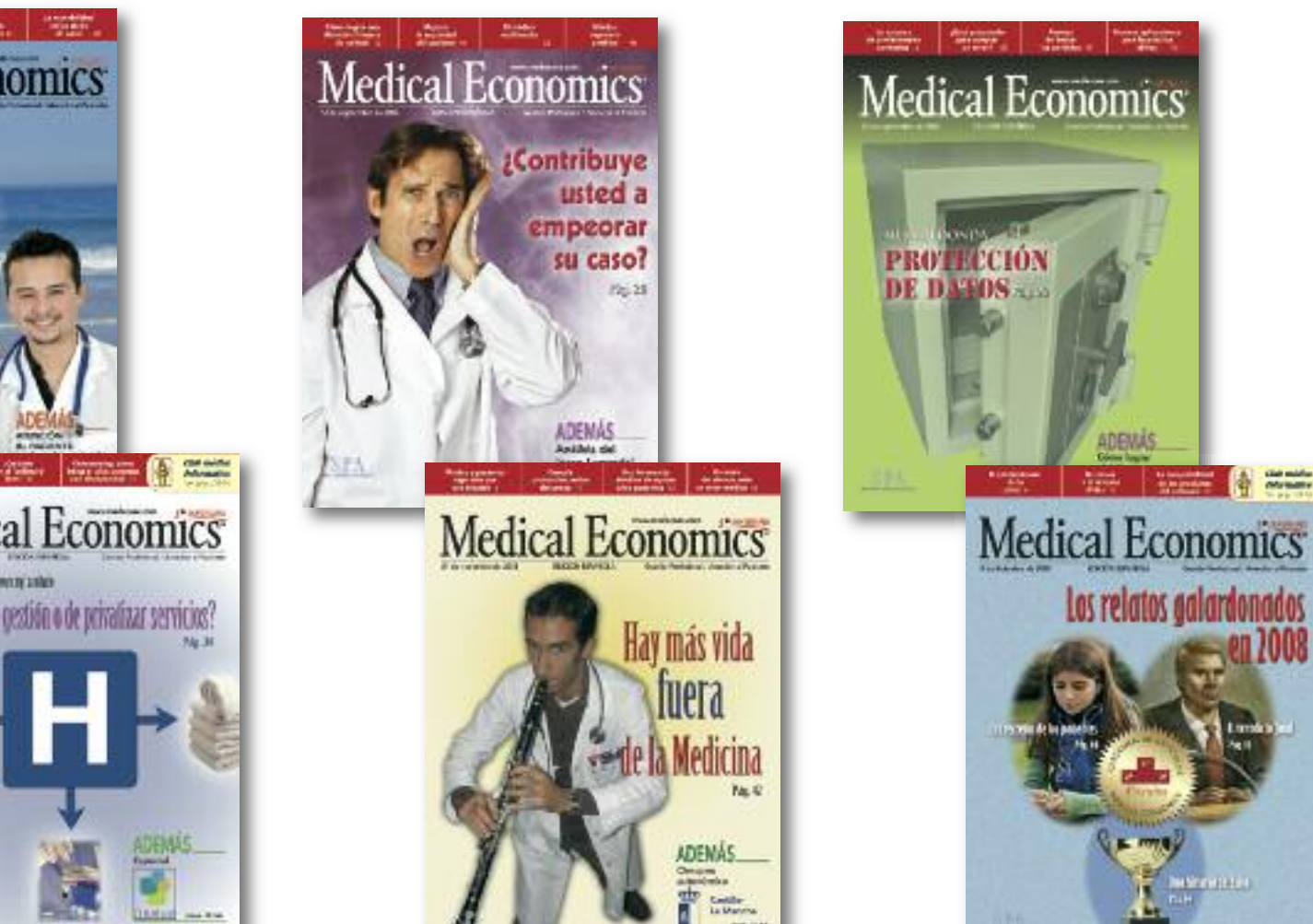
Las portadas de MEDICAL ECONOMICS se completan con tres más, que estuvieron dedicadas a la entrega de los *Premios 2008*, a conmemorar el *5º Aniversario* (mayo 2003-mayo 2008) y a los *Relatos galardonados en 2008* por la publicación homónima estadounidense.

Además de los temas específicos de las portadas, en las mismas se hace mención explícita a otros asuntos que constituyen una actividad indisoluble de la habitualmente informativa de

la revista. Se trata de *Los Jueves de Medical Economics* y otras jornadas de debate que esta publicación organiza acerca de cuestiones relevantes para los profesionales de la Sanidad. En ese marco se celebraron dos: *¿Cómo impulsar la Atención Primaria? Estrategias y aliados* y *El impacto de las nuevas tecnologías y la evolución económica en la prescripción de medicamentos*.

Asimismo, durante 2008 MEDICAL ECONOMICS dio un fuerte impulso a sus chequeos, números especiales, generalmente de 16 páginas, en los que se analiza ampliamente y en profundidad el estado de la Sanidad en las comunidades autónomas, la actividad de la industria farmacéutica, el quehacer de los grupos hospitalarios o el papel innovador de las fundaciones. Castilla-La Mancha, Castilla y León, PharmaMar, Grupo HM Hospitales y el Instituto Roche fueron las entidades chequeadas a fondo por la redacción de la revista. A lo que hay que añadir un especial dedicado a Fisalud, la Feria Internacional de la Salud.

En fin, un año de cambios muy fructífero, que esperamos consolidar, ampliar y mejorar en 2009 con la participación de nuestros lectores. ■



...sobre la Sanidad en España

El Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, compuesto por destacadas personalidades de distintos sectores profesionales, valora la situación actual de la Sanidad española y traza una perspectiva de futuro.

Tecnologías de la comunicación e información en Medicina Crítica



Abelardo García de Lorenzo y Mateo, servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Recientemente se ha publicado que el empleo de *web-browser* en la mayor parte de las UCI es tan habitual como el uso de los catéteres venosos centrales.

Tenemos que tener en cuenta que las UCI, en las que se combinan procedimientos de alto riesgo que presentan complicaciones que potencialmente pueden comprometer la vida, pueden ser definidas como lugares ideales para disponer de las tecnologías de la información y comunicación, ya que casi toda la documentación relevante para el manejo del paciente está disponible electrónicamente, habiéndose conseguido el mayor impacto –sobre la calidad– a nivel de estandarizar, analizar y controlar los procesos clínicos.

Por otra parte, un campo que nos parece muy interesante y que tiene que ver tanto con el mundo académico –con el nuevo plan Bolonia (aprender haciendo)– como con la formación MIR, es el poder emplear este tipo de tecnología para superar las situaciones de no consentimiento informado o de esperar al paciente adecuado.

Ahora bien, aún considerando que el futuro contempla que con la expansión de su empleo se podrá: prevenir errores de medicación (dosis)

teniendo en cuenta el peso, la edad y la función renal; tener en consideración alergias y reacciones medicamentosas cruzadas; mejorar la decisión terapéutica en función de guías clínicas incrustadas en los sistemas; disponer de alertas sobre resultados de laboratorio anormales que requieran acción inmediata y rastrear errores y efectos adversos generando soluciones para aumentar la seguridad, no podemos olvidar una importante premisa y es que aunque la UCI está repleta de nuevas tecnologías y la vida de muchos pacientes dependen de ellas, pocas tecnologías han sido evaluadas correctamente y cuando son sometidas a una cuidadosa evaluación, algunas tecnologías consideradas beneficiosas pueden ser potencialmente peligrosas; es lógicamente en esta línea en la que debemos avanzar.

Crisis y Medicina



Juan Abarca Campal, consejero delegado, del Grupo HM Hospitales.

que el individuo que considere la salud como primer valor, seguirá pagando si puede una doble sanidad, pública y privada. En el caso contrario el afiliado y su familia, salvo que la prima tenga incentivos fiscales, renunciará a su póliza, recurriendo a la sanidad pública que le corresponde, porque la financia de forma obligada.

Hay muchos factores que pueden interferir en la marcha de una buena sanidad. Sin duda alguna, el más importante es la crisis económica que se está produciendo actualmente en nuestro país, aun-

Así pues, los efectos de esta crisis conllevarán a una reducción de actividad en la sanidad privada, que repercutirá en la pública, ya que se sobrecargará de pacientes, con el consiguiente aumento en el gasto sanitario y la demanda asistencial, aumentando de nuevo la demora en este campo y en la tecnología.

Creo que esta crisis económica, debería servir para optimizar los recursos y aprovechar sus sinergias, de forma que ambas sanidades dentro de sus peculiaridades sean complementarias y no competitivas, hasta que ambas se encuentren en condiciones de igualdad.

Alianzas y sólidos vínculos



Albert Jovell Fernández, presidente del Foro Español de Pacientes.

El pasado año ha sido un año de transición. Los proyectos del Foro Español de Pacientes y Universidad de los Pacientes se han ido consolidando alcanzando el primero 861 asociaciones y 460.027

miembros; y el segundo, casi 30 aulas monográficas. Además, la presencia en Bruselas, a través del *European Patient Forum*, se ha reforzado. Asimismo, el Foro ha establecido sólidos vínculos con sociedades científicas y colegios profesionales desarrollando alianzas entre profesionales y pacientes orientadas a la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Lo único que queda como asignatura pendiente es el establecimiento de partenariados con las autoridades sanitarias, donde a excep-

ción de la Generalitat de Catalunya, está resultando complejo establecer mecanismos de colaboración y de participación democrática. Es ahí donde tendríamos que mejorar dentro de un año. En ello estamos.

Faltan especialistas en España



Alfonso Moreno González, presidente del Consejo de Especialidades de Ciencias de la Salud.

Desde hace tiempo se viene insistiendo en la necesidad de especialistas, sobre todo en determinadas especialidades, para poder responder a la demanda que desde diferentes ámbitos se viene solicitando.

Si nos atenemos a macrocifras en relación con Europa, podría decirse con rotundidad que en España no hacen falta médicos; sin embargo, en especialidades y en lugares concretos sí son necesarios más especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Ginecología, Pediatría, Radiología, Anestesiología...

Para intentar paliar este hecho se barajan, entre otras, opciones como la creación de más facultades de Medicina (cinco en este curso académico y otras nueve anunciadas para el próximo curso), más oferta de plazas de especialización (en los últimos tres años se han ofertado más de 500 plazas en cada convocatoria sobre el número de licenciados anuales en las facultades de Medicina), cambios en los modelos de desarrollo profesional, puesta en marcha de la troncalidad, etc.

Sea como fuere, el hecho cierto es que siguen demandándose esos profesionales, por lo que parece adecuado encontrar la solución en la conjunción de todas las propuestas y, aún así, el reto no va a ser fácil debido también a la libertad que tiene el profesional para trabajar donde considere más adecuado, incluyendo por supuesto su traslado a otros países.

Reflexiones sobre la obesidad



Basilio Moreno Esteban, presidente de la Fundación SEEDO.

Hoy día en España hay mucha sensibilidad entre todos los sectores sociales ante el grave problema que esta suponiendo y supondrá la obesidad, debido a su enorme prevalencia en nuestro país.

Ante esta situación existe en España todo un plan de acción englobado dentro de la estrategia NAOS impulsada por el Ministerio de Sanidad, de la que soy coordinador y parte integrante de la misma, orientada a la prevención de la obesidad sobre todo la infantil, justificada en gran medida por la repercusión futura que supondrá esta enfermedad, ya tan prevalente en nuestros niños. Pero ahora viene lo difícil, que es su desarrollo en las diferentes comunidades autónomas.

Sin embargo, aunque la prevención es necesaria, nadie se ha preocupado aún de establecer estrategias de actuación para los pacientes que ya tienen obesidad y/o sobrepeso en España y que suponen 6 millones de personas para el caso de la obesidad y 14 para el sobrepeso, y que entre otras cosas (creación de Unidades de Obesidad, educación, etc.) carecen de la financiación para su tratamiento farmacológico.

Ante esta carencia, la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) propone la creación de un grupo de trabajo multidisciplinar al que llamaremos Plataforma de Lucha contra la Obesidad representado por todos los agentes sociales que participan o que pueden cambiar el curso de esta enfermedad: médicos, pacientes, farmacéuticos, enfermería, dietistas, educadores, maestros, etc.

El objetivo es crear un grupo activo de trabajo que establezca todos y cada uno de los problemas a los que se enfrenta el paciente obeso en España, desde el punto de vista de la salud, li-

mitación de la calidad de vida, aceptación social, relacional y demás problemas; así como poner en marcha estrategias e iniciativas a todos los niveles que permitan una mejor calidad de vida de estos pacientes y su reconocimiento social. En ello estamos y esperamos crear un *lobby* para intentar resolver el problema.

A vueltas con la crisis



Cristina Roldán F. de Gamboa, directora de Asuntos Regulatorios y Científicos de Allergan.

Si ha habido algo relevante durante 2008 y que tendrá con toda seguridad consecuencias, es la crisis económica y su repercusión a todos los niveles sanitarios.

Con un crecimiento prácticamente cero, la dotación presupuestaria para gasto sanitario y dentro de éste el gasto farmacéutico que representa alrededor de una cuarta parte del sanitario, supondrá un esfuerzo y toma de medidas que pasan por diferentes "soluciones": sacarlo de otro lado con merma de esa partida a favor de la sanitaria, repercusión en los agentes mediante reducciones de precios de los medicamentos, prescripción por principio activo, márgenes de distribución y dispensación, genéricos, precios de referencia, etc., como ya se ha venido haciendo, o extender el copago, medida que aunque impopular, empieza a ser considerada en algunos ámbitos. Además de las políticas gubernamentales, impulsando la información y racionalización del gasto a profesionales sanitarios y pacientes. Otra repercusión, sin duda, la sufre la industria farmacéutica, con muchos de sus medicamentos a punto de perder la patente, procedimientos costosos de I+D para seguir innovando, etc., en este sentido quizás los nuevos modelos virtuales podrían abaratar la I+D, y sobre todo el logro de un pacto sectorial integral, que permitiera mantener la inversión necesaria para inno-

var, lo que supondría un pilar básico para la industria y su futuro, así como para la sostenibilidad de nuestro sistema público.

El consenso imprescindible



Enrique Catalán López, consejero ejecutivo de Xanit Hospitales.

Estamos en el inicio de una crisis de consecuencias aún desconocidas; sabemos cuándo ha empezado e intuimos que tocará fondo quizás a finales de 2009.

Creo que los optimistas firmaríamos esta evolución. Lo cierto es que nadie es capaz de asegurar nada. Los expertos se contradicen y entre los distintos países no hay consenso.

En España la estamos sufriendo profundamente. Somos los campeones en producción de desempleo. Los economistas piensan que tenemos grandes problemas estructurales, el sector de la construcción ha tenido una caída espectacular y ha arrastrado a todo su subsector industrial. El mercado laboral es demasiado rígido y requiere reformas urgentes para posibilitar el ajuste y posterior crecimiento.

Todo lo comentado afecta al sector sanitario. Las nuevas iniciativas se dejan para mejores momentos, ya que la falta de capital frustra nuevos proyectos. Nuestro sector siempre ha sido un sector refugio, nos seguimos poniendo enfermos, la necesidad siempre está ahí. Tenemos uno de los sistemas sanitarios mejores del mundo, con costes prudentes y recursos humanos bien preparados; si bien en los últimos tiempos algo escasos. Desde hace algunos años se está intentando una mayor laboralización del sector, esto tiene como consecuencia la introducción de una mayor rigidez en el sistema. En el futuro, si no lo remediamos, las relaciones entre los profesionales de la medicina y los centros y hospitales de-

berán ser laborales. No será posible mantener el régimen de autónomos o los contratos mercantiles. Todo ello traerá como consecuencia la inflexibilidad en el sistema de trabajo, el aumento de la escasez de profesionales y el incremento de costes y de precios, tanto para la sanidad pública como para la privada.

Como resultado habrá cierres de centros y personal del sector que pasarán a engrosar las listas del paro.

Debemos meditar las repercusiones que este tipo de decisiones tienen en el global del sistema sanitario. Es seguro que se llegará a un consenso entre todos los actores para que desde las diferencias de criterio y la discusión lleguemos al acuerdo final, que haga que entre todos seamos capaces de hacer aún mejor nuestro sistema sanitario.

¿Enfermedad pública o privada?



Enrique Gargallo Santa Eulalia, dermatólogo. Clínica Medinorte. Valencia.

Es frecuente leer o escuchar todos los días, en prensa, radio o televisión, noticias que abordan temas relacionados con la sanidad, pero particularmente la gran cuestión ha de debatir es la disociada relación de sanidad/medicina pública o privada.

Se buscan las diferencias para llegar a la conclusión de qué medicina es la más adecuada para la enfermedad del paciente, porque nuestro principal interés es su salud, su bienestar. De ahí que se estudie a qué médico es mejor dirigirse en cualquier circunstancia, qué centro u hospital tiene los mejores servicios, dónde prestan la mejor atención, quiénes son los más efectivos, en qué lugar se obtienen los mejores resultados, quién hace una gestión más eficiente, etc.

No podemos olvidar que la enfermedad es universal, la padecen todos los seres humanos sin distinción, de raza o religión, pobres o ricos, hombres

o mujeres, ancianos y niños, capacitados o discapacitados.

En cuanto perciben que algo en su organismo no va bien, lo califican de enfermedad y buscan el mejor centro y médico para que diagnostique qué les ocurre. Necesitamos que el doctor nos atienda, con suficientes conocimientos para tomar las decisiones clínicas correctas, precisamos que sepa comunicarse con eficacia y empatía, que sepa adaptar los recursos a las necesidades del momento y lugar, pero sobre todo tiene que ser humanista, para poder obtener un diagnóstico y obrar en consecuencia.

Aunque se intenta en la actualidad hacer de la Medicina un bien de consumo, para la enfermedad, sea pública o privada, nada es inocuo cuando se hace uso de la Medicina (ciencia, ética, economía y política).

Acortando el camino hacia el pacto sectorial



Eugeni Sedano i Monasterio, director de Relaciones Institucionales de Esteve.

Desde la perspectiva de Esteve, destacaría como elemento relevante del año 2008 el camino iniciado y que nos debe conducir al establecimiento de un pacto sectorial entre todas las partes implicadas en

la cadena del medicamento. En momentos difíciles como el que se está viviendo en todos los ámbitos de nuestro entorno, la necesidad del consenso y colaboración de todos los actores del sistema sanitario, surge con mayor fuerza si cabe. Se necesita un compromiso firme entre los gobiernos de la Administración central y autonómica a través de los distintos ministerios implicados (Sanidad y Consumo, Ciencia e Innovación, Economía y Hacienda e Industria, Comercio y Turismo), el sector farmacéutico (industria, dis-

Cuando se buscan respuestas,



lo importante es encontrarlas.

Lilly busca respuestas a través de la investigación, la innovación y el desarrollo de nuevos fármacos y tratamientos que ayuden a salvar, prolongar y mejorar la vida de las personas.

Lilly
Respuestas que importan.

tribución y dispensación) y los agentes sociales, que adopte una perspectiva de Estado. En definitiva, debemos promover un pacto integral que permita al sector farmacéutico cierta estabilidad en cuanto a su inversión en I+D y el acceso de los pacientes a medicamentos innovadores, siempre bajo un entorno que garantice la sostenibilidad del sistema sanitario.

Avances en Urología



Fernando Jiménez Cruz, jefe de Servicio de Urología. Hospital La Fe. Valencia.

En el último lustro, el tratamiento del paciente urológico ha cambiado de forma notable, especialmente en el campo de la cirugía. Actualmente, el número de procedimientos quirúrgicos abiertos se ha reducido de mane-

ra sustancial y en un hospital de vanguardia representan menos del 20 por ciento del total de cirugía urológica. Únicamente la patología genital y uretral masculina, los procedimientos correctores de la incontinencia urinaria en ambos sexos y los tumores complejos, son patrimonio de la cirugía abierta. El resto se abordan por vía endoscópica, percutánea o laparoscópica. Al igual que en otras especialidades, la cirugía laparoscópica está demostrando menor morbilidad y mas comodidad para el paciente y al menos similar eficacia, que la abierta.

Este nuevo panorama requiere una formación específica, que por el momento, tanto en España como en los países más desarrollados, sólo está al alcance de pocos hospitales. Por ello cada vez es más necesario afrontar una reforma de la docencia urológica, al menos para los residentes, que comporte para estos la posibilidad de superespecializarse en una faceta concreta de la especialidad. La idea de los "fellow" americanos podría ser una fórmula de tal manera que en el quinto año de la especialidad, el resi-

dente tuviera la opción de acudir a un centro de excelencia, si no lo fuera el suyo, para una vez formado en la base general de la Urología, concretar su formación en un aspecto específico, que permitiría el mejor desarrollo y con ello la mejor asistencia posible al paciente urológico.

La ilusión del médico de familia



Felipe Chavida García, presidente de Idepro.

Es decir, podía y tenía relaciones, pero sin ilusión. Me recordaba a aquella otra paciente sobrada de peso que manifestaba estar preocupada por comer menos, por no tener hambre desde hacía un tiempo, y, al afirmar su hija que ella la veía comer suficientemente, justificaba: "Bueno, comer como, pero sin ganas".

El médico de familia sigue, como estos pacientes, cumpliendo con su cometido, atendiendo lo más correctamente posible a todos sus pacientes cada jornada —unos 30, otros 50, los que haga falta—, formando residentes, implicándose en su desarrollo profesional, sacando las castañas del fuego al sistema sanitario, justificando ante los pacientes las listas de espera, esforzándose por trabajar con criterios de eficiencia, haciendo que esto siga siendo sostenible... pero posiblemente, en un porcentaje nada despreciable de casos, cada vez con menos ilusión. Y en nuestro caso, como en todos, la falta de ilusión acabará influyendo en lo que hacemos.

No es posible pretender que los profesionales se responsabilicen de los resultados y que, a cambio, no tengan prácticamente capacidad de decisión en sus centros; que una carrera profe-

sional no sea tal y se convierta en un mecanismo de aumento de sueldo al no existir otras posibilidades —cobramos lo que un obrero cualificado—; que el mecanismo de desarrollo profesional/formación continua se diseñe por el empleador y no por los profesionales; que la futura evaluación de los médicos no se realice por los propios médicos y sus instituciones profesionales, sino que el estado quiera tener una vez más el protagonismo y acabe diseñando un proceso burocrático e inútil...

No parece posible, pero lo es, que la Administración sanitaria y sus Servicios de Salud no se den cuenta de que el bien máspreciado de que disponen no son sus métodos de gestión, o sus recursos materiales, sino principalmente los médicos, que en su mayoría se relacionan con sus pacientes de forma personal y profesional y no como funcionarios o trabajadores de una empresa, sacando así adelante al sistema sanitario.

Pero, ¿qué pasará si perdemos la ilusión?

La necesaria reforma del sistema



Gabriel Herrero-Beaumont, jefe de Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

La asistencia sanitaria a los enfermos del aparato locomotor sigue sin estar resuelta y constituye uno de los motivos de mayor insatisfacción no sólo por parte de los usuarios, sino también de todos los médicos involucrados en su atención. La actual reestructuración de las áreas en la Comunidad de Madrid está poniendo de nuevo sobre la mesa las disfunciones del actual sistema en nuestra comunidad, pero también en otras en las que no existe reestructuración por medio. El núcleo del problema surge como consecuencia de contar con los traumatólogos como los especialistas médicos y, no sólo quirúrgicos de la aten-

ción especializada extrahospitalaria de los enfermos reumáticos del área. Las plantillas de traumatólogos están ajustadas a esa tarea. Sin embargo, en la actualidad hay una tendencia creciente de nuestros compañeros cirujanos a intentar tratar solamente a los enfermos con posibilidad de indicación quirúrgica o aquellos con lesiones derivadas exclusivamente de traumatismos directos, derivando el resto de los enfermos a otros especialistas, especialmente a los reumatólogos. En otras palabras y como dicen los propios interesados, los traumatólogos estamos para operar.

Evidentemente, el sistema actual no funciona y de seguir así no va a funcionar nunca, produciendo molestias a los enfermos y notable falta de eficiencia en el sistema. Las actuaciones alternativas tienen necesariamente que contar con el cambio de liderazgo en el área en el tratamiento de estos enfermos, que debería pasar por la creación de unidades de educación del enfermo reumático a cargo de enfermeras especializadas en este campo. También sería imprescindible la sistematización de la asistencia con la obligación de cumplir con los criterios de derivación establecidos en cada área. Esperemos que 2009 sea el año de la reestructuración eficiente de la atención de los enfermos reumáticos en las áreas de salud.

Investigación biosanitaria, crisis y ventanillas



Germán Rodríguez Somolinos, departamento de Tecnologías Químico-Sanitarias del CDTI.

El año 2008 ha sido, sin duda, un año convulso. La sanidad, y más en particular la investigación biosanitaria en el contexto de la renovada política de I+D+i definida por el Plan Nacional 2008-2011 y marcada por la creación del Ministerio de Ciencia e Innovación, se ha visto especialmente

afectada. La adscripción del Instituto de Salud Carlos III a dicho ministerio debe tener efectos positivos, ya que favorece los mecanismos de sinergia, integración y coordinación necesarios para optimizar la eficiencia de las investigaciones realizadas en su seno. Una asignatura pendiente sigue siendo, a mi juicio, la plena incorporación, en forma reglada y no simplemente voluntarista, de la red hospitalaria pública al sistema nacional de I+D+i, más aún en el contexto actual, plenamente vigente, de una investigación traslacional como paradigma de la excelencia. Y no quiero terminar sin mencionar el efecto devastador que la crisis económica global empieza a tener y tendrá cada vez más sobre las empresas biosanitarias y farmacéuticas ante la falta de liquidez de los mercados. En este terreno sólo cabe felicitar al Ministerio de Ciencia e Innovación por su temprana decisión de centralizar en una única ventanilla, a través del CDTI, los distintos programas existentes en el ámbito nacional de apoyo público a la I+D+i empresarial.

Profesión versus ocupación



Guillermo Sierra Arredondo, ex presidente de la Organización Médica Colegial.

que no se atiende a enfermos, es mucho más preocupante que algunos políticos pretendan que el médico haga de médico, es decir, que tenga una ocupación en lugar de ser médico que es una profesión; ésta se tiene que autorregular y hemos dejado con nuestra desidia que desde fuera se nos regule. No conozco a nadie que trabajando 48 horas a la semana

en la Medicina haya destacado en algo. Hace años se aplicó la ley de incompatibilidades para no trabajar más de 48 horas a la semana y en el preámbulo de esta ley, podíamos leer "para moralizar la función pública" con este cambio de directiva para trabajar 60 horas a la semana, ¿qué se pretende? ¿Desmoralizar la función pública? Son como niños, rompen lo que cae en sus manos y no saben cómo arreglarlo.

Cuando la situación es irreparable, se van a otra habitación. No podemos dejar a las generaciones de médicos venideras una ocupación, por no haber sido capaces de defender los principios del profesionalismo y del contrato social.

El copago, un debate difícil pero necesario



Héctor Jausás Farré, socio-director de Jausás Abogados.

En estos tiempos de crisis, parece más necesario que nunca abordar el debate sobre el copago, entendido como la participación del paciente en el coste de los servicios sanitarios, que hasta ahora son universales y gratuitos.

Frente a aquellos que arguyen que dicha medida va en detrimento de las clases sociales más desprotegidas, existe el contundente argumento de la sostenibilidad del sistema. Frente a aquellos que abogan por una concepción meramente formal de los derechos (en nuestro caso, el derecho a la salud), se erige una concepción material, que prima la efectividad de los mismos.

Por ello, la implantación de diferentes fórmulas de copago supone un ejercicio de responsabilidad política (precisamente por el coste político que supone), que ya han realizado muchos de nuestros vecinos europeos. Y es un debate que no puede demorarse: de nada va a servir lamentarse cuando el sistema se haya colapsado.

Ciencia e innovación



Honorio Bando Casado, vicepresidente de Fundadeps y del Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro).

En la primavera de 2008 asistimos a la creación del Ministerio de Ciencia e Innovación, que ha constituido un verdadero hito en el campo de la investigación científica y que por primera vez en España se aglutinan en un solo departamento las competencias de universidades, investigación, innovación y desarrollo.

Estamos en un momento crucial e importante para el desarrollo de la investigación traslacional en nuestro país, teniendo en cuenta que el Ministerio de Ciencia e Innovación pretende potenciar la movilidad de los investigadores universitarios y favorecer una mayor coordinación entre los recursos públicos y los procedentes del sector privado.

En la investigación en biomedicina no pueden existir comportamientos estancos ni encorsetados. La investigación en Ciencias de la Salud no puede ser individualista ni endogámica, a pesar de que este grave problema haya ocurrido en España, desgraciadamente con bastante frecuencia.

La investigación básica debe ser un caudal que fluya hacia las necesidades de los pacientes y a las patologías más prevalentes de manera traslacional. Lo primero que tienen que plantearse, por un lado los investigadores, y por otro los gestores, que día a día se dedican al fomento de la investigación, es conocer cuáles son las necesidades de los pacientes y sus problemas para poder aportar soluciones a sus patologías.

También el pasado año se llevó a cabo la conversión del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en Agencia Estatal, un régimen jurídico de nueva creación que proporciona al organismo público de investigación una mayor flexibilidad y agilidad en la gestión de proyectos de investigación, además de dotar de nuevos mecanismos para la toma rápida de decisiones.

El CSIC debe jugar un papel dinamizador de la investigación científica a través de la recién creada Fundación del CSIC, el nuevo órgano independiente de la institución, que surge con el objetivo de captar financiación privada para el desarrollo de iniciativas público-privadas vinculadas. La Fundación da cobertura a proyectos entre el sector público y privado, representado por el propio CSIC, para ello contará con diversos patronos miembros de la banca y del sector empresarial.

Desde aquí quiero felicitar a *Medical Economics* y a todo su equipo por la labor que viene realizando en el fomento de la investigación en Ciencias de la Salud y en el desarrollo profesional continuo, en materia de formación.

¿Faltan médicos en España?



Javier Subiza Garrido-Lestache, alergólogo.

Existe una preocupación social por la falta de médicos en España y si esto es realmente cierto, estamos ante un grave problema, ya que un médico especialista no se improvisa, sino que es

fruto de una formación continuada de más de nueve años.

Están contratando médicos extranjeros para cubrir la falta de plazas. Médicos polacos, cubanos, sudamericanos, están llegando a nuestro país para cubrir plazas que no se cubren con médicos españoles.

Sin embargo, aquí hay algo que no entiendo. ¿Cómo puede ser que las facultades de Medicina soliciten una nota de corte de 8 o incluso superior en el examen de selectividad? ¿Se les exigió esa misma nota a los médicos formados en el antiguo sistema comunista y/o facultades sudamericanas, que estamos contratando ahora?

¿No les parece que estamos cerrando las puertas de la formación médica a un porcentaje muy importante de lo mejor de nuestra juventud?

En este contexto de falta de médicos en España me llama la atención el maltrato que se sigue dando a nuestros valiosos médicos MIR, es decir médicos "mileuristas", agobiados con guardias interminables y llevando la carga asistencial más pesada del hospital. Curiosamente cuando terminan este difícil y largo proceso de formación resulta que la mayoría de ellos no encuentran una oferta atractiva de empleo. Lo que se les ofrece son sólo plazas eventuales en un país donde se ultraja económicamente a los médicos. Recordemos que España, "la octava potencia industrial del mundo", está entre los tres países de la Unión Europea que menos paga a sus médicos. Estos excelentes profesionales, que han superado todas las barreras durante su largo proceso de formación, que la mayoría saben idiomas, y que han recibido una costosa (en gran medida procedente de las arcas del estado) y óptima formación, resulta que les empujamos para que se vayan a trabajar a nuestros países vecinos (Portugal, Inglaterra, etc.) donde sus salarios automáticamente se multiplican por dos y por cuatro. ¿Qué faltan médicos? Lo raro es que siga habiendo.


Las reformas urgentes del sistema sanitario español



José Antonio Dotu Roteta, presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

Como ocurre en la práctica totalidad de los países desarrollados, nuestro sistema sanitario está amenazado por el problema de la financiación presente y futura ante un crecimiento imparable del gasto y la limitación de los recursos disponibles

para esta materia. Las causas de ese crecimiento imparable son, sin duda, múltiples: extensión de la cobertura sanitaria pública, crecimiento de la población beneficiaria, constante incorporación de recursos y tecnologías sanitarias, ineficiencias en la organización y prestación



¿Cómo te ganas la confianza
de los que más te importan?

Nosotros ponemos a tu disposición fármacos de alta eficacia y servicios relacionados con la salud.

Nuestro principal objetivo es contar con la confianza de la sociedad. Por eso, siempre trabajamos pensando en ella, con el **rigor**, la **creatividad** y el **espíritu de superación** que exige una compañía internacional y vanguardista como Almirall. Y todo ello, para ofrecer una amplia gama de fármacos y servicios al cuidado de la salud.

Porque, en Almirall, lo que más nos importa son las personas.



Soluciones pensando en ti

www.almirall.com

de la asistencia, etc. Hasta ahora se ha intentado encontrar solución a este problema mirando hacia dentro del sistema sin hacer partícipes del mismo a sus usuarios, a la población, en la que ha arraigado la conciencia de poseer un derecho omnímodo a la prestación sanitaria sin la correspondiente conciencia individual y colectiva de responsabilidad respecto de su salud. Me parece, por tanto, urgente para la sostenibilidad del sistema incrementar esa conciencia de responsabilidad e implicación de la población mediante, entre otras, medidas como el copago de los servicios recibidos, con todas las correcciones y ajustes que sean necesarios, no tanto con la idea de obtener recursos financieros, sino con la finalidad de crear conciencia acerca del coste de la asistencia sanitaria y como medida desactivadora de las ilimitadas y tantas veces poco justificadas demandas asistenciales. En definitiva, el copago, una cuestión, lo mismo que las ya crónicas deficiencias del sistema sanitario español, recurrente en el debate sanitario y siempre rehuida por todas las fuerzas políticas del país por su supuesta impopularidad y su posible coste electoral, habría de ser, junto con activas e insistentes campañas de educación en el uso responsable de los recursos sanitarios, un elemento de racionalización de la demanda asistencial. Al igual que en otras áreas críticas como la justicia y la educación, urge un pacto de Estado en materia de sanidad para que muchos de los problemas que arrastra nuestro sistema sanitario encuentren solución o al menos se frene el acelerado deterioro que éste sufre.

Un año extraordinario



Juan Carlos Ureta Domingo, presidente de Renta 4.

El año 2008 empezó bajo el signo de una posible recesión económica, pero era difícil pensar, tras varios años de una bonanza económica sin precedentes, que esa posible recesión suave se iba a

transformar en una crisis financiera y económica global sin precedentes, con múltiples frentes y con extensión no sólo a la economía americana, como se pensaba en un principio, sino también al resto de las economías europeas y a las zonas emergentes.

En definitiva, en 2008 hemos visto evolucionar y tomar nuevas formas a la llamada crisis de las hipotecas americanas de baja calidad (*subprime*) y, en octubre y noviembre hemos percibido que, de alguna forma, el mundo ha cambiado de manera profunda y que el modelo de crecimiento de los últimos años se ha caído completamente.

Ante esta situación los gobiernos y los bancos centrales han tomado medidas extraordinarias. Desde principios de octubre se han anunciado planes de reactivación económica que, en su totalidad, superan ya los ocho billones de euros y que abarcan técnicas muy variadas, desde la tradicional intervención fiscal expansiva según la receta keynesiana hasta la compra de activos del mercado crediticio, el otorgamiento de avales públicos a las emisiones privadas o incluso la nacionalización total o parcial de entidades bancarias y financieras. La primera reacción de los inversores ante esas medidas ha sido algo fría, pero hay algunos signos de que, finalmente, el esfuerzo de contención de la crisis que se está haciendo tendrá éxito y que en Estados Unidos empezaremos a ver datos mejores en la primera mitad de 2009. Esperemos que esa mejora pueda verse también, aunque sea algo más tarde, en el resto de las economías avanzadas y en las zonas emergentes.

Los intrusos de la Sanidad



Julián Ruiz Ferrán, socio-director de Medical Finders.

Ahí están, todos los conocemos, son los intrusos de la sanidad. No me estoy refiriendo, claro está, a aquellos empresarios, funcionarios del Estado, abogados, economistas, psi-

cólogos, biólogos, etc., que sin ser profesionales sanitarios han hecho una apuesta a largo plazo por la sanidad en nuestro país y que contribuyen y aportan valor añadido en todo momento en sus respectivos campos de actuación. Me refiero a los oportunistas, que en los últimos años parecen campar por sus respetos en la sanidad como si fuera terreno conquistado.

Se pueden distinguir dos grandes subespecies de intrusos, que poseen vidas paralelas, como las descritas por Plutarco.

Predator eurii o ejecutivo mercenario, es en la sanidad privada el medio donde pulula. Su lema es que un manager es un manager y la sanidad es un negocio como otro cualquiera. Utiliza por lo general la sanidad como trampolín temporal para alcanzar otros fines. Su objetivo es llegar arriba, si es posible a una empresa del Ibex-35, y forrarse, si es que la crisis no frustra sus planes. Se suelen rodear de colaboradores que tampoco tienen ni idea de sanidad y ni les importa, pero que forman la eficaz guardia pretoriana del líder. Toma medidas arriesgadas cortoplacistas basándose exclusivamente en parámetros comerciales y financieros, ya que para él no existen los pacientes, sólo hay clientes y los médicos no son más que proveedores molestos. Conclusión: el que venga detrás que arree y se enfrente al desguisado que el *Predator eurii* suele dejar tras su paso.

Medrator votii o político navaja suiza, constituye la Sanidad pública su ecosistema. Su lema es un político es un político y un cargo es que un cargo. Utiliza por lo general la sanidad temporalmente, por la visibilidad que proporciona y los presupuestos que maneja, como un trampolín para su carrera política dentro del partido de turno. Su objetivo habitualmente es llegar arriba en la ejecutiva nacional una vez superada la etapa autonómica. Se suelen rodear de colaboradores, que tampoco tienen idea de sanidad y ni les importa, pero que arropan y siguen la estela

del líder de salto en salto. Suele tomar medidas efectistas como inaugurar un hospital tras otro haga falta o no, y procura salir en la foto todo lo que puede justo antes de las elecciones, ya que para él no existen los pacientes, sólo hay votantes, y los médicos son meros técnicos superiores de mantenimiento de la salud. Conclusión: el que venga detrás que apechugue con el descontento generalizado y con el déficit que el *Medrator eurii* suele dejar tras su paso.

Hay un tercer tipo de intruso, claramente minoritario, que observado con cuidado puede detectarse tanto en el entorno de la sanidad pública como en la privada, que es el convertido a la sanidad en general, y a la medicina, en particular.

¡Qué bonita es la Medicina! A cuántos les hubiera gustado ser médicos, y no han podido, sabido o atrevido a estudiar Medicina!

Este tercer tipo de intruso, el *Mediocrator pretenciosii*, normalmente nunca ha tenido contacto previo directo con la sanidad pero, por una pirueta del destino, se encuentra de sopetón aupado en un cargo que le permite tomar decisiones asistenciales de calado. Como Pablo de Tarso, de repente tiene una visión, se cae del caballo, y exclama: ¡Esto es lo mío!

Posiblemente haya una explicación freudiana al fenómeno de jugar con fruición a médicos y enfermeras delante de la pantalla del ordenador; además, este tipo de intruso de la sanidad guarda una relación de amor-odio con los médicos habiendo sentido siempre un complejo de inferioridad más o menos larvado respecto a ellos, aunque admirándoles e incluso temiéndoles, sobre todo a la hora de someterse a un tacto rectal. Lo que sí que no soportan los intrusos de la sanidad es a los médicos gestores. Eso de ver en el despacho de enfrente a un médico trajeado, que sabe de *management* además de medicina, y que su mera presencia les desautoriza moralmente a la hora de tomar decisiones descabelladas, es algo que les saca de quicio. ¡Que desaparezcan, por favor!

¿Hasta cuándo durará la crisis? (A propósito de un caso clínico)



José Fernández-Vigo López, director médico del Centro Internacional de Oftalmología Avanzada.

Rajoy tiene un primo que es un campeón, un campeón nacional. Ganó todo el dinero del mundo y se lo hizo ganar a su banco. No tenía límite. Crecía sin parar. Sin embargo, un día tuvo un pequeño accidente de tráfico y a partir de ahí cambió su suerte. Él le quitó importancia: “es como la crisis inmobiliaria”, dijo. “No pasa nada”. Pero las exploraciones que le hicieron detectaron innumerables enfermedades que no habían dado la cara todavía y que se descompensaron con el accidente. ¿Cómo es posible que pasaran desapercibidas a las agencias de evaluación de riesgo que debían pasar todos los empleados? Pues porque el primo hizo trampas con los análisis. Cuando el presidente del banco, un optimista antropológico, se enteró de la crisis de su mano derecha, de su elemento clave para mantener el poder, clamó: “¡Crisis!”. Ni se les ocurra mencionar la palabra, no vaya a cundir el pánico”. Para mejorar la imagen, y ganar tiempo, le inyectaron liquidez al primo de Rajoy (transfusiones, sueros...), le hicieron alguna foto aprovechando la mejoría para vender la imagen (“como sucede con la Bolsa y la economía”, decía el primo) y calmar los rumores. Pero todo era en vano, fue un gasto inútil. El primo, el campeón, tenía todo su sistema putrefacto y comenzó un deterioro agudo: diabetes, hipertensión, fallo renal, fallo hepático... hasta el coma. Se reunieron los internistas (G-7), los cirujanos (G-9), los intensivistas (G-11), etc., y tomaron medidas... todo inútil. Persistía el declive. Siguieron inyectando de todo. “Absurdo”, dijo Santiago Joven, catedrático de Estructura Econó-

mica de una universidad catalana. “Ustedes no se han fijado pero existe un antecedente, su abuelo sufrió un crack parecido en el año 29 y el paciente es muy parecido a su abuelo. No va a reaccionar con estas medidas, ustedes se quedarán satisfechos de cara al público pero no servirán para nada, por el contrario el gasto es excesivo y lo pagaremos posteriormente. Estamos de acuerdo en que hay que sacarlo de la crisis aguda. Pero hay que ser conscientes de que su capacidad de recuperación va a ser casi nula. Es un mal estructural. Se salvará, no morirá, pero tardará en recuperarse. Son muchos los fallos, se ha desestructurado su sistema. Tardará de seis a doce meses en salir del coma (mediados de este año), dos años en recuperar la funcionalidad de sus sistemas (riñón, hígado, control de la diabetes e hipertensión... en los años 2010 y 2011). A partir de entonces empezará a trabajar, pero a un ritmo lento, es posible que en cuatro o cinco años vuelva a su mejor nivel. Pero ya será otra persona, tendrá otros ideales, otros valores. Se habrá adaptado al cambio de ciclo. Olvídense del sistema actual”.

Y ahora, digo yo, ¿a qué me recuerda el caso clínico?

El futuro relevo generacional: ¿seremos suficientes profesionales?



José Manuel López Abuín, director del Instituto de Salud Rural.

España ocupa el sexto lugar en número de médicos de entre los países de la OCDE (3,7 médicos por mil habitantes) y –por niveles– hay 2 en Atención Primaria por 3 en especializada (lo ideal es la paridad).

Parece satisfactorio, pero no lo es tanto si tenemos en cuenta que una tercera parte de las vacantes por jubilación de los médicos actuales no llegarán a ser reemplazados por el número de estu-

diantes que hoy día inician sus estudios de Medicina. Esta falta llegará a ser especialmente significativa –por niveles– en la atención especializada, donde en ese momento una tercera parte de los médicos ya se habrán jubilado, y –por comunidades– en Madrid, Aragón, Asturias o Castilla y León, donde la mitad de los médicos en ejercicio tienen ya más de 50 años.

Ciertos círculos niegan la mayor, o ven como solución la importación de médicos de países pobres (con los salarios actuales es improbable atraerlos de países desarrollados), o la asunción de competencias por enfermeros. Con la primera hacemos flaco favor a estos países, escasos de por sí de médicos (no juzgamos aquí sus conocimientos), y –con la segunda– si ya los médicos empiezan a ser escasos, imagínense las enfermeras: en España hay hoy una ratio de 5,31, mientras que la media de la UE es de 8,08. Hay quien propone una tercera: ya que los médicos están supuestamente “mal distribuidos”, reubicarlos como quien administra un Gulag. Nuestra población y las necesidades asistenciales seguirán un camino ascendente, por lo que necesitaremos más profesionales. Por si alguien lo duda: mal camino llevamos.

La crisis, la innovación y el empleo en biociencia



Luis Truchado Velasco, socio-director de EuroGalenus Executive Search.

Durante el año 2008, y quizá por considerarnos directamente involucrados en el sector, ha sido frecuente que nos pregunten sobre el impacto de la crisis económica internacional sobre el empleo del sector de las biociencias. Y la crisis sirve para demostrar –una vez más– el valor de la innovación en todo el sector de la salud.

¿Se está perdiendo empleo? Sí, desde luego. Más visiblemente, en laboratorios y líneas de Atención Primaria;

aquellas que se montaron hace 10 ó 15 años. Las que hacían redes-espejo y bombardeaban al médico con varios visitantes detallando la misma molécula. Muchos piensan que aquél modelo ya no volverá. ¿Se está creando empleo? Sí, desde luego. Como siempre, en compañías que hayan invertido en I+D+i la innovación tiene una demanda natural en un sector cuya expectativa de mejoras para nuestra salud tiende a infinito. En compañías nuevas y no tan nuevas, con estructuras ajustadas, con productos valiosos para el arsenal terapéutico, –aunque no sean *blockbusters*–, con productos para especialistas, con productos huérfanos o para enfermedades raras, –que se registran antes y con mejor precio–. Se genera empleo en biotecnología y en infinidad de compañías de equipos médicos, de implantes, de diagnóstico, de OTC, laboratorios, hospitales, etc.

Generan empleo las compañías de servicios: *Clinical Research Organisation* (CRO), consultorías, *Business Intelligence*, educación médica continuada, agencias de publicidad y/o comunicación, editoriales convencionales y a través de nuevos soportes, alquiler de redes de venta, registros, operadores logísticos, etc. Afecta la crisis, sí; pero con innovación resultará más llevadera en 2009.

Reflexiones desde la Real Academia Nacional de Medicina



Manuel Díaz-Rubio García, presidente de la Real Academia Nacional de Medicina.

La revista *Medical Economics* está alcanzando, para satisfacción de los médicos y personal sanitario en general, un nivel realmente extraordinario. Buena prueba de ello es que muchos guardamos habitualmente la revista pues sabemos que la podemos necesitar en cualquier momento. Y ello es debido a sus contenidos en general y a los temas muy específicos que aborda, lo que no lo hace

otro tipo de revista. Aporta, por tanto, una información, además de rigurosa muy buena y no siempre fácil de encontrar en otras fuentes. Felicitamos, por tanto, a todos los que trabajan en ella y les animamos a continuar en su labor. Por lo que respecta a mi opinión como presidente de la Real Academia Nacional de Medicina sobre *Medical Economics*, no puede ser mejor. Para nuestros académicos de una importante fuente de información sobre materias muy diversas y que preocupan mucho a los médicos. Los aspectos económicos que no son bien tratados en general por las revistas médicas, lo son en ésta al publicar artículos sobre aspectos que son poco conocidos. En definitiva, se trata de una revista complementaria y necesaria para el médico, ya que le hace tener una visión más completa de la Medicina que nos toca practicar en el día de hoy.

Una oportunidad para mejorar



Luis Verde Remeseiro, presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP).

Últimamente, se escuchan con frecuencia manifestaciones como “la Atención Primaria en España está en crisis”, “el modelo está agotado”, “es preciso reformarlo”, etcétera.

Nos encontramos en este momento ante una situación, que pocas veces se le presenta al gestor, la resistencia al cambio suele ser la norma y el principal obstáculo para la renovación de las organizaciones. Deberíamos aprovechar la oportunidad que supone, que desde las principales sociedades científicas médicas de nuestro país, se estén pidiendo cambios y reformas. Los planificadores y los gestores tenemos por lo tanto una oportunidad única para introducir aquellos cambios que de forma razonable y consensuada permitan mejorar la Atención Primaria actual y construir un modelo sostenible y con visión de futuro, que nos dure al menos tanto como nos ha durado el actual.

PREVENCIÓN PRECOZ PERSONALIZADA

HM Hospitales desarrolla un modelo de prevención de enfermedades graves y/o malignas que contempla las diferencias naturales entre personas

La tecnología más avanzada y en el tiempo adecuado para dar garantía de seguridad en el diagnóstico



La exploración periódica de personas sanas a partir de la madurez orgánica permite diagnosticar hasta un 65% de lesiones oncológicas en fase premaligna, mientras que si se realiza cuando aparecen los síntomas determina aproximadamente el 25% de tumores curables

La exploración anual con un TAC multicorte y baja radiación a partir de los 50 años permite descubrir tumores incipientes de pulmón, cuyo tratamiento logra supervivencias del 92% a los 10 años

Si fuera necesario el tratamiento de un enfermo oncológico, se realizaría en el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), que está anexo a un completo hospital médico-quirúrgico, el Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, para tratar de forma inmediata cualquier tipo de complicación

Jefe de la Unidad de PPP: Dr. Niko Mihic
Contacto: ppp@hospitaldemadrid.com, Tlf: 91 756 78 95

PROFESIONALES, TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN, MÁS CERCA DE LAS PERSONAS



HOSPITAL de MADRID
Tlf. 91 447 66 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID MONTEPRÍNCIPE
Tlf. 91 208 99 00



HOSPITAL de MADRID
TORRELOAYNOS
Tlf. 91 267 50 00



HOSPITAL de MADRID
NORTE SANCHINARRO
Tlf. 91 756 78 00



CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO
CLARA CAMPAL (CIOCC)
Tlf. 902 107 669

HM
HOSPITALES



www.hospitaldemadrid.com

¿Por qué la industria farmacéutica está siempre en el punto de mira?



Manuel Martín Cortés, coordinador de Relaciones Institucionales de Chiesi España.

Es verdad que la industria farmacéutica hace algunos años ya, cometió algún que otro error, pero eso no puede ser una lacra que lleve arrastrando años y años.

La esperanza de vida ha aumentado significativamente en los países desarrollados y además de por los aspectos socioeconómicos, ha sido debido al desarrollo de nuevos medicamentos, fruto de la investigación que hace la industria farmacéutica.

Las empresas farmacéuticas son empresas sostenibles, que no crean sólo valor económico, social y medio ambiental a corto y largo plazo, sino que contribuyen al bienestar y progreso de las generaciones presentes y futuras.

La apuesta que hace la industria farmacéutica en actividades de I+D es de vital importancia para tratar de poner en el mercado nuevas innovaciones terapéuticas, que muchas veces son inversiones de alto riesgo, que no tienen un retorno económico. Al igual que para las administraciones públicas, la salud de los ciudadanos es una prioridad, también lo es para la industria farmacéutica.

Queremos que se cree un escenario positivo y amigable, donde la industria no sea un enemigo a batir, sino que se vea como un colaborador que forma parte y parte activa del sistema sanitario. Hay que buscar colaboraciones, en donde los diferentes agentes del sector queden satisfechos.

El interés principal del sistema sanitario y el de todas las partes implicadas debería ser el de garantizar el acceso de los ciudadanos a los nuevos medicamentos. Como ha dicho

recientemente José Martínez Olmos, en una conferencia del Instituto de Empresa, "no se piensa en un cambio del sistema sanitario actual, que ha demostrado ser bueno y hay un consenso en mantenerlo, se habla de mejorarlo y reforzar estrategias en consenso con los diferentes agentes del sector".

Parece necesario en la situación actual un cambio de actitud de las administraciones públicas y crear un ambiente de entendimiento duradero con la industria farmacéutica.

El desarrollo de las tecnologías sanitarias, clave en el futuro del SNS



Margarita Alfonso Jaén, secretaria general de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).

La tecnología sanitaria puede realizar importantes aportaciones en ambos casos. Así, su contribución a la viabilidad económica del sistema sanitario es evidente en términos de aumento de la esperanza de vida y de los años de vida laboral activa, pero también lo es en la reducción del tiempo y número de pruebas diagnósticas que debe realizar el paciente, repercutiendo en la eficiencia y rentabilidad del sistema sanitario.

Por otro lado, el fomento de sistemas de mejora de la eficiencia en la gestión sanitaria que promueven las tecnologías sanitarias optimiza la vertebración del sistema de salud favoreciendo la igualdad en el acceso de los ciudadanos al mismo.

No obstante, para seguir avanzando en un sistema sanitario moderno y

eficaz, por el que aboga el sector de las tecnologías sanitarias, es necesaria la participación y el compromiso de todos los agentes sanitarios para cumplir el objetivo final de su actividad, que no debe ser otro que el de velar por la salud y calidad de vida de los pacientes y la sociedad.

La biotecnología en Cirugía Ortopédica



José Palacios Carvajal, jefe del Servicio de Traumatología. Hospital La Zarzuela. Madrid.

Nuestra especialidad, la Cirugía Ortopédica y Traumatología, como el resto de las especialidades quirúrgicas, está cambiando de cara a un futuro bien distinto del pasado. Los logros de la biotecnología no sólo nos facilitan diagnósticos más precisos, sino que también nuestra actitud terapéutica, evidentemente, ha cambiado.

El desarrollo de los biomateriales nos permite en la actualidad un mayor perfeccionamiento. El desarrollo de la ingeniería tisular nos permite la confección de estructuras que sustituyen al tejido óseo, al tejido cartilaginoso, tendinoso, etcétera, con biomecánica adecuada a sus exigencias, tanto inmediatas como mediatas por la incorporación de los nuevos *composites* de estructuras nanotecnológicas inertes que con factores de crecimiento o células madre, dan lugar a los mismos. Estas células madre, en nuestro caso, ya pueden obtenerse autólogas mediante extracción de MSC (*Mesenchymal Stem Cells*) de los nichos conocidos, como puedan ser sobre todo los que en la médula ósea del ilíaco existen.

La influencia de la biotecnología está siendo en el presente y lo será en el futuro, un cambio que permitirá mucha más seguridad y eficacia que las técnicas habituales de nuestro próximo pasado.

Donación y trasplante: de España hacia el mundo



Rafael Matesanz Acedos, Coordinador Nacional de Trasplantes.

Cualquier lugar del mundo se habla del "Spanish Model" en el campo sanitario, no hay ninguna duda: se habla de trasplantes, de donación de órganos, de lo único en suma en que España ostenta un liderazgo absoluto e indiscutido desde que hace casi dos décadas se creara la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

No es fácil calcular en términos de imagen lo que ha significado y significa este liderazgo para la imagen de nuestra sanidad en particular y de nuestro país en general. Es algo en lo que todos nos admiramos e intentamos copiar y que hace pasear el nombre de España por todo el mundo. Y no se trata de una persona aislada, sino de toda una estructura, todo un sistema sólido llamado a perdurar.

El mayor riesgo, pues, después de 20 años trabajando en esto, es uno muy claro: la inaptitud y la cortadía de miras de algunos de nuestros políticos de uno u otro signo y de ubicación diversa. Sólo ellos pueden conseguir hundir lo que hemos hecho entre todos.

La industria farmacéutica innovadora



Regina Múzquiz Vicente-Arche, directora de Relaciones Institucionales de Sanofi-Aventis.

La industria farmacéutica ha liderado durante décadas la I+D en los países de nuestro entorno socioeconómico, como así lo reflejan las cifras referidas a 2007 y publicadas por la Comisión Euro-

pea, según las cuales el sector farmacéutico-biotecnológico encabeza el ranking de inversiones en I+D tanto en Europa, (15,7 por ciento del total de inversiones) y en Estados Unidos (16,7 por ciento) como en Japón (15,9 por ciento). No obstante, en los últimos tiempos asistimos con preocupación a un cierto cuestionamiento sobre la capacidad "real" de innovación de nuestra I+D, así como sobre nuestro papel en la sostenibilidad del sistema. Existe una percepción de que los nuevos medicamentos son muy caros y que su aportación terapéutica es marginal, así como una desconfianza de que los resultados positivos de los ensayos clínicos no se reproduzcan en la realidad. Es decir, que la efectividad no se corresponda con la eficacia.

En estas circunstancias, resulta necesario explorar diferentes vías de abordaje en el campo de la financiación de nuevos fármacos y los contratos de riesgo compartido nos van a permitir avanzar en esa búsqueda de nuevas fórmulas. Hasta ahora, hemos venido trabajando con el tradicional "todo o nada" en lo que a financiación se refiere. El concepto "riesgo compartido", a grandes líneas, contempla diferentes escenarios de financiación en base a objetivos previamente fijados, bien los más tradicionales como volumen o utilización, o los más novedosos como son los resultados en salud o los resultados de coste-efectividad.

Las propuestas de riesgo compartido nos brindan una serie de ventajas tanto para los financiadores, evitando el crecimiento descontrolado del gasto, como para los laboratorios, ya que elude el riesgo de exclusión de la financiación pública. Pero, sin lugar a dudas, los grandes beneficiados son los pacientes, que pueden tener acceso a un fármaco que en los sistemas tradicionales pudiera no estar financiado.

Proponer nuevas y novedosas fórmulas de colaboración con todos los interesados en la salud es responsabilidad de la industria farmacéutica y nos sitúa en una posición de corres-

ponsables de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

Sanidad y derecho en 2009



Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Nacional de Derecho Sanitario.

La situación de crisis económica que padecemos, no se compondrá en 2009, si se aplican las inspecciones a los centros, servicios y establecimientos sanitarios privados, establecidos en el Criterio Técnico nº 62/2008,

de la Dirección General de la Inspección del Trabajo, en virtud del cual se declararán relaciones laborales por cuenta ajena a aquellas formas de vinculación existente entre profesionales y centros sanitarios privados, o entre estos y las compañías aseguradoras, que tradicionalmente se han venido entablando en base al contrato de arrendamiento de servicios civiles y cotizaciones profesionales como autónomos. Es de esperar que impere el sentido común frente al recaudatorio del Ministerio de Trabajo y se ponderen tanto desde el Ministerio de Sanidad como desde Economía y Hacienda, así como desde el resto de Administraciones públicas y corporativas, la tradicional configuración de la profesión médica privada como profesión liberal, con las nuevas regulaciones de autónomos y sociedades civiles profesionales.

Máxime si a ello añadimos la constatación de unos recursos humanos insuficientes para atender las necesidades de salud de la población y una falta de determinados especialistas: anesestesiólogos, radiólogos, puericultores que, ante la necesidad de disponer de cuidados especializados, hace muy difícil la cobertura de necesidades de profesionales sanitarios.

Los dos proyectos de ley, dotados de una gran carga ideológica, que se

espera sean aprobados en 2009 no se refieren a cuestiones relativas a la financiación o gestión de la asistencia sanitaria, sino que tienen por objeto una nueva regulación de derechos y deberes conexos con la prestación sanitaria, como sucede con el Proyecto de Ley de Plazos, reguladora del aborto, y el Proyecto de Ley sobre la Eutanasia.

Por otra parte, las decisiones al final de la vida también tendrán su reflejo en la legislación sanitaria en 2009. Ya ha sido dado a conocer el anteproyecto de ley andaluz de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, conocida como ley de muerte digna, la cual comenzó su andadura legislativa rodeada de fuertes críticas por parte de la profesión. Organizaciones profesionales y científicas, éticos y especialistas recelan de la necesidad de la norma y consideran que el régimen sancionador que establece propiciará la medicina defensiva. Además, creen que revela el desconocimiento de sus promotores de la realidad asistencial.

Envejecemos con nuestras pacientes



Santiago Palacios Gil-Antuñano, director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer.

de los pilares de las urgencias. Este hecho pone aún más de manifiesto la falta de ginecólogos.

Resulta curioso que cuando vamos a un congreso de Perinatología o Ecografía observamos a muchos ginecólogos jóvenes, mientras que cuando asistimos a un congreso de Menopausia u Oncología Ginecológica, los ginecólogos son claramente más maduros. Por ello, en nuestro país es cierto

el dicho de que “el ginecólogo envejece con sus pacientes”. Sin embargo, pensamos que tras una formación amplia en ginecología general, y dada la amplitud de nuestra especialidad, se debería decidir por alguna subespecialización, como la Perinatología, la Oncología Ginecológica o la Ginecología Endocrinológica.

El miedo a morir



Santiago Martínez-Fornés Hernández, vicepresidente de la Asociación de Médicos Escritores y Artistas.

denodadamente contra las molestias del proceso de morir, especialmente con radioterapia y quimioterapia.

Momento clave para sustituir el tratamiento de la enfermedad por el tratamiento del sufrimiento, que suele preceder a la muerte. Agonía en griego significa lucha, combate. Hay que tratar el dolor, la disnea, los vómitos... hasta llegar a la sedación, si es preciso. Esto requiere una aptitud (¿nueva?) por parte del médico y un lugar adecuado: recoleto, silencioso, con iluminación y decorados idóneos.

Sin olvidar ayudarle a superar el miedo a la soledad y la muerte, dándole tanto o más tiempo que a cualquier otro enfermo grave y respetando exquisitamente sus decisiones espirituales.

Para combatir el miedo no hay fármaco como el gesto y la palabra. Un niño de 7 años, intoxicado muy grave, se despedía de su madre aterrado ante la soledad definitiva: “Me muero mamá, me muero”. Se tranquilizó cuando la madre a punto de desfallecer, le reconfortó: “No tengas miedo, hijo mío. ¿No ves que yo también me estoy muriendo?”.

Docencia e investigación



José María Segovia de Arana, catedrático emérito de Patología Médica. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

El gran logro de la Medicina española actual ha sido el de proporcionar la asistencia médico-sanitaria a todos los españoles a través de un poderoso y eficaz Sistema Nacional de Salud que se introdujo por la Ley General de Sanidad de 1986. Junto a una asistencia de gran calidad, tanto hospitalaria como extra hospitalaria, el sistema público ha desarrollado la docencia, que contribuye a la formación de buenos profesionales y ha impulsado la investigación biomédica en muchos hospitales. El gran problema es el aumento constante de la demanda asistencial que se debe al envejecimiento progresivo de la población y al deseo, no sólo de curar la enfermedad producida, sino también de conseguir mayores niveles de salud y de bienestar. Esto conduce, junto a los progresos técnicos de la Medicina, a un mayor coste de la asistencia, todo lo cual aumenta el gasto público sanitario. Es preciso fomentar la educación sanitaria de la población para que evite el uso indebido del sistema asistencial público y adopte estilos de vida adecuados para su salud personal.

Pacto por la Sanidad



Regina Revilla Pedreira, directora de Relaciones Externas de Merck Sharp & Dohme España.

Han transcurrido ya siete años desde que se culminó el proceso de transferencias de las competencias sanitarias a las distintas comunidades autónomas. Durante este tiempo, se han revelado los

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.

beneficios de este sistema transferido, pero también se ha puesto en evidencia que el hecho de que existan 17 organismos reguladores difículta, en ocasiones, que se cumpla el principio de igualdad que debe regir nuestro Sistema Nacional de Salud.

A nadie se le escapan las dificultades a las que se enfrenta la industria farmacéutica en la actualidad a la hora de poner un medicamento innovador en el mercado, como consecuencia de las distintas regulaciones que rigen los diferentes servicios de salud autonómicos.

Por esta razón, el Pacto de la Sanidad, impulsado por el ministro de Sanidad, Bernat Soria, supone uno de los grandes hitos de la política sanitaria de 2008. El principal objetivo de dicho pacto es velar por la equidad del sistema y, por ende, por la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los ciudadanos.

La industria está expectante ante este nuevo reto del Sistema Nacional de Salud y espera que el Pacto por la Sanidad contribuya de manera eficaz, mejorando el acceso a los medicamentos innovadores para todo el colectivo de pacientes del territorio nacional.

La Oftalmología en 2008



José María Barahona Hortelano, catedrático de Oftalmología. Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

La Oftalmología española se sitúa en el contexto mundial en primerísima línea, en donde alcanza elevadas cotas de calidad y reconocimiento profesional. La tradición oftalmológica en España que se remonta a más de cien años, logró entonces una

magnífica imagen internacional gracias a la trascendental y genial aportación de Ramón y Cajal, al conocimiento neurológico y del sistema vi-

sual y también a importantes figuras profesionales —como los Barraquer, Arruga o Castroviejo entre otros—, quienes fruto de su creatividad y profesionalidad contribuyeron eficazmente, con el diseño de instrumental y nuevas técnicas, fundamentalmente quirúrgicas, al desarrollo de la especialidad. Actualmente, el prestigio es más colectivo que individual.

El actual nivel de la Oftalmología española contrasta con una escasa actividad investigadora. Sostiene Salorio, y hay que suscribirlo, que científicamente “la meteorología no ha sido propicia y que además era necesario la búsqueda de microclimas adecuados”.

La creación de institutos, sea cual sea su titularidad, en los que se pueda aunar investigación, docencia y asistencia de calidad, en los que sea posible una gestión ágil y autónoma, y donde se fomente la innovación y la investigación traslacional, podría ser la fórmula para conseguir el progreso “integral” de la oftalmología española.

La investigación básica en Oftalmología tiene un futuro prometedor, debido a la existencia en España de una minoría de excelentes investigadores.

Para ser justos con ellos, con su labor muchas veces ignorada, y ser consecuentes con el pasado, se necesita con urgencia potenciar al máximo la investigación oftalmológica en España, e instaurar la cultura de su necesidad, para liberarnos de una vez por todas de la colonización científica y tecnológica.

En las disciplinas biomédicas, en el ámbito de la actual y futura sociedad de la información y del conocimiento, no sólo se debe poseer información, sino que es necesario tener la suficiente capacidad para interpretarla, comprenderla y sobre todo incrementarla. Ésta es la base del progreso. Además, el conocimiento de la metodología científica contribuirá a formar y conformar la capacidad reflexiva y de raciocinio.

No podemos seguir colonizados

intelectual y tecnológicamente. No debemos ser meros usuarios —a veces brillantes— o simples lectores de descubrimientos científicos maravillosos. Debemos investigar. La industria en lugar de fomentar un consumismo creciente, debe promover y apoyar responsablemente —tanto como lo puedan hacer los poderes públicos— acciones que apoyen la investigación y el desarrollo e innovación tecnológica.

Es necesario creer y crear. Creer en la ciencia y crear ciencia. Desde el esfuerzo y rigor científico personal, en nuestra actuación como profesionales o académicos, hemos de llegar al rigor colectivo, siempre enmarcado dentro de los parámetros éticos y de las peculiaridades propias de las actividades biomédicas. Pero, en cualquier caso, no olvidemos que el paciente debe ser el centro de nuestras actuaciones y, desde luego, el destinatario de la exigencia ética y de la verdad científica.

Un nuevo programa de formación postgraduada en Neumología



José Luis Álvarez-Sala Walther, jefe del Servicio de Neumología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

El 15 de septiembre de 2008 se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el nuevo programa de formación postgraduada en Neumología, aprobado poco antes por orden del Ministerio de Sanidad y

Consumo del 1 de septiembre (SCO/2605/2008). Con esa publicación se culminaba un trabajo que, rigurosa y concienzudamente realizado por la Comisión Nacional de Neumología (CNN), había empezado nada menos que seis años antes y en el que habían intervenido los 24 miembros que, su-

cesivamente, pertenecieron a la CNN durante esos años. Todos ellos aportaron, en cada momento, ideas, sugerencias y comentarios para que el programa pudiera mejorarse en las distintas versiones que fueron apareciendo en el tiempo.

En los seis años que transcurrieron desde el encargo inicial hasta la publicación final del trabajo siempre fue posible para la CNN introducir, en versiones sucesivas y gracias a la disposición y a la actitud de la Administración sanitaria, los cambios y las modificaciones en el programa que se estimaron pertinentes. Y ello se hizo en atención, en cada momento, tanto a los nuevos criterios y enfoques docentes que iban apareciendo como a la progresión científica que, insensiblemente, experimentaba la Neumología española en esos años.

Desde el punto de vista de su estructura y sus contenidos, el nuevo programa tomó como antecedentes históricos los tres programas elaborados hasta entonces por la CNN (1979, 1984 y 1994), todos ellos publicados en su momento. También se tuvieron en cuenta, como referencia genérica, los requisitos de acreditación de unidades docentes diseñados por la CNN en relación cronológica con los mencionados programas y publicados, en versiones sucesivas, entre 1986 y 2003.

Se consideraron, asimismo, como importantes puntos de partida, los estudios nacionales e internacionales publicados en los últimos años sobre la docencia de la especialidad y la formación postgraduada en Neumología. Se recogió también toda la información disponible sobre este tema editada por organismos oficiales dentro y fuera de nuestro país.

De esta forma, en el programa formativo de la especialidad ahora publicado se han introducido, como es lógico, muchos aspectos conceptuales y prácticos que no aparecían en los previos y se han modificado otros muchos, al objeto de adecuar el programa al progreso experimentado por la Neumología en los últimos diez o doce años. Se han ampliado, organizado y actualizado los conocimientos teóricos, se han precisado los ámbitos competenciales y las técnicas vinculadas al ejercicio de la especialidad, se han concretado los objetivos generales y específicos de la formación por año de residencia y por niveles de habilidad, se han especificado los contenidos transversales, se han fijado las rotaciones anuales y las guardias de los residentes y se ha establecido una orientación cuantitativa sobre las actividades asistenciales, científicas y de investigación a llevar a cabo en cada año de formación.

La aparición del programa de Neumología como una orden ministerial en el BOE tiene también una importancia adicional, porque proporciona a la especialidad un marco legal de referencia, inexistente como tal hasta la fecha, que permite situar el ejercicio de la profesión, con el respaldo oficial pertinente, en el contexto de las demás especialidades médicas. El trabajo a realizar por la CNN a partir de este momento parece,



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
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 regirá por sus **bases** (publicada en B.O.E, diciembre 2008), y que los interesados podrán obtener asimismo en: **www.fundacionlilly.com**

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

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
PRECLÍNICA 2009**
200.000€

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
CLÍNICA 2009**
150.000€

asimismo, importante. El establecimiento de unos nuevos criterios de acreditación de unidades docentes, la revisión y reacreditación de esas unidades, el diseño del libro del residente de Neumología y el desarrollo de las futuras áreas de acreditación específica son sólo algunos ejemplos en este sentido.

Balance de 2008 en el sector farmacéutico



Humberto Arnés Corellano, director general de Farmaindustria.

El año 2008 ha sido el protagonista del inicio y desarrollo de la primera crisis económico-financiera global. Las economías mundiales, prácticamente sin excepción, están sufriendo una profunda desaceleración del crecimiento, cuando no una recesión. Y esto se manifiesta en todos los ámbitos de la economía (desde los mercados de capitales hasta los presupuestos públicos, pasando por todos los sectores industriales) y en todos los ratios e índices (aumento del déficit público, incremento del desempleo, reducción de las inversiones...).

Ante este escenario, la industria farmacéutica trabaja intensamente para poder seguir contribuyendo a generar valor a nuestra economía y compitiendo de forma cada vez más eficiente.

En este sentido, en España nuestro sector tiene ante sí importantes retos que pasan, sobre todo, por conseguir un entorno de certidumbre y estabilidad normativa en ámbitos diversos (propiedad industrial, precios, gasto farmacéutico, sostenibilidad del sistema sanitario, fomento y reconocimiento de la I+D, etcétera) y que llevamos tiempo defendiendo.

Estamos convencidos de que un momento de crisis puede ser también un momento de oportunidades, y de que hay sectores que pueden

dar buenas noticias y evitar la desolación colectiva: el sector farmacéutico es uno de ellos porque tiene mucho que ofrecer, porque está muy ligado a la innovación, al conocimiento, a las nuevas tecnologías, es un sector emergente, con gran capacidad de efecto arrastre en términos de competitividad, internacionalización, o investigación y desarrollo. Todo ello puede ayudar a recuperar el crecimiento del PIB y a situar a España de una vez por encima de la media europea en innovación.

Una crisis supone siempre un cambio de paradigmas y si España es hábil puede sacar grandes réditos de la crisis económico-financiera global en la que nos encontramos, máxime en un ámbito como el farmacéutico en el que en gran medida la eficiencia global del sector depende de decisiones públicas adecuadas.

Extensión de la Medicina legal del daño



Vicente Moya Pueyo, catedrático de Medicina Legal.

Los asuntos que se plantean actualmente en el campo de la Medicina Legal están experimentando una modificación en sus contenidos, con una desviación evidente, un incremento de los asuntos debidos a daños en los pacientes, que frecuentemente tienen su origen en errores diagnósticos o terapéuticos, pero en otras ocasiones se encuentran relacionados con las condiciones que se imponen a los médicos o a otros profesionales del mundo sanitario para desarrollar sus tareas profesionales.

Además, estas cuestiones se encauzaban anteriormente desde el punto de vista penal como consecuencia de las facilidades para disponer de las pruebas, sin embargo actualmente predominan los asuntos desde el punto de vista civil y sobre todo des-

de el contencioso-administrativo, todo lo cual conlleva a los médicos a situaciones menos estresantes y, sobre todo, con menor incidencia en los medios de comunicación, por lo que la repercusión desde el punto de vista profesional es sensiblemente inferior.

Todo sigue igual



José Manuel Ribera Casado, jefe de Servicio de Geriátrica, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Pasan los años y, a mi juicio, 2008 no se ha diferenciado especialmente de los años anteriores.

Por lo que respecta a nuestra revista constatar que ha continuado siendo una compañera fiel en el recordatorio de todo aquello que

constituye motivo de diálogo o de preocupación en el transcurso de los días y de los meses. Pienso que sigue cumpliendo su función y que representa una ayuda importante a la hora de analizar con una visión amplia y generosa lo que han sido algunos de los principales temas de debate durante este tiempo. Si tuviera que escribir una carta a los Reyes Magos para el año 2009 mi primera petición se dirigiría a nosotros mismos, los profesionales de la sanidad, e iría orientada a conseguir que todos seamos más receptivos ante las opiniones de los demás y más abiertos a incorporar otras opciones en lo que constituye nuestra tarea común. A nuestras administraciones les pediría un mayor esfuerzo en el campo de la educación sanitaria y que dedicaran más recursos a un tema que representa la preocupación más destacada del conjunto de los ciudadanos: su propia salud y la prevención como vía más efectiva para mantenerla y mejorarla. Por último, a *Medical Economics* que siga en su línea y se mantenga como foro abierto y plural donde tengan cabida las diferentes sensibilidades del colectivo médico español. ■

Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.

Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**.

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- Teléfono Central Madrid **91 343 47 00 / 902 30 30 10**
- A través de internet: **www.amaseguros.com**
- En las delegaciones AMA de cada provincia





10 años

cuidando la vida

Han sido diez años muy intensos en USP Hospitales. Unos años en que hemos ido sumando experiencia y saber gracias a la profesionalidad, dedicación y entrega de más de 6000 profesionales que trabajan en nuestros 42 centros en España, Portugal y Marruecos.

Y todo ello en beneficio de lo que más nos importa: la salud de todas aquellas personas que necesitan de atención y cuidados médicos. Trabajamos para ofrecerles la mejor sanidad posible. Con los mejores médicos, el personal sanitario mejor preparado, los recursos más modernos y avanzados y la mejor calidad asistencial y humana. Cada día tratamos y atendemos en nuestros centros a más de 4000 personas. En diez años hemos aprendido que, trabajando día a día, estamos creando la medicina del futuro.

Más de dos millones de pacientes atendidos cada año.

BARCELONA Av. Diagonal, 652, Ed. C - 6º2º. 08034. Tel.: 93 206 98 90
MADRID C/Miguel Ángel, 23, 3ª Planta. 28010. Tel.: 91 577 63 70

info@usphospitales.com · www.usphospitales.com

10 años  **Hospitales**
simply health

España - Portugal - Marruecos

Medical Economics®

www.medeco.es.com

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



PREMIOS
2009

Así son los galardonados

Un año más, MEDICAL ECONOMICS, premia a las entidades que han destacado en las áreas de gestión y atención al paciente en el año que acaba de concluir.

En esta ocasión son once los galardonados: el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), el Hospital La Fe de Valencia, el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Mapfre, Almirall, la campaña "Mójate por la esclerosis múltiple", la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), PharmaMar (Grupo Zeltia), USP Hospitales, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana y Honorio Bando Casado (Premio Especial Medical Economics).

Hospital Universitario La Fe

Premio al Mejor Hospital con Gestión Pública

Innovación y experiencia para el paciente

El Hospital Universitario La Fe se creó en 1968 y desde entonces se ha convertido en el hospital de referencia de la Comunidad Valenciana. Es uno de los centros sanitarios más importantes de España en asistencia, docencia e investigación.

El Hospital La Fe de Valencia pertenece al Departamento de Salud 7- La Fe, integrado por unos 7.000 profesionales e incluye un centro de especialidades, 13 centros de salud y 14 consultorios auxiliares de atención primaria. Cuenta con una población asignada de unos 350.000 habitantes, a la que se suman pacientes que llegan de otros departamentos y otras comunidades autónomas, por ser éste el hospital de referencia. Presta atención sanitaria universal, integral y personalizada de urgencia, régimen ambulatorio, hospitalización y atención domiciliaria en todas las especialidades médicas y quirúrgicas existentes.

En estos momentos, el Hospital U. La Fe se encuentra en fase de planificación de traslado a un nuevo centro sanitario, a partir de 2010. El nuevo Hospital La Fe cuenta con una inversión superior a los 300 millones de euros y por su tamaño y volumen de actividad, será uno de los hospitales más grandes de España.



con el objetivo de asegurar el cambio al introducir la cultura de la excelencia. Este sistema está permitiendo desarrollar una cultura de la mejora continua, utilizando metodologías y herramientas de calidad como la Dirección Estratégica, el Cuadro de Mando Integral, la Gestión por Procesos, la Gestión de Conocimiento, las Normas ISO, la metodología Seis Sigma, el Benchmarking, etc.

La Fe es un centro puntero en asistencia, docencia e investigación de ámbito nacional e internacional. De hecho, es el segundo hospital de España con mayor nivel de atracción para los residentes en formación, acogiendo unos 100 nuevos especialistas al año. Registra unos 5.000 nacimientos anuales, cerca de 50.000 ingresos, unas 30.000 intervenciones y atiende unas 250.000 urgencias anuales.

Además, es líder en actividad trasplantadora, constituyéndose como el primer centro de España acreditado para realizar todo tipo de trasplantes. Destaca por encabezar en

España el número de trasplantes hepáticos y ser el primero de Europa y segundo del mundo en trasplante de sangre de cordón umbilical en adultos. El Hospital U. La Fe acogió además el primer trasplante bilateral de manos realizado a una mujer en el mundo y el primer trasplante de brazos por encima del codo llevado a cabo en España, en noviembre 2008.

Este centro se distingue también por ser el único de la Comunidad Valenciana con un Hospital Infantil específico para tratar todas las especialidades médicas y quirúrgicas de niños, gran parte de ellas de referencia y punteras en España. Otro de los pilares fundamentales en los que se sustenta el Hospital La Fe es la investigación, con la creación en 2003, de la Fundación para la Investigación de este centro sanitario. ■

El anuncio de la construcción del nuevo centro hospitalario en 2001 por parte de la Consejería de Sanidad (Generalitat Valenciana) ha supuesto un proceso de modernización y adaptación muy significativo para el Hospital La Fe. Así, el centro sanitario elaboró un plan estratégico y eligió el modelo de gestión EFQM de calidad (European Foundation for Quality Management),



El Hospital La Fe es un centro puntero en asistencia, docencia e investigación.

Si necesita lupa para ver los Rendimientos de su Plan de Pensiones...



...traspáselo ya a
**PSN RENTABILIDAD
CRECIENTE - PPA,**
y consiga un

12% TAE* extra,

- Interés garantizado hasta la jubilación.
- Aportaciones 100% garantizadas.

y olvídense de la **lupa**



* Interés adicional extraordinario ofrecido para todos los traspasos y nuevas contrataciones realizadas entre el 01/11/08 y el 28/02/09, por personas menores de 52 años, que se abonará en la póliza como aportación extraordinaria a cargo de PSN, con un tipo del 12% TAE, desde la fecha de valor de recepción del traspaso hasta el 28/02/09.

* Fecha de abono de la aportación 12% TAE a cargo de PSN: 31/05/09.

* Promoción válida exclusivamente para traspasos de Planes de Pensiones de otras entidades a PSN Rentabilidad Creciente PPA y nuevas contrataciones, recibidos entre el 1 de noviembre del 2008 y el 28 febrero del 2009. No acumulable con otras promociones o campañas coincidentes.

PSN Rentabilidad Creciente

■ Plan de Previsión Asegurado ■

Infórmese en el 902 100 062, a través de su Asesor o en la Oficina PSN más cercana.

PSN
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Premio al Mejor Hospital Público con Gestión Privada

Hacia la excelencia en la gestión

Creado en 1996, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), incorpora innovaciones de tipo organizativo y funcional, junto a modernos desarrollos tecnológicos y arquitectónicos y una amplia vocación en investigación clínica.

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA) es un hospital general público de tercer nivel de la zona sur de la Comunidad de Madrid. En 2008 la población asistida superó los 264.000 habitantes, que abarca municipios del Área 8 de la Comunidad de Madrid.

Es una fundación pública creada por el Instituto Nacional de la Salud en diciembre de 1996, bajo el amparo de un nuevo marco normativo, el R.D. Ley 10/96 sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Cuenta con personalidad jurídica propia, lo que le confiere una gran capacidad de autonomía para tomar decisiones y gestionar los recursos con los que cuenta. Se rige por sus estatutos, la Ley 50/2002 sobre fundaciones y por la ley de Fundaciones de la Comunidad de Madrid, y por las disposiciones del derecho civil, mercantil, laboral y administrativo que le sean de aplicación.

La plantilla estructural del hospital es de 1.569 trabajadores. El HUFA lejos de planteamientos tradicionales, incorpora innovaciones de tipo organizativo y funcional, junto a modernos desarrollos tecnológicos y arquitectónicos, que suponen una importante mejora en la calidad de la atención sanitaria de los ciudadanos. Es de destacar su vocación docente e investigadora, como líneas estratégicas de desarrollo. Así, en 2001 las especialidades de Medicina Interna y Cardiología consiguieron la acreditación para la formación de médicos residentes, y en la actualidad son ya 23 las especialidades que cuentan con ella, y algunas de estas, han sido seleccionadas por estudiantes posicionados entre los primeros 50 de la especialidad. Desde el año 2005 también se forman en el centro a matronas residentes y a partir de este curso académico 2009-2010, la Fundación Alcorcón será el hospital de referencia para los estudiantes del Grado de Medicina de la Universidad Rey Juan Carlos.

Como complemento de la vertiente docente, es de resaltar que la misma se complementa con la labor investigadora que se desarrolla en el centro. Hasta el mes de mayo de 2008, la Fundación Alcorcón tenía 41 proyectos de investigación en activo, 22 nuevos proyectos solicitados, 68 ensayos clínicos activos y 16 estudios observacionales activos. En su corta trayectoria, son más de 40, los artículos incluidos en bases de datos de prestigio internacional y cuyo autor de referencia es un profesional de la Fundación.

La planificación del desarrollo estratégico del centro para un horizonte cercano a los 10 años, ha sido abordada en 2008. Sus líneas de actuación acometerán desde la reestructuración del espacio físico con objeto de aumentar el grado de confort que se ofrece al usuario, hasta la organización funcional en torno a áreas de conocimiento y no por áreas profesionales, que permitan al paciente ser el verdadero eje central del sistema. ■



Hospital Universitario
Fundación Alcorcón

Comunidad de Madrid



El hospital fue creado en 1996 como una fundación pública.

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

Info **S**alvat
900 80 50 80

infoalvat@salvatbiosci.com

S
SALVAT

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

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 empresas 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.

Centro Integral Oncológico Clara Campal / Hospital Madrid Norte Sanchinarro

Premio Mejor Innovación en Medicina Privada

Un nuevo concepto de la asistencia

El Grupo Hospital de Madrid creó el Centro Integral Oncológico Clara Campal en 2007 confirmando así su apuesta por la investigación. El centro, que cuenta con un área dedicada a investigación, permite un abordaje personalizado de cada tumor.

Siendo una de las tres principales causas de mortalidad en Occidente, el cáncer se ha convertido en un objetivo prioritario sanitario y científico, lo que ha generado un cambio en la demanda asistencial y en la organización de la oferta sanitaria: ya no es posible centrar la asistencia en una consulta aislada y unidisciplinar, sino que el esquema de trabajo debe ser protocolizado y abierto a una actualización continua que se origina en fuentes tan distintas como la investigación básica y la clínica, la tecnología y las distintas especialidades médicas. Esto sólo puede realizarse en un centro integral en el que los profesionales se dediquen al proyecto en exclusiva y el paciente reciba un cuidado inmediato, multidisciplinar e individualizado.

Desde esta filosofía, el Grupo Hospital de Madrid (HM) creó en 2007 el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), el primero de España anexo a un hospital, el Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, inaugurados oficialmente por Su Majestad la Reina en noviembre del citado año. Ambos centros funcionan de manera integrada para ofrecer al paciente oncológico la mejor aten-

ción sanitaria, consensuada e individualizada, en un entorno del máximo confort y con los mejores especialistas oncológicos en cada área u órgano. Esta estructura se traduce en una visión pluridisciplinar del paciente oncológico, que tiene su origen en la investigación traslacional, y en la que el enfermo es tratado conjuntamente y sin demora por los distintos especialistas implicados en el abordaje de su enfermedad y de las posibles complicaciones que pueda generar.

Dotado con la última tecnología en diagnóstico por imagen —escáner de 64 cortes, resonancia magnética de 3 T, resonancia magnética abierta de alto campo, PET-TAC, medicina nuclear y mamografía con mesa pro-

na—, el CIOCC cuenta también con una Unidad de Consejo Genético y con las técnicas más avanzadas de radiología: tres aceleradores lineales —uno de ellos, único en España, permite hacer radiocirugía intra y extracranial—, un quirófano inteligente y braquiterapia.

A la asistencia sanitaria de excelencia que ofrece, unida a una vocación docente que impregna a todo el Grupo HM, se suma una apuesta firme por la investigación, poco común en el sector sanitario priva-

do de nuestro país. Así, el CIOCC cuenta con un área dedicada a investigación, en la que destaca el proyecto de xenoinjertos, vinculado a la medicina traslacional, y que permite un abordaje diferencial único y personalizado de cada tumor. Junto a ésta, las otras dos áreas en las que existen más expectativas respecto a la investigación contra el cáncer son la aplicación de métodos de patología molecular, que posibilitan abordar el complejo mundo del farmacodiagnóstico de una forma eficaz, y la creación de una Unidad de Fases I de investigación oncológica, primera en la Comunidad de Madrid, para acercar fármacos nuevos a nuestros pacientes, apartado en el que hace unos meses



CENTRO INTEGRAL
ONCOLÓGICO
CLARA CAMPAL



En el CIOCC el paciente recibe un cuidado inmediato, multidisciplinar e individualizado.

Almirall

Premio a la Mejor Información a Pacientes realizada por una entidad

La mejor información sobre la salud

Almirall lleva a cabo una estrategia en la que el paciente es el centro de todo. El proyecto Cuida tu Salud pretende facilitar la formación y comprensión al paciente para evitar que existan dudas relacionadas con el tratamiento de su patología.

Almirall ha vivido un gran proceso de evolución en los últimos años hasta convertirse en una compañía líder en el mercado farmacéutico español. Dentro del panorama actual europeo ocupa el puesto 36 y, a nivel mundial, se encuentra en el puesto 68.

A lo largo de la historia de Almirall, fundada en 1943, ha habido momentos muy relevantes: en el año 1972 inauguró una planta farmacéutica en Sant Andreu de la Barca con capacidad para producir, actualmente, 90 millones de unidades al año. Otro hito a destacar es la fusión, en el año 1997, entre Almirall y Prodesfarma, que cambió la estructura de la compañía, ofreciendo nuevas posibilidades de cara al futuro y abriendo sus horizontes a la internacionalización con la apertura de filiales. En 2006, Almirall inauguró el centro

de I+D de Sant Feliu de Llobregat, punto de referencia para la investigación biomédica española y preparado para hacer frente a las necesidades de la salud del siglo XXI. En ese mismo año, Almirall adquirió la compañía Sofotec, actual Centro de Excelencia Inhalatoria en I+D, ubicado en Bad Homburg (Alemania).

Presencia en Europa y América

La proyección internacional de Almirall es imparable. Así, en 2007, adquirió Hermal, una compañía alemana líder en el campo de la dermatología. Hoy, cuenta con 11 filiales repartidas entre Europa y América Latina. En concreto, además de España, se encuentra presente en Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Italia, México, Polonia, Portugal, Reino Unido e Irlanda y Suiza y sus medicamentos se comercializan en más de 70 países alrededor del mundo.

El objetivo de Almirall, por encima de todo, es investigar y comercializar fármacos de I+D propios y de licencia con el propósito de mejorar la salud y el bienestar de las personas. Por eso los pacientes son la pieza clave de todo el engranaje de Almirall.

En este sentido, decidieron reflexionar sobre la información que la industria farmacéutica ofrecía a los pacientes y detectaron que en la mayoría de las ocasiones no estaba orientada a atender sus necesidades. Fruto de este análisis se puso en marcha una estrategia destinada a convertir al paciente en el centro de todos los materiales y acciones. De este modo, nació el proyecto *Cuida tu Salud*, con el que Almirall pretende facilitar la formación y comprensión al paciente para evitar que existan dudas relacionadas con el tratamiento de su patología.

En la actualidad, *Cuida tu Salud* implica toda una serie de proyectos que abordan la



Almirall

Soluciones pensando en ti



Almirall cuenta con 11 filiales en Europa y América Latina.



aproximación a los pacientes. Dentro de la colaboración institucional con las asociaciones de pacientes, se han creado dos aulas de la universidad de los pacientes: Respiratorio y Depresión, que tienen como objetivo acercar a los pacientes a su enfermedad y facilitarles la información necesaria para que, tanto ellos como su entorno, se conviertan en expertos en su patología. El resto de proyectos están relacionados con la información y materiales que se suministran al médico y farmacéutico para informar a sus pacientes. Dentro de ello, la principal iniciativa es la página *web* *cuidatusalud.com* que aglutina toda la actualidad e información que precisan los pacientes para mejorar en el manejo de su patología.

Esta documentación también está disponible en las páginas *web* de Almirall: www.clubdelafarmacia.com para farmacéuticos y www.solucionesalmirall.com para médicos.

A día de hoy Almirall ha alcanzado más de 50 recomendaciones sobre las patologías que son más frecuentes entre la población española, todas ellas, tras su elaboración por profesionales médicos y farmacéuticos, han sido revisadas por los propios pacientes para adaptarlas a sus necesidades. Además de ello, se han traducido todos los prospectos de los productos Almirall a los idiomas con mayor población extranjera en nuestro país: alemán, árabe, chino, francés, inglés, italiano, rumano y ruso. El éxito de estas traducciones ha llevado a la compañía a plantearse también la traducción de las recomendaciones, labor que en la actualidad ya se ha iniciado.

Para Almirall, el éxito de este proyecto supone un paso más en el acercamiento a la sociedad, en tanto que permite a los pacientes mejorar en el conocimiento de su enfermedad y en el manejo y utilización de los fármacos.

Y todo ello, porque en Almirall lo que más les importa son las personas. ■



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-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesolinosol 200 mg, Nitrofurazol (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras torpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritos. Úlceras por oclusión. Quemaduras de segundo y tercer grado. Hidemite. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Molestias. Desgarros de permó, etc. Posología: Extiéndase 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 instilarla 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 nitrofurazol, 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: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP/IVA: 7,49 euros.

Info **S**alvat
www.salvat.com
info.salvat@salvatbotach.com

S
SALVAT
innovando y cuidando

PharmaMar

Premio al Fomento de la Investigación en Salud y Medicina

El mar, al servicio de la salud

PharmaMar, empresa del Grupo Zeltia, tiene como objetivo avanzar en el tratamiento del cáncer mediante el descubrimiento y el desarrollo de medicamentos innovadores de origen marino. Yondelis, es a día de hoy, su fármaco estrella.

La inmersión de PharmaMar en las aguas oceánicas se inició en 1986 con la creación de la compañía, aunque no fue plenamente operativa hasta dos años más tarde. A partir de ahí, la exploración de los mares y océanos de los cinco continentes en busca de invertebrados marinos susceptibles de jugar un papel relevante para la salud, en concreto en el tratamiento del cáncer, será continua. Y es que la biodiversidad es mucho más alta en el mundo marino que en el terrestre. En este caso, se podría decir que el mar es una farmacia aliada contra los tumores cancerígenos.

El equipo de biólogos marinos y buzos profesionales de PharmaMar realizan expediciones por todos los mares del mundo, a zonas de alta biodiversidad para hacer una recogida manual de unos pocos gramos de organismo marino, que posteriormente se incorporan a la colección de muestras marinas de PharmaMar para su posterior estudio.

Las muestras obtenidas se identifican taxonómicamente, se envían congeladas a sus insta-

laciones de investigación en Madrid y se incorporan a la exclusiva librería de PharmaMar, que contiene más de 65.000 muestras de origen marino.

Para acelerar la investigación sobre su colección de agentes potencialmente activos, PharmaMar tiene sistemas de modelos biológicos específicamente desarrollados para la detección de actividad antitumoral, se procesan y analizan cantidades pequeñas de las muestras, cuyo fraccionamiento mediante técnicas cromatográficas permite el rápido aislamiento de moléculas de interés y la elucidación sin dilución de su estructura química. A continuación, las moléculas con una actividad antitumoral prometedoras se someten a programas de química farmacológica para establecer un mecanismo adecuado de producción mediante síntesis química, con lo que se evita la necesidad de recurrir a la fuente natural.

PharmaMar tiene más de 1.600 patentes concedidas y en proceso de tramitación, entre las que se incluyen estructuras químicas nuevas, procesos de síntesis y producción y aplicaciones terapéuticas. También está investigando diversos candidatos farmacológicos de nuevas familias de moléculas generadas mediante su programa de descubrimiento de fármacos de origen marino.

Cuando descubre moléculas de interés, PharmaMar establece procesos de química farmacológica y de síntesis para su producción, al tiempo que proporciona el material necesario para los estudios preclínicos y clínicos. Además, la compañía está sintetizando y evaluando derivados de fármacos candidatos de origen marino potenciales que pueden tener una mejor actividad antitumoral. Todo ese proceso de investigación, cuya finalidad última es desarrollar nuevos fármacos que contribuyan a mejorar el tratamiento de



PharmaMar busca muestras marinas que puedan desarrollar medicamentos innovadores contra el cáncer.

los pacientes que padecen cáncer, se inició hace más de 20 años y constituye un proyecto único y pionero con una inversión total de 420 millones de euros. El resultado, hasta ahora, se concreta en cuatro compuestos en diferentes fases de desarrollo clínico, destacando Yondelis, que ya ha recibido autorización de la Comisión Europea para su comercialización para el tratamiento del sarcoma de tejidos blandos. Yondelis se encuentra también a la espera de ser aprobado durante 2009 para tratamiento de cáncer de ovario recurrente y está en continuo desarrollo para cáncer de mama y próstata. Además, otros tres productos se hallan en fase preclínica.

Conscientes sus directivos de los desafíos inherentes al descubrimiento y desarrollo de productos biofarmacéuticos, la compañía ha tejido una red de colaboraciones que califica de "primera clase". Dicha red es de ámbito mundial y en ella participan más de 60 centros de investigación y universidades en biología marina y química de la biología del cáncer. El objetivo es establecer relaciones con gobiernos e instituciones locales para la exploración de la biodiversidad local, para la puesta en marcha de programas conjuntos de descubrimiento farmacológico y desarrollo clínico de sus compuestos contra el cáncer.

La joya de la corona

Yondelis (trabectedina), primer compuesto antitumoral de origen marino desarrollado por PharmaMar, inició su lanzamiento en Europa en 2007 y hoy ya se comercializa en 13 países, con ventas superiores al presupuesto acumulado al pasado mes de junio. La compañía espera alcanzar en Europa ventas maduras superiores a cien millones de euros.

Obtenido originalmente del tunicado marino *Ecteinascidia turbinata*, en la actualidad se produce sintéticamente. Tiene un mecanismo de acción novedoso, resultante de su unión al ADN a través del surco menor, interfiriendo en los procesos de división celular, de transcripción genética y en los sistemas de reparación del ADN. Ha recibido la autorización de comercialización de la Comisión Europea (CE) para la indicación de sarcoma de tejido blando avanzado (STB) después de que hayan fracasado las antraciclinas y la ifosfamida, o en pacientes que no pueden recibir tratamiento con estos agentes.

Además, el pasado mes de diciembre PharmaMar presentó el dossier de registro para cáncer de ovario ante la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). También se están llevando a cabo ensayos de fase II para cáncer de mama, pulmón y próstata.

Yondelis ha sido designado medicamento huérfano para el tratamiento de STB y el cáncer de ovario en la Unión Europea, Estados Unidos y Suiza. Según el acuerdo entre PharmaMar-filial de Zeltia, SA, y Ortho Biotech Products, LP-filial de Johnson & Johnson, en virtud del cual se desarrolla Yondelis, PharmaMar tiene los derechos para comercializar Yondelis en Europa (incluida Europa del Este) y Japón, mientras que Ortho Biotech Products, LP tiene los derechos para comercializar Yondelis en el resto del mundo.



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



el apósito de espuma
que mimas la 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

USP Hospitales

Premio Medical Economics al Mejor Grupo Hospitalario

Un grupo hospitalario líder en España

Fundado en 1998 por su presidente y consejero delegado, Gabriel Masfurroll, USP Hospitales es actualmente el grupo hospitalario independiente líder en España con una red de 42 centros sanitarios repartidos en España, Portugal y Marruecos.

El Grupo USP es una red privada, integrada y global de servicios asistenciales que incluye desde hospitales, hasta centros de cirugía de día, centros de diagnóstico y policlínicas, y se ha consolidado como líder en el mercado de provisión de servicios de salud, bajo el paraguas de una marca propia y reconocida que ofrece una alternativa de servicios de salud de alta calidad, tecnología punta y rigurosa ética profesional. Con 3.600 profesionales y 2.500 médicos, la red hospitalaria atiende al año a más de dos millones de pacientes y registra 180.000 estancias, 70.000 intervenciones quirúrgicas, 8.500 partos y 200.000 urgencias.

La compañía ofrece asistencia médica a través de sus centros en todas las especialidades, destacando las de ginecología, me-

dicina de la reproducción y obstetricia (23 por ciento), traumatología y medicina del deporte (18 por ciento), cirugía general (10 por ciento), medicina interna (7 por ciento), cirugía plástica (7 por ciento), y otras especialidades (35 por ciento) como neurocirugía, cardiología, oftalmología y oncología.

Además, y dentro de su estrategia de expansión en nuestro país y fuera de él, USP Hospitales se ha convertido en el operador hospitalario con mayor cobertura geográfica en el mercado turístico de la Península: dos hospitales en las Islas Canarias, uno en Torrevieja, Palma de Mallorca, Marbella, y Sevilla, y otros dos en el Algarve (Portugal). Y cuenta con centros de excelencia en especialidades tan importantes como oncología (Plataforma Oncológica de USP Hospital San Jaime) y oftalmología (USP Instituto Oftalmológico de Barcelona).

Entre los últimos grandes proyectos desarrollados, destacan especialmente la apertura del nuevo USP Instituto Universitario Dexeus en Barcelona, un hospital multidisciplinar de 50.000 m² inaugurado en julio de 2007 y que a lo largo de 2008 ha puesto en marcha los servicios de cardiología y oncología, habiendo merecido el hospital, por su extensa y exitosa historia, la Cruz de Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya; la construcción e inauguración del Centro de Cirugía Ambulatoria Ave María de USP Clínica Sagrado Corazón, el primer centro privado de estas características en Sevilla, inaugurado en junio de 2007; y la puesta en marcha del Centro de Especialidades y Cirugía Ambulatoria de USP Hospital San José de Madrid, inaugurado en octubre de 2007, que ha atendido a más de 54.000 pacientes en su primer año de funcionamiento. Además, en 2008 abrió sus puertas el USP Araba Sport Clinic de USP Clínica La Esperanza, en Vitoria, un centro especiali-



Hospital Universitario Dexeus de Barcelona.

zado en Medicina del Deporte en todos sus ámbitos, instalado en la Ciudad Deportiva del Baskonia; y USP Mediplan Sport, también en Vitoria, un centro ambulatorio de rehabilitación y medicina deportiva pionero en su sector, situado a la vanguardia de la sanidad del País Vasco. El mismo año se ha puesto en marcha la primera resonancia nuclear magnética intraoperatoria de España, concretamente en USP Clínica Sagrado Corazón de Sevilla, y diversos hospitales del grupo han incorporado nuevos servicios, como es el caso de la Obstetricia en USP Hospital Santa Teresa, en La Coruña. Además, USP Instituto Universitario Dexeus y USP Hospital San Jaime recibieron sendos premios TOP 20 a la Excelencia en Sanidad y, por segundo año consecutivo, dos hospitales del grupo, USP Hospital de Marbella y USP Instituto Universitario Dexeus, recibieron los premios Sanidad Excelente Privada-Aliad.

USP, con el deporte

A nivel corporativo, en 2008 USP Hospitales fue designado Servicio Médico Oficial del Comité Olímpico Español y de la Federación Española de Baloncesto, además de poner en marcha la primera televisión corporativa por Internet en el ámbito de la salud, Latidos TV y la USP MasterCard, la primera tarjeta de crédito del mundo con acceso a la información médica del titular, iniciativa enmarcada dentro de la alianza estratégica sellada en septiembre de 2005 entre USP Hospitales y General Electric y que ha merecido el Premio Mejores Ideas de Actualidad Económica 2008. Otros de los galardones recibidos en 2008 fueron los Premios Best in Class, otorgados a USP Hospital San Carlos en la Categoría de Medicina Intensiva UCI y a USP Hospital San Jaime en la Categoría de Traumatología; el Premio Favoritos en la Red 2008, concedido por Diario Médico, a la web corporativa; y el galardón Directivo Plus 2008, concedido al presidente y consejero delegado de USP Hospitales, Gabriel Masfurroll. Por otro lado, y tras la creación de USP Fundación Alex en 2006 como institución sin ánimo de lucro que recoge e impulsa las actividades de acción social en los hospitales del grupo, centrándose en el ámbito de la Salud, la Infancia y la Discapacidad, en 2008 se han materializado proyectos como la entrega de becas "Para nuestros héroes" junto con la Fundación Laureus España; o el lanzamiento de las "Bandanas Solidarias", un proyecto en el que han participado personas muy destacadas de distintos ámbitos sociales que han realizado y cedido un dibujo para ser utilizado como estampado en pañuelos de seda con cuya venta se recaudan fondos para mujeres que padecen o han padecido cáncer de mama.

En el ámbito internacional, en abril de 2008 se inauguraron dos hospitales en Portugal: el nuevo hospital HPP Hospital das Lusiadas en Lisboa, y en julio se puso en marcha la ampliación del HPP Hospital da Boavista en Oporto. ■



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

SureSkin[®] II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE II^ª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

Info  Salvat
800 00 50 30
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad

FICHA TÉCNICA EFFERALGAN 1 g. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: EFFERALGAN 1 g. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido efervescente contiene: Paracetamol (D.C.I.), 1 g. Para excipientes, ver sección 6.1. **FORMA FARMACEUTICA:** Comprimidos efervescentes blancos y ranurados. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático del dolor de intensidad moderada, como dolor músculo-esquelético, artrosis, artritis reumatoide, cefalea, dolor dental o dismenorrea. Estados febriles. **Posología y forma de administración:** VIA ORAL. Adultos y niños mayores de 15 años: dosis de 1 gramo 3-4 veces al día. Las tomas deben espaciarse al menos 4 horas. No se excederá de 4 gramos cada 24 horas. **Insuficiencia renal grave:** Cuando se administra paracetamol en casos de insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min), se recomienda que el intervalo entre 2 tomas sea como mínimo de 8 horas. **Insuficiencia hepática** (véase epígrafe 4.3

Contraindicaciones). Está contraindicado. **Uso en ancianos:** En pacientes geriátricos se ha observado un aumento de la semivida de eliminación del paracetamol por lo que se recomienda reducir la dosis del adulto en un 25%. En alcohólicos crónicos no se debe administrar más de 2 g/día de paracetamol. Disolver totalmente el comprimido en un vaso de agua. Antes de ingerir el medicamento es necesario que cese la efervescencia. **Contraindicaciones:** Niños menores de 15 años. Hipersensibilidad al paracetamol o a cualquiera de los componentes de la especialidad. Pacientes con enfermedades hepáticas (con insuficiencia hepática o sin ella) o hepatitis viral. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** • Se debe administrar el paracetamol con precaución, evitando tratamientos prolongados en pacientes con anemia, afecciones cardíacas o pulmonares o con disfunción renal (en este último caso, el uso ocasional es aceptable, pero la administración prolongada de dosis elevadas puede aumentar el riesgo de aparición de efectos renales adversos). • En caso de insuficiencia renal grave, (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min.); el intervalo entre 2 tomas será como mínimo de 8 horas. • En caso de régimen sin sodio o hiposódico, hay que saber que cada comprimido de Efferalgan 1 g contiene aproximadamente 567 mg (24,66mEq) de sodio y tenerlo en cuenta en la ración diaria. • La utilización del paracetamol en pacientes que consumen habitualmente alcohol (tres o más bebidas alcohólicas al día) puede provocar daño hepático. • En alcohólicos crónicos no se debe administrar más de 2 g/día de paracetamol. • Se recomienda precaución en pacientes asmáticos sensibles al ácido acetilsalicílico, debido a que se han descrito ligeras reacciones broncoespásticas con paracetamol (reacción cruzada) en estos pacientes, aunque solo se manifestaron en menos del 5% de los ensayados. • Si el dolor se mantiene durante más de 10 días o la fiebre durante más de 3 días, o empeoran o aparecen otros síntomas, se debe reevaluar la situación clínica. • Este medicamento contiene 252,20 mg de sorbitol como excipiente por comprimido efervescente. Puede causar molestias de estómago y diarrea. No debe utilizarse en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** El paracetamol se metaboliza a nivel hepático, dando lugar a metabolitos hepatotóxicos por lo que puede interactuar con fármacos que utilicen sus mismas vías de metabolización. Dichos fármacos son: **-Anticoagulantes orales** (acenocumarol, warfarina): La administración crónica de dosis de paracetamol superiores a 2g/día con este tipo de productos, puede provocar un incremento del efecto anticoagulante, posiblemente debido a una disminución de la síntesis hepática de los factores que favorecen la coagulación. Dada su aparente escasa relevancia clínica, se considera la alternativa terapéutica a salicilatos, cuando existe terapia con anticoagulantes. **-Alcohol etílico:** Potenciación de la toxicidad del paracetamol, por posible inducción de la producción hepática de productos hepatotóxicos derivados del paracetamol. **-Anticonvulsivantes** (fenitoína, fenobarbital, metilfenobarbital, primidona): Disminución de la biodisponibilidad del paracetamol así como potenciación de la hepatotoxicidad en sobredosis, debido a la inducción del metabolismo hepático. **-Cloranfenicol:** Potenciación de la toxicidad del cloranfenicol, por posible inhibición de su metabolismo hepático. **-Estrógenos:** Disminución de los niveles plasmáticos de paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo. **-Diuréticos del asa:** Los efectos de los diuréticos pueden verse reducidos, ya que el paracetamol puede disminuir la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la renina plasmática. **-Isóniazida:** Disminución del aclaramiento de paracetamol, con posible potenciación de su acción y/o toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático. **-Lamotrigina:** Disminución del área bajo la curva (20%) y de la vida media (15%) de lamotrigina, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo hepático. **-Probenecid:** Puede incrementar ligeramente la eficacia terapéutica del paracetamol. **-Propranolol:** El propranolol inhibe el sistema enzimático responsable de la glucuronidación y oxidación del paracetamol. Por lo tanto, puede potenciar la acción del paracetamol. **-Rifampicina:** Aumento del aclaramiento de paracetamol por posible inducción de su metabolismo hepático. **-Anticolinérgicos** (glicopirronio, propantelina): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por la disminución de velocidad en el vaciado gástrico. **-Resinas de intercambio iónico** (colestiramina): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por fijación del paracetamol en intestino. **-Zidovudina:** Puede provocar la disminución de los efectos farmacológicos de la zidovudina por un aumento del aclaramiento de dicha sustancia. **Interacciones con pruebas de diagnóstico.** El paracetamol puede alterar los valores de las siguientes determinaciones analíticas: • **Sangre:** aumento biológico de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, amoniaco, bilirrubina, creatinina, lactato deshidrogenasa (LDH) y urea; aumento (interferencia analítica de glucosa, teofilina y ácido úrico. Aumento del tiempo de protrombina (en pacientes con dosis de mantenimiento de warfarina, aunque sin significación clínica). Reducción (interferencia analítica) de glucosa cuando se utiliza el método de oxidasa-peroxidasa. • **Orina:** pueden aparecer valores falsamente aumentados de metadrenalina y ácido úrico. • **Pruebas de función pancreática mediante la bentiromida:** el paracetamol, como la bentiromida, se metaboliza también en forma de arilamina, por lo que aumenta la cantidad aparente de ácido paraaminobenzoico (PABA) recuperada; se recomienda interrumpir el tratamiento con paracetamol al menos tres días antes de la administración de bentiromida. • **Determinaciones del ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA) en orina:** en las pruebas cualitativas diagnósticas de detección que utilizan nitrosouaftol como reactivo, el paracetamol puede producir resultados falsamente positivos. Las pruebas cuantitativas no resultan alteradas. **Embarazo y lactancia.** Embarazo: No se han descrito problemas en humanos. Aunque no se han realizado estudios controlados, se ha demostrado que el paracetamol atraviesa la placenta, por lo que se recomienda no administrar salvo caso de necesidad (categoría B de la FDA). **Lactancia:** No se han descrito problemas en humanos. Aunque en la leche materna se han medido concentraciones máximas de 10 a 15 µg/ml (de 66,2 a 99,3 µmoles/l) al cabo de 1 o 2 horas de la ingestión, por parte de la madre, de una dosis única de 650 mg, en la orina de los lactantes no se ha detectado paracetamol ni sus metabolitos. La vida media en la leche materna es de 1,35 a 3,5 horas. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No se ha descrito ningún efecto en este sentido. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas del paracetamol son, por lo general, raras o muy raras. Frecuencia estimada: Muy frecuentes (>1/10); frecuentes (>1/100, <1/10); infrecuentes (>1/1.000, <1/100); raras (>1/10.000, <1/1.000); muy raras (>1/10.000). **Generales:** Raras: Malestar. Muy raras: Reacciones de hipersensibilidad que oscilan, entre una simple erupción cutánea o una urticaria y shock anafiláctico. **Tracto gastrointestinal:** Raras: Niveles aumentados de transaminasas hepáticas. Muy raras: Hepatotoxicidad (ictericia). **Metabólicas:** Muy raras: Hipoglucemia. **Hematológicas:** Muy raras: Trombocitopenia, agranulocitosis, leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica. **Sistema cardiovascular:** Raras: Hipotensión. **Sistema renal:** Muy raras: Piuria estéril (orina turbia), efectos renales adversos (véase epígrafe 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Sobredosificación:** La sintomatología por sobredosis incluye, mareos, vómitos, pérdida de apetito, ictericia, dolor abdominal e insuficiencia renal y hepática. Si se ha ingerido una sobredosis debe tratarse rápidamente al paciente en un centro médico aunque no haya síntomas o signos significativos ya que, aunque éstos pueden causar la muerte, a menudo no se manifiestan inmediatamente después de la ingestión, sino a partir del tercer día. Puede producirse la muerte por necrosis hepática. Así mismo, puede aparecer fallo renal agudo. La sobredosis de paracetamol se evalúa en cuatro fases, que comienzan en el momento de la ingestión de la sobredosis: • FASE I. (12-24 horas): náuseas, vómitos, diaforesis y anorexia. • FASE II (24-48 horas): mejoría clínica; comienzan a elevarse los niveles de AST, ALT, bilirrubina y protrombina. • FASE III (72-96 horas): pico de hepatotoxicidad; puede aparecer valores de 20.000 para la AST. • FASE IV (7-8 días): recuperación. Puede aparecer hepatotoxicidad. La mínima dosis tóxica, en una sola toma, es de más de 6 g en adultos y más de 100 mg/Kg de peso en niños. Dosis superiores a 20-25 g son potencialmente mortales. Los síntomas de la hepatotoxicidad incluyen náuseas, vómitos, anorexia, malestar, diaforesis, dolor abdominal y diarrea. Si la dosis ingerida fue superior a 150 mg/Kg o no puede determinarse la cantidad ingerida, hay que obtener una muestra de paracetamol sérico a las 4 horas de la ingestión. En el caso de que se produzca hepatotoxicidad, realizar un estudio de la función hepática y repetir el estudio con intervalos de 24 horas. El fallo hepático puede desencadenar encefalopatía, coma y muerte. Niveles plasmáticos de paracetamol superiores a 300 µg/ml, encontrados a las 4 horas de la ingestión, se han asociado con el daño hepático producido en el 90% de los pacientes. Este comienza a producirse cuando los niveles plasmáticos de paracetamol a las 4 horas son inferiores a 120 µg/ml o menores de 30 µg/ml a las 12 horas de la ingestión. La ingestión crónica de dosis superiores a 4 g/día pueden dar lugar a hepatotoxicidad transitoria. Los riñones pueden sufrir necrosis tubular, y el miocardio puede resultar lesionado. **Tratamiento:** En todos los casos se procederá a aspiración y lavado gástrico, preferentemente en las 4 horas siguientes a la ingestión. Existe un antídoto específico para la toxicidad producida por paracetamol: N-acetilcisteína. Se recomiendan 300 mg/kg de N-acetilcisteína (equivalentes a 1,5 ml/kg de solución acuosa al 20%; pH: 6,5), administrados por vía IV. Durante un periodo de 20 horas y 15 minutos, según el siguiente esquema: **I) Adultos.** 1. **Dosis de ataque:** 150 mg/kg (equivalentes a 0,75 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH 6,5) lentamente por vía intravenosa o diluidos en 200 ml de dextrosa al 5%, durante 15 minutos. 2. **Dosis de mantenimiento:** a) Inicialmente se administrarán 50 mg/kg (equivalentes a 0,25 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 500 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 4 horas. b) Posteriormente, se administrarán 100 mg/kg (equivalentes a 0,50 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 1000 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 16 horas. **II) Niños.** El volumen de la disolución de dextrosa al 5% para la infusión debe ser ajustado en base a la edad y al peso del niño, para evitar congestión vascular pulmonar. La efectividad del antídoto es máxima si se administra antes de que transcurran 4 horas tras la intoxicación. La efectividad disminuye progresivamente a partir de la octava hora y es ineficaz a partir de las 15 horas de la intoxicación. La administración de la solución acuosa de N-acetilcisteína al 20% podrá ser interrumpida cuando los resultados del examen de sangre muestren niveles hemáticos de paracetamol inferiores a 200 µg/ml. **Efectos adversos de la N-acetilcisteína por vía IV:** Excepcionalmente, se han observado erupciones cutáneas y anafilaxia, generalmente en el intervalo entre 15 minutos y 1 hora desde el comienzo de la infusión. Por vía oral, es preciso administrar el antídoto de N-acetilcisteína antes de que transcurran 10 horas desde la sobredosificación. La dosis de antídoto recomendada para los adultos es: - una dosis inicial de 140 mg/kg de peso corporal. - 17 dosis de 70 mg/kg de peso corporal, una cada 4 horas. Cada dosis debe diluirse al 5% con una bebida de cola, zumo de uva, de naranja o agua, antes de ser administrada, debido a su olor desagradable y a sus propiedades irritantes o esclerosantes. Si la dosis se vomita en el plazo de una hora después de la administración, debe repetirse. Si resulta necesario, el antídoto (diluido en agua) puede administrarse mediante la intubación duodenal. **DATOS FARMACEUTICOS. Relación de excipientes:** Ácido cítrico anhidro, Bicarbonato sódico, Carbonato sódico anhidro, Sorbitol, Docusato sódico, Polividona, Sacarina sódica, Benzoato de sodio. **Incompatibilidades:** No aplicable. **Período de validez:** 2 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25 °C. Conservar protegido de la humedad. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BRISTOL-MYERS SQUIBB, S.A. c/ Almansa, 101. 28040 - MADRID. **PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Sin receta médica. Financiado por la Seguridad Social con aportación normal. **PRESENTACIONES Y PRECIOS: 8 COMPRIMIDOS:** PVP: 1,40 €. PVP IVA: 1,45 €. **20 COMPRIMIDOS:** PVP: 3,38 €. PVP IVA: 3,51 €. **40 COMPRIMIDOS:** PVP: 5,57 €. PVP IVA: 5,79 €. Texto revisado: Julio 2002. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS. La Compañía dispone de una ficha técnica de Efferalgan 1g. Para más información dirigirse a BMS - Dpto. de Información Médica - Departamento Científico-, C/Almansa, 101 - 28040 Madrid.

El nuevo Hospital La Fe de Valencia, una referencia en Europa

La Generalitat Valenciana ha destinado más de 270 millones de euros de sus presupuestos para la construcción y equipamiento del nuevo Hospital La Fe, cuyas obras se encuentran en un grado de ejecución del 64 por ciento. Por su tamaño y volumen de actividad, con 1.200 camas, será uno de los hospitales más grandes de España y una referencia también en Europa, ya que se convertirá en el centro hospitalario europeo con mayor número de habitaciones individuales: 993. Entre las cifras del proyecto destacan los 266.920 m² de superficie construida.

El nuevo hospital atenderá a 3.000 pacientes al día y a 759.190 pacientes al año.

El área de urgencias recibirá 636 pacientes al día y 232.253 al año.

En el área de cirugía, 66 pacientes intervenidos al día y 24.208 al año.

En el área de hospitalización, 124 pacientes hospitalizados al día y 45.244 al año, y en el área de consultas externas 2.178 pacientes al día y 457.485 al año.

En total dispondrá de 28 camas y 113 puestos para la hospitalización de día, y 30 camas y 60 puestos de recuperación en la unidad de cirugía sin ingreso.

Sus instalaciones contarán con la más alta tecnología sanitaria, entre la que destacan un área de diagnóstico por la imagen con 41 salas de radiología, 16 de ecografía, 3 resonancias magnéticas nucleares y 5 equipos de urgencias; un servicio de medicina nuclear con 4 gammacámaras, 1 ciclotrón y 1 tomógrafo por emisión de positrones; y un servicio de radioterapia oncológica que dispondrá de 4 aceleradores lineales. En total, el nuevo hospital tendrá 195 locales de consultas externas y 116 locales de exploraciones especiales, 35 quirófanos,



30 camas de reanimación y 34 de observación en el servicio de urgencias, 40 plazas de despertar posquirúrgico, 39 boxes de diagnóstico y tratamiento, además de laboratorios de investigación y análisis y un edificio docente y administrativo, así como uno específico para el control de sus instalaciones. Además, para que sea un hospital cercano y de fácil acceso para todos los ciudadanos, estará conectado a través de la red de metro con la ciudad de Valencia y su área metropolitana.

Diez actuaciones entre mayo y octubre de 2008

- 1.- **Cubiertas.** 1.700 m², alcanzando ya el 72 por ciento del total.
- 2.- **Albañilería.** 65.000 m² de tabiques.
- 3.- **Fachadas.** 4.000 m² de paneles de hormigón; nivel de ejecución del 86 por ciento.
- 4.- **Pavimentos.** 7.000 m², alcanzando un nivel de ejecución del 70 por ciento.
- 5.- **Techos.** 12.500 m² de falsos techos, alcanzando un 15 por ciento.
- 6.- **Instalación eléctrica.** Más de 400 luminarias, cuadros eléctricos y los mecanismos, alcanzando un 24 por ciento.
- 7.- **Climatización.** Unidades interiores, tuberías, conductos y material de difusión.
- 8.- **Fontanería.** Aparatos sanitarios.
- 9.- **Gases medicinales.** Red de distribución y tomas.
- 10.- **Saneamiento.** Prácticamente finalizado.

MAPFRE

Mejor Aseguradora de Servicios Sanitarios

Un servicio integral para el cliente

El seguro de Salud se ha convertido también en un ramo fundamental de la oferta de MAPFRE, entidad líder del sector asegurador español con una cuota de mercado del 14,3 por ciento.

La estrategia de MAPFRE en el ramo de Salud, en términos generales, es desarrollar una oferta menos estándar y más a la medida de cada cliente, así como ofrecer siempre el mejor servicio y las más amplias coberturas en el ámbito de la salud y la atención sanitaria. Con el ramo de Salud el grupo desea cerrar el círculo del servicio integral al cliente.

En MAPFRE, el crecimiento promedio en primas de los últimos años ha sido superior al del mercado, y la entidad —actualmente situada entre las cuatro primeras del ranking de salud—, continuará mejorando su posición en el mercado español. En nuestra sociedad, aún en la situación de crisis económica que vivimos actualmente, la salud sigue siendo una de las principales preocupaciones, y gran parte de la población elige la sanidad privada como complemento y refuerzo de la pública.

En el ramo de Salud, MAPFRE ofrece una completa cobertura y atención sanitaria de calidad a través de un amplio cuadro médico que cuenta con cerca de 32.000 facultativos y centros médicos concertados.

Los centros hospitalarios concertados en Estados Unidos.

La entidad dispone de una amplia gama de productos para particulares, autónomos y empresas, y ha empezado a comercializar seguros de Salud “modulares” para particulares, que permiten mayor flexibilidad en la contratación de garantías. Los nuevos productos, Medisalud Opción (modalidad de Reembolso de Gastos) y Salud Familiar Opción (modalidad de Asistencia Sanitaria), agrupan todas las coberturas de los seguros de Salud de MAPFRE en módulos diferentes que se pueden contratar de forma independiente o conjunta. Así, el cliente elige la “opción” que más le interesa, y paga en función de las prestaciones que necesita, sin tener que contratar las que considera prescindibles.

En 2008, MAPFRE ha incorporado a sus seguros de salud la cobertura de extracción y conservación de células madre y el reembolso de gastos por adopción, ampliando así el concepto de seguro médico tradicional. Además, sus seguros incluyen prestaciones como la inseminación artificial o la fecundación *in vitro*, los programas de medicina preventiva más completos del mercado y la cobertura de osteopatía, una novedad entre los seguros de salud en España.

Por otro lado, la entidad ha complementado recientemente los productos para profesionales autónomos con garantías y servicios especiales que aportan valor añadido al asegurado. Entre las novedades, destacan la cirugía ocular por láser, la consulta internacional, la orientación médica 24 horas y la orientación jurídica telefónica. En los seguros para autónomos se ha incorporado también la garantía de reembolso de gastos por situación de gran dependencia por accidente. ■



MAPFRE

Además, los seguros de Salud de MAPFRE garantizan las más amplias coberturas en Atención Primaria y especializada y ofrecen cobertura de segundo diagnóstico internacional para determinadas enfermedades, además de acceso a más de 1.000 prestigio-



Centro médico de Mapfre.

Los jueves de Medical Economics®

Ley de Biomedicina: ciencia, conciencia y práctica médica

Jueves, 19 de Febrero de 2009, 19.30h

Sede: Hotel AC Cuzco — Paseo de la Castellana, 133

Con la colaboración de



NUTRICIA



INSCRIPCIÓN GRATUITA. Plazas limitadas. Tel.: 91 500 20 77. Fax: 91 500 20 75.
e-mail: medeconomics@drugfarma.com. Persona de contacto: Rosana Sánchez

Asociación Española Contra el Cáncer

Premio a la Mejor Información a Pacientes realizada por una Asociación

Más de 55 años de lucha contra el cáncer

La Asociación Española Contra el Cáncer (aecc) lleva más de 55 años aunando esfuerzos como pionera en la lucha contra el cáncer. Son muchos los voluntarios y trabajadores que cooperan en la prevención y el bienestar de los enfermos de cáncer.

En nuestro país el cáncer es el responsable del 25 por ciento de las muertes, lo que representa la primera causa de mortalidad entre los hombres, y la segunda entre las mujeres, tras las enfermedades cardiovasculares. Estas cifras suponen que uno de cada tres hombres y una de cada cinco mujeres mueren por un cáncer en España. En 2005 murieron en España 96.499 personas por un cáncer: 60.701 hombres y 35.798 mujeres. Pero también hay un lugar para la esperanza, ya que la supervivencia ha mejorado en las últimas décadas y es de esperar que esta tendencia continúe para la mayoría de los tumores.

La Asociación Española Contra el Cáncer (aecc) es una entidad social privada, sin ánimo de lucro y declarada de utilidad pública, cuyo principal propósito es luchar contra el cáncer en todas sus modalidades conocidas o que se conozcan en un futuro. A pesar de que tiene su sede central en Madrid, desarrolla su actividad en toda España,



gracias a sus 52 juntas provinciales y a la representación que tiene en más de 2.000 localidades de todo el país. El principal objetivo de la asociación es luchar contra el cáncer y para ello cuenta con la ayuda de voluntarios, socios, y profesionales, quienes dirigen todos sus esfuerzos a ser más eficaces a la hora de detectar los problemas y encontrar posi-

bles soluciones. Desde la asociación también se intenta desarrollar una importante labor de prevención y detección de la patología. Del mismo modo, pone en marcha distintas campañas informativas sobre la enfermedad para concienciar a la población y se realizan numerosas jornadas y eventos con personajes públicos para recaudar fondos. "Actualmente estamos preparando las actividades vinculadas al Día Internacional de la Prevención del Cáncer Colorrectal que tendrá lugar el próximo 31 de marzo", asegura Isabel Oriol, presidenta de la Asociación.

Además, la Asociación pone a disposición del enfermo, su familia y de toda la sociedad, sus tres portales de información sobre el cáncer: www.todocancer.org, www.muchoxvivir.org (cáncer de mama) y www.aeccjunior.org (cáncer infantil), el teléfono gratuito Infocáncer (900 10 00 36), atendido por un equipo multiprofesional, da apoyo e información a todo aquel que lo necesita y elige esta vía de comunicación. La aecc ofrece apoyo a todas las personas diagnosticadas de cáncer y sus familias en todas las fases de la enfermedad. "A la labor de la asociación contribuyen más de 14.000 voluntarios y más de 105.000 socios en toda España. Son la base de nuestras actividades y su apoyo da sentido y es vital para la continuidad de nuestra misión: la lucha contra el cáncer. Son muchos pero aún nos gustaría aumentar su número con el fin de extender el apoyo que ofrecemos a todas las personas afectadas y sus familias, y poder destinar más recursos al servicio de la información, la prevención y la investigación del cáncer", añade Oriol. En cuanto a la investigación en este campo, consideran esencial implementar los estándares y acciones contemplados en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud en su apartado sobre Investigación. ■



La asociación cuenta con un teléfono de atención gratuito.

'Mójate por la Esclerosis Múltiple'

Premio a la Mejor Campaña de Información Sanitaria

Un chapuzón por la Esclerosis Múltiple

Desde 1994 se celebra la campaña "Mójate por la Esclerosis Múltiple", una iniciativa de la Fundación Esclerosis Múltiple coordinada por la Federación Española para la Lucha Contra la Esclerosis Múltiple.

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad neurológica todavía incurable, que se presenta en adultos jóvenes. Se trata de una enfermedad crónica, inflamatoria y desmielinizante del Sistema Nervioso Central (SNC) resultado del daño que, por causas desconocidas, produce el propio sistema inmune sobre la mielina, interfiriendo en la transmisión del mensaje entre el cerebro y otras partes del cuerpo.

En España hay 40.000 personas con esclerosis múltiple, medio millón en Europa y más de dos millones en todo el mundo. Es la segunda causa de discapacidad entre las personas de 20 a 40 años, después de los accidentes de tráfico. La esclerosis múltiple puede producir diversos síntomas como fatiga, falta de equilibrio, alteraciones visuales y cognitivas, dificultades del habla, etc. Es una enfermedad "caprichosa", que suele manifestarse en brotes y su evolución es impredecible, lo que provoca una profunda sensación de "futuro incierto". Por otro lado, su causa es desconocida y su cura aún está por descubrir; no es contagiosa, ni hereditaria, ni mortal.

La campaña "Mójate por la Esclerosis Múltiple" es una acción de sensibilización social y de solidaridad con las 40.000 personas que sufren esclerosis múltiple en España. El "Mójate", iniciado en Cataluña por la Fundación Esclerosis Múltiple en 1994, es un acto de participación ciudadana y de captación de recursos, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y dar apoyo a la investigación de la esclerosis múltiple en nuestro país. La Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM) coordina a nivel estatal la campaña que se celebra cada año durante el segundo domingo de julio, siendo numerosas las provincias que participan en ella. Playas y piscinas se llenan de nadadores, mostrando así una solidaria manera de concienciar a la sociedad sobre la problemática de esta enfer-

medad. Al final de la jornada se contabilizan todos los metros recorridos y cada participante obtiene su diploma acreditativo.

Concretamente, en Cataluña este acontecimiento se ha consolidado como el segundo acto de solidaridad más multitudinario. La Fundación Esclerosis Múltiple se creó en Barcelona en 1989 con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afecta-



Playas y piscinas se llenaron de nadadores mostrando su solidaridad.

das por esta enfermedad y destinar recursos para su investigación. Ofrece numerosos servicios a través de las áreas estructuradas en hospitales de día, formación e inserción laboral, investigación, campañas de sensibilización y centro especial de empleo. Además del "Mójate", la Fundación organiza otras acciones de sensibilización como cenas benéficas, campeonatos de golf o la campaña "Una manzana por la vida". ■

ESCÁPESE... con

Certamen de Artículos 2009



Escriba 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@drugfarma.com*

◆ Plazo de presentación de originales

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

**Consulte las bases del certamen en www.medeco.es*



Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana

Premio a la Mejor Actividad Realizada por una Consejería

Nuevos hospitales y centros de Primaria

La Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana puso en marcha en 2008 dos nuevos hospitales, que se unen a la red sanitaria valenciana: el Hospital Militar y el nuevo Hospital Marina Alta de Denia, así como siete centros de Atención Primaria.

La Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana cerró el año 2008 de una forma muy positiva, con la incorporación del Hospital Militar y el Hospital de Marina Alta. Asimismo, ha iniciado las obras del nuevo Hospital Elx-Crevillent y se ha puesto en funcionamiento el nuevo edificio de salud mental, oncología radioterápica, docencia y laboratorios del Hospital de Elx. Además, el pasado año se han incorporado especialistas en 10 centros de AP de la comunidad, lo que permite a los ciudadanos recibir una asistencia sanitaria más completa. Gracias a “Construyendo Salud” se está mejorando toda la red sanitaria. Así, en AP se han puesto este año en funcionamiento 7 nuevos centros, se han finalizado las obras en otros siete centros de Primaria, pendientes de apertura en los próximos meses, y se han iniciado las obras de ampliación de otros tres.

Uno de los compromisos prioritarios de 2008 era la mejora de las condiciones laborales de los profesionales del sistema de salud para la consecución de empleo público de calidad, estabilidad en el empleo y reducción de la temporalidad. Así, mediante el acuerdo de 14 de febrero, la Conselleria de Sanitat se ha comprometió a desarrollar las ofertas de Empleo Público, en los años 2005, que está cumplido; 2007, en proceso de cumplimiento; y 2009. Asimismo, se ha creado una nueva categoría profesional, la de Facultativo de Atención Continuada. De este modo, se ha establecido el derecho a percibir la cuantía devengada por todos los conceptos de atención continuada. Se ha aprobado el Decreto de la OPE 2007 del personal estatutario, con 3.279 nuevas plazas fijas, de las que 1.494 son de facultativos, lo que supone el 47 por ciento del total de la OPE. Estas nuevas plazas, sumadas a las 2.236 plazas fijas de la OPE de 2005, suponen un total de 5.515 nuevas plazas.

Durante 2008 se han realizado 312.839 intervenciones quirúrgicas hasta el mes de noviembre, lo que significa un incremento del 9,2 por ciento respecto al mismo período de tiempo del año pasado. Asimismo, hasta noviembre de 2008 se han realizado 93.780 intervenciones de cirugía mayor ambulatoria, un 16,3 por ciento más respecto a 2007. Y 79.425 intervenciones de cirugía menor, un 13 por ciento más que en 2007. Además, se está cumpliendo con el Plan de Garantía de No Demora, ya que la demora media para ser intervenido se situó en el mes de noviembre en 45 días.

Por otro lado, se ha implantado la receta electrónica en toda la provincia de Castellón y en la provincia de Valencia en un total de 12 oficinas de farmacia. Además, la Conselleria de Sanitat ha puesto en funcionamiento el Centro Superior en Investigación en Salud Pública, que va a permitir avanzar en la investigación para la prevención y tratamiento de enfermedades. ■



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT



El Centro Superior de Investigación en Salud Pública fue inaugurado en noviembre de 2008.



ayudándole
en la **COMUNICACIÓN**
con el paciente

 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

Recomiéndela a su paciente



Honorio Bando Casado

Premio Especial Medical Economics VI Aniversario

“Mi vocación me ha llevado a un compromiso permanente con la Sanidad”

Por Derecho, pues se le torcieron sus deseos de estudiar Medicina, entró en el mundo sanitario hace más de 30 años y hoy, “como servidor público”, es todo un referente en el devenir de la Sanidad moderna española. Honorio Bando Casado (Sevilla, 1949) ha participado, desde los cargos de responsabilidad que tuvo en nueve ministerios, en la elaboración de trascendentales leyes, como la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento, y la creación de entes vitales, tal que el Insalud y el Instituto de Salud Carlos III, para el desarrollo y promoción de la salud e investigación de este país. Y se sumergió con éxito en el complejo y delicado mundo de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas. Ahora, su preocupación central es la formación continuada de las profesiones sanitarias y, parafraseando a Machado, “continuar caminando” por la senda del conocimiento de las Ciencias de la Salud.

Entrevista realizada por:
Gonzalo San Segundo
Director Asociado

PREGUNTA: *¿Cómo un doctor en Derecho y licenciado en Ciencias de la Información adquiere un compromiso con la Sanidad que ya dura más de 30 años?*

RESPUESTA: Avatares de la vida y la crisis económica familiar fueron algunos de los aspectos que me inclinaron a una carrera más pragmática, como es la jurídica, cuando en realidad mi inclinación se dirigía más a las humanidades y a la Medicina, trazando una impronta en mi vocación personal que me ha llevado a un compromiso permanente con la Sanidad, que retomé cuando empecé a trabajar en el hoy Hospital Central de Asturias, en Oviedo, donde conocí día a día los sufrimientos de los enfermos y me di cuenta que la promoción de la salud es una obra de todos y había que trabajar, como decía Esculapio en la mitología clásica, en el arte de sanar.

P. Un compromiso que comienza con la puesta en marcha del Instituto Nacional de Salud, en 1979. ¿Cómo fue?

R. Como profesional del sector sanitario, llevo más de 30 años como servidor público y en consecuencia, de los ciudadanos. En la primavera de 1977 me incorporé al Ministerio de Trabajo y puse mi granito de arena para lo que iba a ser el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Desde entonces, colaboré en la creación del Instituto Nacional de la Salud, el Insalud, así como en la puesta en marcha de la Atención Primaria y la unificación de las redes sanitarias. Todo este proceso fue realmente difícil, pero a la vez apasionante y gratificante, porque sin duda supuso la base de la reforma sanitaria española. Puse toda la ilusión para conseguir centrar las bases de lo que hoy es el Sistema Nacional de Salud, del cual tenemos que estar muy orgullosos, porque es el mejor patrimonio de todos. Durante 18 años fui consejero del Consejo General del Insalud, hasta su extinción, donde participé en la toma de decisiones importantes para nuestro país.

P. Asimismo, participó en el proceso de transferencia a las comunidades autónomas de las competencias sanitarias. ¿Qué destacaría de esa experiencia?

R. Con la creación del Ministerio de Sanidad en 1977 se intentó poner en orden el marasmo de las competencias sanitarias del Estado, la Seguridad Social y los servicios sociales, dispersas y no gestionadas con el rigor que la nueva configuración del Estado demandaba en aquellos momentos y que tuvo su exponente en el Real Decreto-Ley 36/1978 de 16 de noviembre sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, donde se creó el Insalud, referente de la reforma en profundidad que había que acometer. Robert Kennedy decía que “el futuro no es un regalo, sino una conquista”. El proceso de transferencias a las comunidades autónomas, en el que participé activamente en la primera etapa (siete comunidades autónomas), fue muy pensado y equilibrado con el máximo consenso y equilibrio. Cuando se transfirieron a las diez comunidades restantes fue un proceso muy

precipitado, quizá hubiera sido necesario que fuera más lento, emprendiendo primero una descentralización y posteriormente, la transferencia de competencias.

P. ¿Se reconoce en el contenido y redacción de leyes como la Ley General de Sanidad y la Ley del Medicamento, textos en los que también arrimó el hombro?

R. He tenido una gran participación en normativas básicas: Ley General de Sanidad, Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, Ley del Medicamento, creación del Instituto de Salud Carlos III, formación sanitaria, sistema MIR, transferencias autonómicas, etcétera. Todo ello desde diferentes departamentos ministeriales. Tengo un grato recuerdo del proceso de elaboración de la Ley General de Sanidad de 1986 en la que participé en los 14 borradores hasta conseguir una ley abierta y marco de desarrollo de nuestro Sistema Nacional de Salud, para que tuviera una estabilidad y duración dicha carta magna de la Sanidad que va a cumplir 23 años.

P. Y asumió todo ese compromiso con el sector sanitario desde cargos públicos de responsabilidad en diferentes ministerios de todos los gobiernos democráticos. ¿Cómo se consigue eso?

R. He tratado a lo largo de mi dilatada trayectoria, en nueve departamentos ministeriales, hoy en el de Ciencia e Innovación, demostrar mi profesionalidad, mi espíritu de servicio en el sector público y, en definitiva, el servicio a los ciudadanos, ofreciendo un diálogo permanente y fluido, con visión para detectar los problemas e intuición para encontrar soluciones. Como profesional he tratado de llevar a cabo una gestión eficaz, caracterizada por su eficacia y equidad, en la toma de decisiones.

P. La investigación, desde diversos e importantes cometidos, ha sido otra de sus preocupaciones. ¿Cuál fue la etapa en la que más le sedujo?

R. La investigación es uno de los asuntos por el que me siento más

sensibilizado y, en consecuencia, vengo trabajando en esta tarea. La etapa más apasionante fue haber dado el primer paso importante para la biomedicina en España, que fue la creación del Instituto de Salud Carlos III, contemplado en la Ley General de Sanidad. Su puesta en marcha fue difícil, pero hoy vemos que el camino ha merecido la pena. Sin embargo, habiéndose cumplido ya los 21 años de funcionamiento, pienso que es necesario hacer una reforma seria y en profundidad con una nueva estructura que facilite la eficacia real y efectiva de la gestión. La futura Ley de la Ciencia abre la esperanza para afrontar una investigación biomédica de calidad, puesto que está en juego una sociedad sostenible en un mundo globalizado que nos ha tocado vivir. En definitiva, la investigación en Ciencias de la Salud y de la Vida, debe ser a corto plazo un objetivo prioritario y dinamizador de la crisis en la que nos encontramos.

P. También la enseñanza y la formación han ejercido sobre usted un importante poder de seducción. ¿Qué destacaría?

R. Mi vocación universitaria ha estado presente en toda mi trayectoria profesional, consecuencia de ello fue lo que me llevó a aceptar la Subdirección General de Universidades y, posteriormente, la Subdirección General de Formación Sanitaria y Relaciones Profesionales, con el intervalo de haber sido asesor en el extinguido Ministerio de Ciencia y Tecnología. La formación de los profesionales en Ciencias de la Salud ha sido una preocupación constante para mí, puesto que de una buena calidad de la formación de nuestros facultativos depende la calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud. Paralelamente al sistema MIR, que goza de una indiscutible excelencia y cuya reforma y reorientación es indispensable para la mejora de la calidad asistencial, hay que inculcar a los jóvenes la aventura de aprender a aprender y la pasión por el conocimiento a base de la investigación científica. La formación en Ciencias de la Salud tiene que integrar y



definir sus objetivos y ámbitos, para enlazarlo con el futuro de la formación, docencia e investigación científica, por lo que es necesario estudiar la necesidad de impulsar la formación continuada de las profesiones sanitarias y su desarrollo.

P. Y ahora, ¿qué compromisos tiene entre manos y hacia dónde encamina sus inquietudes?

R. Toda obra necesita un paisaje y una pasión en el peregrinar de cada día. Hablar del futuro sólo corresponde a la eternidad, pero sin ánimo trascendental. Tras un período de reflexión personal que he afrontado, me gustaría prestar un mejor servicio a la sociedad, para lo cual estoy disponible para asumir nuevos retos y no pienso regatear en esfuerzos en trabajar en la promoción integral de la salud, ya sea desde el ámbito de la gestión como desde el del asesoramiento, basado en la experiencia. Muchas personas me han dicho que la Sanidad la llevo dentro, y humildemente desde mi ente vital lo reconozco, y por esto quiero compartir y agradecer a todos los que me han ayudado y apoyado en mi trayectoria profesional, añadiendo humanidad a la vida. Con mi sincera hidalguía de espíritu y de corazón, quiero resumir en dos palabras lo que he aprendido en la vida: continuar caminando. ■

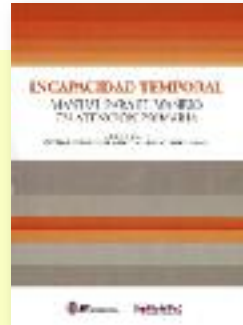
Cultura

LIBROS

Cómo manejar la incapacidad temporal en AP

Este manual editado por la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria con la colaboración de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) va dirigido a todos aquellos médicos que en el desarrollo de su actividad profesional se ocupan, al menos durante una parte de ella, de la atención a los trabajadores en situación de incapacidad temporal. Pero también a todos aquellos profesionales, sanitarios o no, que quieran aproximarse al conocimiento de la gestión de la incapacidad laboral temporal desde una amplia y actualizada perspectiva.

En la obra han colaborado más de treinta autores: médicos de familia, médicos del trabajo, psiquiatras, internistas, forenses, sociólogos, inspectores y abogados, proveniente cada uno de ellos de las diferentes estructuras que participan en el soporte de la gestión de la incapacidad temporal.



Título: "Incapacidad temporal. Manejo para Atención Primaria".
Edita: SoMaMFyC
379 páginas

EXPOSICIONES

Tintín cumple 80 años

Las aventuras de Tintín cumplen ochenta años, desde que el belga Hergé comenzara a publicar sus andanzas y viajes junto a su inseparable perro Milú. Una exposición en Álava presenta, hasta el 15 de febrero, una completa muestra sobre el periodista que recorrió el mundo sin escribir un reportaje. La muestra se compone de más de 400 objetos relacionados con Tintín y su creador, que en realidad se llamaba Georges Rémi (1907-1983). Se puede visitar en la Fundación Caja Vital (C/ Postas nº 13 y 15) de Vitoria-Gasteiz hasta el próximo 15 de febrero.



Un recorrido por el siglo XVIII

La exposición "Floridablanca (1728-1808). La utopía reformadora", con la que se conmemora en la Academia de Bellas Artes de San Fernando el bicentenario de la muerte del político murciano, supone un interesante recorrido por el Siglo de las Luces a través de la vida de un hombre clave en la historia de España. Cerca de 175 destacadas piezas relacionadas con el conde de Floridablanca, sirven para reconstruir y dar a conocer a un público más amplio la figura del político reformista. La muestra se puede visitar hasta el 22 de febrero en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (C/ Alcalá, 13. Madrid).



CINE

Will Smith vuelve a la gran pantalla con "Siete almas"

El inolvidable protagonista de la serie "El príncipe de Bel-Air" vuelve a la cartelera española con "Siete almas" donde comparte cartel con Rosario Dawson, Woody Harrelson, Michael Ealy y Barry Pepper. Tras sufrir una crisis emocional, Ben Thomas (personaje que interpreta Smith) decide enmendar sus errores pasados ayudando a siete extraños. Las cosas se hacen mucho más complejas cuando se enamora de una de ellas. En esta historia de amor se plantean provocativas cuestiones acerca de la vida y la muerte, la culpa y el perdón, los extraños y la amistad, el amor y la redención, y se busca la conexión entre los lazos que unen el destino de la gente de una manera sorprendente.



Internet

España supera a la UE en banda ancha rural

La “brecha digital” entre la España rural y la urbana se va cerrando a gran velocidad, según los datos del informe “La sociedad de la información en España 2008”, realizado por Telefónica, que establece en el 87 por ciento la cobertura de banda ancha en las zonas rurales, frente a la media del 70 por ciento de la UE.

Definitivamente, la banda ancha es –junto a la telefonía móvil– el terreno más favorable al desarrollo de las tecnologías de la información en España; y –de hecho– en banda ancha móvil ya contamos con un 80 por ciento de cobertura 3G, muy por encima de la media de la UE, que apenas sobrepasa el 70 por ciento.

El presidente de Telefónica, César Alierta, calificó la última década como la de “mayor desarrollo tecnológico de la historia de España”, y subrayó que el mejor arma contra la crisis económica

es la inversión en el desarrollo de las TIC, un diagnóstico en el que coincide el ministerio de Industria, al haber definido en sus presupuestos para 2009 el sector de las tecnologías de la información como “motor económico de la recuperación”.

Tras los grandes logros del Plan Avanza en los últimos tres años, el Gobierno insistirá en su apuesta, adjudicando una inversión de 6.500 millones de euros en el Plan Avanza 2, entre 2009-2012.

Si se cumplen los planes del ministerio de Industria, el nuevo plan de convergencia tecnológica con la UE se traducirá en la creación de 200.000 nuevos

empleos de alta cualificación, siendo su objetivo principal la generalización de las redes de alta capacidad, la digitalización de las administraciones públicas y el cierre definitivo de la “brecha digital”. ■



El presidente de Telefónica, César Alierta, calificó la última década como la de “mayor desarrollo tecnológico de la historia de España”.

Sección patrocinada por
Web de I@
MUJER

Adopción en Etiopía

Es una asociación que colabora en España para fomentar la adopción de niños desfavorecidos en Etiopía. Puedes dar una vida mejor a uno de ellos.

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



Silencios culpables parte 2. La malaria

Vacunas que podrían salvar a miles de personas, no encuentran financiación y algunos laboratorios dan la espalda por su escasa rentabilidad.

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/12/05/biociencia/1228493481.html>



CIBERCONSEJOS

Obama, más que un nombre

El que será presidente de EE UU, Barack Obama, ha marcado tendencia en las redes sociales, móviles, vídeos, en plena lucha por dominar la herramienta a través de la que se accede a Internet, el navegador y en los nuevos modelos de negocio. Obama además sigue en marcha a través del sitio Change.gov, a través del que ya ha revolucionado la forma de hablar e interactuar con los ciudadanos.

'Ecodelito' tecnológico

Delincuentes informáticos habrían ayudado a algunas compañías madereras a evadir los límites impuestos a la tala de árboles en el Amazonas, según Greenpeace. Delincuentes tecnológicos habrían entrado en un sistema informático de control de talas del estado brasileño de Pará y podría haber costado la eliminación de hasta 1,7 millones de metros cúbicos de madera de manera ilegal.

Golf



Grandes torneos

Open de Andalucía 2009

El torneo se jugará en el Real Club de Golf de Sevilla del 26 al 29 de marzo.

El torneo, que celebra esta temporada su tercera edición, cuenta con el patrocinio principal de la Consejería de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía, Mapfre y Valle Romano, y la colaboración de varias empresas y entidades que se han querido unir a este proyecto dirigido por la empresa Golf Acción, que preside el campeón de golf Miguel Ángel Jiménez. Será ésta la quinta ocasión que el Circuito Europeo recale en el campo sevillano, sito en Alcalá de Guadaíra y diseñado por José María Olazábal.

El Open de Andalucía es un torneo que ha conseguido asentarse y establecerse en el calendario internacional del Circuito Europeo, donde desde un primer momento contó con el total apoyo de grandes campeones. Sus dos anteriores ediciones, celebradas en Aloha Golf en Marbella, se saldaron con el triunfo de dos jugadores miembros del equipo europeo de la Ryder Cup: el inglés Lee Westwood y el francés Thomas Levet, que defenderá el título de “una prueba entrañable y muy especial”, según sus palabras.

Luciano Alonso, consejero de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía, aseguró que “la celebración de una nueva edición del Open es una muestra más del compromiso de la Junta por los grandes eventos deportivos, para proyectar la imagen de la comunidad en el panorama nacional e internacional. Es un orgullo que los principales jugadores de golf participen en este torneo”.

Por su parte, Miguel Ángel Jiménez, campeón de golf y presidente de Golf Acción, comentó que “como andaluz y profesional de golf, me siento orgulloso de que el Open de Andalucía se juegue en un escenario tan magnífico como el Real Club de Golf de Sevilla. Como empresario, para mí es una enorme satisfacción poder contar con tan buenos y leales patrocinadores en esta tercera edición del torneo, a quienes quiero agradecer públicamente continúen a nuestro lado y sigan apostando por el golf”. ■



Miguel Ángel Jiménez, presidente de Golf Acción, y una de las grandes estrellas de este torneo que se jugará en el campo sevillano.

Izki y El Plantío, los campos más medioambientales de 2008

El jurado del Premio Madera Verde de Responsabilidad Ambiental ha reconocido a Izki, en Álava, y El Plantío, en Alicante, como los campos de golf más medioambientales de 2008. En el caso de Izki, se trata de un campo ubicado junto a un parque nacional, enclavado en una zona de bosque de hayas y acebo, que ha contribuido significativamente a la consolidación social de un entorno en su momento perjudicado por la pérdida de población y que, gracias al empuje del campo de golf, de carácter público, ofrece en la actualidad un abanico de posibilidades mucho más amplio.

El Plantío, por su parte, supone un caso de campo de golf que ha modificado de manera muy positiva el entorno donde se ubica. Instalado en unos terrenos que anteriormente eran erial, sin ninguna utilidad pública ni social, emplea agua reciclada de depuradora para el riego de sus calles y greens. Carente de vegetación autóctona en el momento de su construcción, El Plantío constituye en la actualidad un entorno vegetal privilegiado.

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

EFFERALGAN® 1g

Paracetamol 1g • 40 comprimidos efervescentes

Más de
30 años
en tus manos



(Ver ficha técnica en pág. 58)

ESEF-K0001 12/08