

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 107

13 de marzo de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Planifique sus impuestos

Pague lo justo

Pág. 34



ADEMÁS _____
CHEQUEO



Fundación
Medicina y
Humanidades
Médicas

(Ver págs. centrales)



Changing tomorrow

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

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

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

34

EN PORTADA

PLANIFIQUE SUS IMPUESTOS



Pague lo justo

Realizar una planificación fiscal a lo largo del año resulta muy beneficioso para su bolsillo y su consulta cuando llega la hora de hacer la declaración de la Renta. Además, es muy aconsejable para pagar a Hacienda sólo lo justo, ni un euro de más. Para ello, conviene conocer las novedades fiscales que los gobiernos introducen.

JUEVES MEDICAL ECONOMICS

45 Ley de Biomedicina: ciencia, ética y práctica clínica

La Ley de Investigación Biomédica, aprobada en julio de 2007, vino a llenar un gran vacío y a enlazar un futuro muy prometedor. Pero también, como era de esperar, trajo la polémica y algunos interrogantes todavía no despejados.

CHEQUEO FUNDACIONES

25 Fundación Medicina y Humanidades Médicas

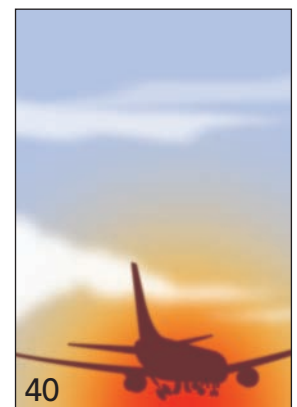
Con sólo ocho años de existencia, la Fundación Medicina y Humanidades Médicas ha conseguido constituirse, por medio de sus sucesivas publicaciones, en una obligada referencia para los profesionales sanitarios.



PRÁCTICA PROFESIONAL

40 Un capitán hasta el final

El autor explica la relación que tuvo con uno de sus pacientes más queridos: un hombre solitario que cuando falleció no dejaba ni esposa ni hijos y que se había enfrentado a su diagnóstico prácticamente solo.



Oleada de **POTENCIA**

Ver ficha técnica en pág. 24)

NUEVO

DAFIRO es el nuevo producto para la hipertensión arterial que **reduce la PA.**^{1,2,3} **DAFIRO** ha demostrado **reducciones de hasta 43 mmHg PAS.**^{1,2,3} En Esteve seguimos buscando soluciones para la HTA.



DAFIRO

amlodipino / valsartan

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

Tarifa ordinaria anual	113 €
Tarifa instituciones anual	140 €
Ejemplar suelto	6 €
Ejemplar atrasado	9 €


Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión:
Litofinter Industria Gráfica

© 2009

**Spanish Publishers
Associates, S. L.**

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

Controlado por 

ACTUALIDAD

- 5 Mi punto de vista
- 14 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 10 **Gestión Profesional**
La MBE en las decisiones clínicas
- 16 **Gestión de Calidad. Enfermería**
La investigación como desarrollo profesional
- 18 **Tribunales**
La asistencia en Urgencias fue correcta
- 20 **Internet y medicina**
Redes para profesionales (y II)
- 32 **Economía de la Salud**
- 52 **Inversiones**

Y ADEMÁS...

- 5 Mi punto de vista
- 6 El Termómetro
- 8 Atención al paciente
- 54 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cuál es el área al que dedica mayor tiempo?

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 Jaén
Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther
Jefe de Servicio de Neumología
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Juan Ramón Arias Irigoyen
Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano
Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero
Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz
Farmaceutur Abogados y Presidente
de la Asociación Española de Derecho
Farmacéutico

Honorio Bando Casado
Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano
Catedrático de Oftalmología.
Facultad de Medicina. Universidad
de Salamanca

Antonio Bartolomé Sánchez
Presidente
Federación Española de Clínicas Privadas

Carlos Belmonte Martínez
Director
Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada
Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

José María Campistol Planas
Jefe de Nefrología y Trasplante Renal
Hospital Clínic de Barcelona

Fidel Campoy Domenech
Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López
Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Enrique Catalán López
Consejero Ejecutivo de Xanit

Ana Céspedes Montoya
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

Jaime del Barrio Seoane
Presidente del Instituto Roche

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 del Trabajo

Abelardo García de Lorenzo y Mateos
Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

José Ángel 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 Farré
Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández
Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera
Consejero Técnico
Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente
Presidente de Club Médico

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 Vicente-Arche
Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano
Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal
Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano
Director del Instituto Palacios de Salud
y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol
Director General
de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira
Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado
Jefe de Servicio de Geriatria
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González
Director de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos
Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa
Directora de Asuntos Regulatorios
y Científicos de Allergan

Julián Ruiz Ferrán
Socio Director de Medical Finders

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

Eugeni Sedano i Monasterio
Director de Relaciones Institucionales
Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana
Catedrático Emérito de Patología Médica
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma
de Madrid

Guillermo Sierra Arredondo
Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache
Director
Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco
Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo
Presidente de Renta 4 Sociedad
de Valores

Luis Verde Remeseiro
Presidente de la Sociedad Española
de Directivos de Atención Primaria

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García
Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho
Ambiental

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

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

Derecho/Malpraxis

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

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

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

Impuestos/Finanzas

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

José Ignacio Alemany
Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

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

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo
Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García
Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

María Dolores Navarro
Subdirectora Fundación Biblioteca
Josep Laporte. UAB

Mi punto de vista

La investigación en AP toma impulso

Con la reciente constitución del Consorcio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER), la investigación clínica en Atención Primaria en España está de enhorabuena.

Por primera vez, el Instituto Carlos III contempla la financiación de cinco Unidades de Investigación Clínica en Atención Primaria, que dedicarán sus esfuerzos a potenciar y consolidar un área, hasta ahora reservada casi en exclusiva a la investigación hospitalaria. De hecho, se van a financiar 40 grupos de investigación clínica, de los cuales cinco de ellos se van a dedicar de manera exclusiva o compartida al primer nivel de atención. El objetivo principal del Consorcio es promover estudios de investigación clínica y ensayos clínicos, sin interés comercial que aborden intervenciones preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de cuidados. La financiación total del consorcio asciende a 10 millones de euros. Las Unidades de Investigación en Atención Primaria que han conseguido este respaldo pertenecen a Aragón, Baleares, Cataluña, Madrid, y Vizcaya. Se trata del Programa de Investigación en Atención Primaria de Aragón, dependiente del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, que ha conseguido financiación de manera compartida con los hospitales Lozano Blesa y Miguel Servet de Zaragoza. La Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, del Servicio Balear de Salud, junto con el Hospital Universitario Son Dureta de Palma. El Instituto de Investigación Gol y Gorina de Barcelona, entidad íntegramente dedicada a la investigación y formación en Atención Primaria de Salud, bajo la dirección del doctor Buenaventura Bolívar. La Unidad de Investigación Clínica en Atención Primaria de la Fundación

Laín Entrago de Madrid, con la doctora Inés Galende, especialista en farmacología, a la cabeza. Y, por último, la Unidad de Investigación en Atención Primaria de Vizcaya, liderada por el doctor Gonzalo Grandes, médico de familia.

De estas cinco Unidades, reconocidas para la investigación clínica, las tres últimas tendrán dotación específica para la Atención Primaria, mientras que las Unidades de Aragón y Baleares, compartirán recursos con hospitales. Se da la circunstancia de que todos estos grupos de investigación, salvo el de Madrid, cuentan con investigadores y estructuras integrados en la Red de Investigación en Actividades de Prevención y Promoción en Atención Primaria de Salud (redIAPP), reacreditada en 2006 por el Carlos III, por lo que comparten proyectos y objetivos comunes. En este sentido, plantearán una estrategia conjunta de trabajo, en el desarrollo de las principales líneas de investigación clínica que ya se están desarrollando en Atención Primaria que se pretenden potenciar, y que corresponden a las patologías más prevalentes y de especial dedicación por parte de los médicos de familia: el área cardiovascular; las enfermedades endocrino-metabólicas, con especial dedicación a la diabetes, la obesidad y el síndrome metabólico; la investigación en servicios sanitarios es igualmente una de las líneas prioritarias de redIAPP, dados los constantes cambios y evoluciones que están sufriendo las organizaciones sanitarias y los modelos de enfermar; la investigación clínica en salud mental constituye un área muy potente, tanto por la alta prevalencia de patología psiquiátrica, como por la calidad e impulso de los grupos de investigación ya existentes en la red; además la investigación en estilos de vida y modificación de hábitos saludables, como uno de los pil-



Rosa Magallón Botaya*

res básicos del primer nivel de atención.

Para la Atención Primaria, este reconocimiento supone un paso más en los cambios que se están produciendo en lo que respecta a nuestra actividad investigadora. Por poner un ejemplo, en Aragón como en muchas otras autonomías, hasta hace escasamente cinco años no existía ninguna estructura específica de investigación en Atención Primaria. La creación del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, y las convocatorias de redes de investigación temáticas donde estamos integrados, ha permitido que en este escaso tiempo tengamos en marcha un programa acreditado con una unidad propia ubicada en el Centro de Salud Arrabal, más de 15 proyectos FIS, becarios adscritos a proyectos, un convenio de liberación asistencial para dedicación a investigación con liberación, y una creciente relevancia de difusión de resultados y hallazgos.

Confiamos en que este nuevo impulso cambie el panorama y las estadísticas habituales, que indican que actualmente tan sólo un 4 por ciento de los ensayos clínicos se realizan en la Atención Primaria de salud. La primera reunión de los cinco grupos tendrá lugar durante este primer trimestre. ■

*Médico de familia. Coordinadora del Programa de Investigación en Atención Primaria del Centro de Salud Arrabal de Zaragoza.

El Termómetro

La crisis: ¿una amenaza para la medicina privada?



Fernando Mugarza*

La pregunta que está en todas las tertulias, conversaciones y foros es: ¿para cuándo el final de la crisis económica?

Todos, expertos y legos, se atreven a vaticinar un horizonte no muy lejano, el 2010. Parece ser que el año próximo podríamos ver repuntar la economía y nuestro PIB en unas décimas porcentuales, cosa que no ocurrirá en igual medida con el paro, que parece mantendrá su tasa relativa en torno al 18-20 por ciento.

Ante este poco alentador panorama, la pregunta es cómo afectará esta situación a un sector como el de la salud y la innovación, de extraordinaria importancia e impacto en las economías. En primer lugar y como advierten los expertos, toda situación de incertidumbre y zozobra económico-financiera ayuda poco a generar confianza en nuestro sistema, más bien todo lo contrario. El temor es un mal aliado para el dinero, el consumo y la inversión, lo que induce a una retroversión económica global, que poco a poco va afectando al individuo por ajeno que le parezca el panorama.

Hoy todos somos un 30 por ciento más pobres por término medio que hace tan sólo dos años. Si a ello le sumamos el fenómeno del paro creciente, sin duda que presenciaremos una redistribución a la baja del consumo, el gasto y la inversión *per capita*.

Este fenómeno de redistribución presupuestaria familiar puede incidir en las partidas destinadas a salud, especialmente ligadas a aseguramiento privado y consumo de productos y servicios derivados de esta vía asistencial, máxime cuando mantenemos un aseguramiento público universal paralelo obligatorio.

Esta situación, sumada al incremento de las patologías psicosomáticas asociadas a situaciones sociales de dificultad, el incremento del absentismo y las bajas laborales

producidas por este motivo y el consiguiente incremento del consumo de servicios y productos sanitarios sobre un sistema de salud ya de por sí saturado, puede hacer que se resientan algunos indicadores vinculados a la calidad y a eslabones clave en la cadena de valor de las organizaciones y empresas, lo que al final podría repercutir directamente en la percepción del paciente y, lo que es peor, en el propio servicio ofertado.

Este escenario de preocupación no lo es tanto si previamente se ha hecho un ejercicio de previsión, adelantando las consecuencias de un escenario de crisis y ajuste sobre un sector social de servicios altamente demandados y con riesgo de congestión. Ante este panorama, complicado en todos los sentidos, caben todo tipo de medidas imaginativas que tiendan a potenciar un sector clave en el segmento salud, como es el de la medicina privada en nuestro país, medidas que van desde la contemplación de este gasto familiar a la hora del pago del IRPF, hasta el fomento de su actividad mediante medidas de apoyo, promoción y protección decididas.

Una buena forma de descargar al SNS es propiciando una medicina privada sinérgica y complementaria a la pública, creando entornos de desarrollo e interés conjuntos y fomentando el traspaso de conocimiento entre ambos sectores, favoreciendo la configuración de redes de investigación, docencia, asistenciales, profesionales en los que prime la excelencia y sus protagonistas, los profesionales sanitarios, de tal forma que se sientan reconocidos y se encuentren motivados.

El crecimiento y mejora sostenida de ambos entornos, público y privado, es la mayor garantía de futuro de nuestro Sistema Nacional de Salud, el cual es a su vez la resultante del compendio de ambos. Una conquista social que hemos de proteger entre todos a toda costa. ■

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

PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



BADAJOS
26 de Marzo

BILBAO
23 de Abril

ZARAGOZA
14 de Mayo

VALENCIA
28 de Mayo

MADRID
3 de Junio

BURGOS
24 de Septiembre

BARCELONA
1 de Octubre

SANTIAGO DE COMPOSTELA
29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



Revised by:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED
ESPAÑA
Educación Médica Continuada

La atención al paciente inmigrante

La atención al paciente inmigrante ha de tener en cuenta un abordaje multidisciplinar, incluyendo no sólo los aspectos sanitarios, sino también los factores psicológicos, culturales y socioeconómicos.



María Dolores Navarro*

El fenómeno de la migración ha acompañado a los seres vivos desde sus orígenes. Dicho fenómeno responde a la necesidad de conservación de las especies y a la búsqueda de lugares más propicios para el desarrollo. Actualmente, las migraciones humanas se producen a todos los niveles, nacional e internacional, en un mundo globalizado, donde el mayor reto está en la respuesta de la sociedad ante las consecuencias que la migración, como fenómeno social, conlleva.

Una de las causas más comunes de migración en la actualidad es la económica, donde las personas buscan un nuevo lugar en el que puedan adquirir un mejor nivel de vida. Este tipo de migración suele darse desde países en vías de desarrollo a lugares más prósperos o con mayores posibilidades teóricas de desarrollo personal.

España, en concreto, ha pasado de ser un país de emigrantes, hace ya décadas, a recibir personas de otros lugares, más recientemente. La llegada de personas de otros países a España, la inmigración en nuestro país, es uno de los aspectos que más están transformando nuestra sociedad actualmente. Según muestran datos oficiales del año 2006, el porcentaje de extranjeros en España en ese momento superaba el 8,5 por ciento.

En términos generales, por lo tanto, se ha producido un incremento de inmigrantes en esta primera década de siglo, que se ha distribuido de forma heterogénea por el suelo español, y que se compone básicamente de personas jóvenes, activas, muchas de ellas mujeres, y que inciden con un impacto general en las diferentes esferas de la sociedad (comunidades o barrios, escuelas, servicios públicos, etc.), que cuentan además con unas

necesidades y unas expectativas determinadas.

El fenómeno migratorio puede verse afectado también desde diferentes puntos de vista, económico, social, laboral, cultural, educativo... de manera que, en una sociedad determinada puede también existir un sistema de prejuicios por los que tendamos a asociar la inmigración con la pobreza, la falta de recursos, la ilegalidad, la delincuencia, la marginalidad o la enfermedad. Sí, las personas enferman, independientemente de su origen o condición. El fenómeno migratorio ha de abordarse desde todos los puntos de vista pero, sin duda, también desde el ámbito sanitario.

La población inmigrante, cuando llega, goza normalmente de buena salud y no suele introducir nuevas patologías como, por ejemplo, enfermedades tropicales, de forma generalizada. Más bien al contrario, se trata de personas que se incorporan de alguna forma a la sociedad autóctona, incluso en el padecimiento de sus enfermedades.

En este sentido, diferentes estudios han puesto de relieve la existencia de tres períodos diferenciados en el proceso de adaptación de una persona en un nuevo país o entorno relacionados con la salud. Así, existe un primer momento identificado que corresponde al de la llegada de la persona al nuevo lugar. Este período se caracteriza por la posibilidad de presentar alguna enfermedad que tiene su origen en el país del que procede el paciente. El segundo momento, cuando la persona ya se intenta establecer en el lugar de destino, se caracteriza por la presencia de problemas de salud relacionados con la precariedad de la situación concreta que la persona en cuestión esté viviendo, el estrés, o la falta de recursos que pa-

» Es necesario un proceso de aproximación mutua para entender y favorecer la creación de vínculos positivos entre paciente y profesional. Los mediadores culturales van a adquirir un papel fundamental.

» Los profesionales necesitan realizar un esfuerzo añadido si queremos que el consejo médico llegue, se entienda, se internalice y, por lo tanto, el paciente actúe en consecuencia.

SECCIÓN
PATROCINADA POR:

deza en general. Por último, cuando la persona se logra asentar en el lugar, su patología acaba siendo similar a la de la población autóctona.

Ante esta realidad, si nuestro objetivo es que el paciente inmigrante reciba los cuidados y la atención médica necesaria, hemos de ser conscientes de que, independientemente de su estado de salud física inmediata, su estado de salud global y su bienestar psicológico y social van a depender de otra serie de factores relacionados con su situación en nuestro país, con el estrés añadido que esté sufriendo, con el grado de adaptación que haya conseguido, con los vínculos que haya podido establecer con otras personas del lugar, con su situación laboral, etc.

La atención al paciente inmigrante ha de tener en cuenta, por lo tanto, un abordaje multidisciplinar, incluyendo no sólo los aspectos sanitarios, sino también los factores psicológicos, culturales y socioeconómicos que rodean a la persona. Sin embargo, ¿estamos preparados como profesionales para atender tanta necesidad?

El Sistema Nacional de Salud español es, por todos bien sabido, de carácter universal, sin embargo, el fenómeno migratorio pone de manifiesto diferentes formas de vivir y de entender la salud, así como la forma de utilizar los servicios sanitarios. Este hecho significa que, el paciente inmigrante, en general, va a encontrarse en una situación de vulnerabilidad que dificultará su relación con el entorno sanitario.

Una de las principales barreras que nos encontramos los profesionales de la salud a la hora de tratar a las personas de otros países es el idioma. En este sentido, son muchas las experiencias que se han llevado a cabo en distintos lugares de nuestra geografía como muestra del acercamiento del colectivo sanitario ante esta situación: elaboración de materiales educativos en diferentes idiomas y adaptados a situaciones y necesidades concretas, incorporación de tra-

ductores, o incluso aprender otras lenguas, son ejemplos actuales en nuestro entorno.

Sin embargo, existen otros obstáculos quizá mayores que el propio idioma que dificultan la relación del inmigrante con el sistema sanitario, entre ellos, la cultura. Las diferencias culturales entre grupos son una de las principales dificultades a las que nos enfrentamos. De esta forma, los profesionales necesitan realizar un esfuerzo añadido si queremos que el consejo médico llegue, se entienda, se internalice y, por lo tanto, el paciente actúe en consecuencia. En muchas ocasiones, la cultura, los hábitos de vida, las costumbres, las creencias y valores o, simplemente, la forma de entender el proceso de salud y enfermedad son tan diferentes entre grupos de población que el simple consejo médico queda muy lejos de tener utilidad.

Y es en estos casos cuando el ingenio, la motivación y la vocación por nuestra profesión se hace más necesaria. A nivel individual, la comunicación (en sus diferentes formas) va a ser fundamental. Es necesario intentar un proceso de aproximación mutua para entender y favorecer la creación de vínculos positivos entre paciente y profesional. Los mediadores culturales, en este sentido, van a adquirir un papel fundamental en la construcción de una relación de confianza mutua.

A nivel social, conceptos como acceso universal, igualdad o equidad y derechos y deberes recuperan la totalidad de su significado. ■



Uno de los principales problemas que encuentran los profesionales al tratar a estos pacientes es el idioma.

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

3.945

trasplantes se realizaron en España en 2008.

3

por ciento más que el año anterior.

1.577

fue el número de donantes.

1,7

por ciento más que en 2007.

20

por ciento aumentaron los trasplantes de corazón.

Fuente: Organización Nacional de Trasplantes (ONT).



CERTIFICACIÓN DE LA AGENCIA LAÍN ENTRALGO

El Grupo Hospital de Madrid es acreditado como universitario

El Grupo Hospital de Madrid (HM), en estrecho acuerdo con la Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo, ha recibido la certificación de cumplimiento de condiciones y requisitos para el desarrollo de la docencia universitaria de grado y postgrado y la investigación, en virtud del convenio firmado entre ambas entidades, a principios del año pasado. Otorgada por la Agencia Laín Entralgo, de la Comunidad de Madrid, esta autorización acredita a todos los hospitales del Grupo HM como universitarios. “La consecución de este certificado nos acredita como un complejo hospitalario de funcionamiento perfectamente integrado, tanto desde el punto de vista asistencial, como desde el punto de vista docente e investigador”, destaca el doctor Juan Abarca Cidón, director general del Grupo HM.



Juan Abarca Cidón.

PRÁCTICA PROFESIONAL

Las mujeres sólo ocupan el 13 por ciento de los altos cargos de los hospitales

Un estudio publicado en la revista *Journal of Medical Ethics* y realizado en los hospitales de Sant Pau y en el Clínic de Barcelona muestra que el porcentaje de mujeres que ocupan cargos de responsabilidad en los centros representa tan sólo el 13 por ciento, dato constante entre los años 2002 y 2006. El análisis de los datos refleja que hay diferencias entre mujeres y hombres tanto en la ocupación de puestos temporales –50 por ciento de mujeres con contrato temporal frente a un 22 por ciento de hombres en la misma situación–, como en los fijos. Esto es debido a que para promocionar profesionalmente se requiere tener un contrato permanente, menos mujeres pueden optar a ella.



PRIMERA RED A NIVEL EUROPEO

Sanidad constituye la red de formadores en seguridad del paciente

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha puesto en marcha la red de pacientes formadores en seguridad del paciente, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Se trata de la primera red de estas características constituida a partir de un marco institucional de las organizaciones de pacientes, usuarios y consumidores. En concreto, está respaldada por 27 organizaciones, lo que representa más del 80 por ciento del tejido asociativo del Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, es la primera red de este tipo a nivel europeo, que incluye junto a los pacientes a usuarios y consumidores.

GESTIÓN PROFESIONAL

Mejorar la gestión de la enfermedad crónica y evaluar la eficacia de las tecnologías, retos de la Sanidad europea

Mejorar la gestión de las enfermedades crónicas y poner en marcha mecanismos eficaces de evaluación de las tecnologías sanitarias son dos "factores claves" para el futuro de la asistencia sanitaria europea, según se desprende de una amplia investigación realizada por la Iniciativa para la Financiación Sostenible de la Salud en Europa (ISHFE, por sus siglas en inglés) y presentada en Praga, bajo el auspicio de la presidencia checa de la UE. Las conclusiones de esta investigación sobre la financiación de los sistemas sanitarios en Europa recuerdan que las enfermedades crónicas son "la principal causa de morbi-mortalidad en Europa", representando el 86 por ciento de las muertes prematuras, y advierten de que patologías como la diabetes y la depresión supondrán "una de las mayores cargas sanitarias en el futuro".



BOLSA

El beneficio de las empresas del Ibex cae un 4,5 por ciento en 2008

La recesión económica hace mella en las empresas. El resultado neto del conjunto de sociedades del Ibex descendió el año pasado un 4,5 por ciento con respecto a 2009, después de obtener beneficios récord en los cinco años anteriores. Sin embargo, las ventas crecieron un 13,3 por ciento y el Ebitda (beneficio antes de impuestos y amortizaciones), un 3,2 por ciento. Iberdrola Renovables fue la compañía que más ganó: un 232 por ciento, e Iberia la que más perdió: un 90,2 por ciento.



RESULTADOS DEL EJERCICIO 2008

DKV Seguros mejora su resultado hasta los 31 millones de euros

DKV Seguros, aseguradora del grupo Ergo, obtuvo un resultado neto de 24,3 millones de euros en 2008, lo que supone un 3 por ciento menos que los 24 millones del año anterior, debido a la mayor carga por el impuesto de sociedades y a la menor renovación de pólizas, según informó el consejero delegado, Josep Santacreu. La compañía obtuvo un resultado antes de impuestos de 31 millones de euros, un 4 por ciento más que en 2007. No obstante, los buenos resultados de enero, especialmente en los seguros relacionados con la salud, les permiten ser "optimistas".

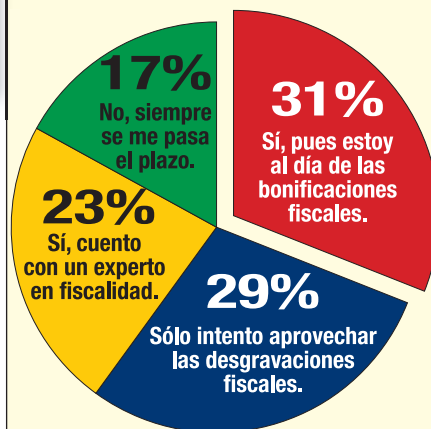


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Realiza una planificación fiscal para pagar lo justo?



La mayor parte de nuestros lectores (31 por ciento) aseguran estar al día de las bonificaciones fiscales, mientras que un 29 por ciento intenta aprovechar las desgravaciones fiscales. Un 23 por ciento realiza una planificación, al contar con un experto en fiscalidad, mientras que a un 17 por ciento se le pasa el plazo.

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

Gestión Profesional

La MBE en las decisiones clínicas



Jose María Martínez García*

» El objetivo fundamental para la definición de la calidad en una clínica al implantar este sistema debe centrarse en conseguir que los médicos sean más precisos y eficaces en su decisión clínica.

» La metodología de la MBE aportará rentabilidad económica, fundamentada en los estudios de coste-eficacia; calidad en los procesos y la eliminación de la incertidumbre o inseguridad.

Aunque el uso de la MBE (Medicina basada en la evidencia) puede aparecer en diferentes modalidades, sólo quería hacer referencia a su adopción como herramienta para lograr decisiones clínicas eficientes en Medicina. No podía privar al lector de transmitirle un barniz de conocimiento sobre esta disciplina, aunque sea muy brevemente, por estar de rabiosa actualidad su aplicación práctica en muchas clínicas avanzadas. Al ser la ayuda a la selección de información, válida y fiable, una función que ya hemos definido anteriormente como básica y propia de los gerentes, se incluye en esta columna, justo a continuación de las dedicadas a la informática, pero igualmente podía aparecer junto a las de comunicación, I+D+i o formación y recursos humanos.

El objetivo fundamental para la definición de la calidad en una clínica al implantar este sistema debe centrarse en conseguir que los médicos sean más precisos y eficaces en su decisión clínica. Ante este reto, la metodología de la MBE aportará rentabilidad económica, fundamentada en los estudios de coste-eficacia; más calidad en los procesos y, en último término, la eliminación de la incertidumbre o inseguridad que conlleva aplicar determinadas praxis clínicas. En una primera fase, los médicos deberán pasar un período de formación en el que se les enseña la búsqueda de bases de datos del modo más rápido posible.

La selección casi siempre según indica la práctica habitual, la realizará consultando la base de datos Medline, elaborada por la *National Library of Medicine* norteamericana y siguiendo sus dos guías de estudios. Los criterios para corroborar la evidencia de los artículos científicos son los que siguen.

Guía de estudios primarios

Tratamiento. ¿Se ha realizado de manera aleatoria la asignación de los tratamientos a los pacientes? ¿se han tenido en cuenta ade-

cuadamente todos los pacientes incluidos en el ensayo y se les ha considerado a la conclusión del mismo?

Diagnóstico. ¿Se ha realizado una comparación independiente y de diseño ciego con un patrón de referencia estándar? ¿ha incluido la muestra un espectro apropiado del tipo de pacientes a los que se aplicará la prueba diagnóstica en la práctica clínica?

Efectos nocivos. ¿Se han utilizado grupos de comparación claramente identificados que fueran similares en cuanto a factores determinantes importantes del resultado? ¿se han medido de la misma forma los resultados y las exposiciones en los grupos que se comparan?

Pronóstico. ¿Se ha dispuesto de una muestra de pacientes representativa en un momento bien definido del curso de la enfermedad? ¿ha sido suficiente, largo y completo el control evolutivo y su seguimiento?

Guía de estudios integrados

Revisión de conjunto. ¿Ha abordado la revisión una pregunta claramente planteada? ¿han sido apropiados los criterios utilizados para la selección de los artículos a incluir?

Guías de práctica clínica (protocolos). ¿Se han especificado claramente las opciones y resultados? ¿han utilizado las guías un proceso explícito para identificar, seleccionar y combinar las evidencias existentes?

Análisis de decisión. ¿Sigue el análisis fielmente el modelo de una decisión clínicamente importante? ¿se ha utilizado una evidencia válida para establecer las probabilidades y utilidades basales?

Análisis económico. ¿Se han comparado dos o más alternativas claramente descritas? ¿se han basado las consecuencias previstas de cada alternativa en una evidencia válida?

Así, los médicos aprenderán a valorar los resultados publicados sobre un tratamiento o método preventivo, analizando las conclusiones que pueden obtenerse de un estudio integrado. ■

*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.
Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Expertos debaten sobre el sector de equipos médicos

Organizada por la Asociación de Antiguos Alumnos del IE Business School, se ha celebrado recientemente una jornada sobre los cambios que se están verificando en el sector de los equipos médicos.

El sector de los equipos médicos es un sector que engloba los productos sanitarios no-farmacéuticos, desde una cánula o una gasa, hasta un escáner o un equipo de diálisis. La Asociación de Antiguos Alumnos del IE Business School organizó una jornada para debatir sobre este tema. Luis Truchado, director de EuroGalenus Executive Search, fue el coordinador de la jornada y moderador de la misma. Joaquín Azpilicueta, vicepresidente de Welch Allyn para Europa, Latinoamérica, África y Oriente Medio, expuso la necesidad de cambiar el modelo de colaboración

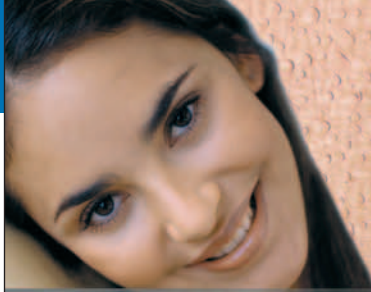


De izda. a dcha., Luis Truchado, Carlos Sisternas, Joaquín Azpilicueta y Miguel González.

con las administraciones. “Cada descubrimiento de una nueva tecnología, equipo o implante supone un cambio drástico para mejorar en el diagnóstico o tratamiento de una patología”, declaró.

Por su parte, Miguel González, director general de DRÄGER para España y Portugal, destacó la importancia de la I+D+i y el futuro de la Medicina 2.0, abundando en la necesidad de hacer una reingeniería de los procesos del sistema sanitario, donde se cambie el paradigma de proveedor a socio. “El sector de equipos médicos cuenta con 11.000 empresas de este tipo en Europa y emplea a 435.000, la mayoría de ellas de alta cualificación. En España, la situación se dificulta con la gestión de 17 comunidades autónomas y cinco agencias de evaluación tecnológica”, matizó.

Para finalizar, el director de Fenin-Catalunya, Carlos Sisternas, detalló los trece sectores que cubre la organización, para posteriormente centrarse en el mercado del diagnóstico *in vitro*, “que solamente supone el 1 por ciento del gasto sanitario, aunque sus resultados representan el 60-80 por ciento de la información necesaria para tomar decisiones clínicas. El futuro del diagnóstico pasa por los test rápidos, cada vez más extendidos, y todos los que se puedan automatizar, además del diagnóstico molecular, que es la llave para la integración de la medicina personalizada”. ■



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

cristalmina

ANTISÉPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

CRISTALMINA Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico. Polisorbato 80. Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungistático. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de infecciones en llagas por decúbito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvase de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLOGÍA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRESENTACIONES:**
Cristalmina solución 1%..... envase 500 ml
Cristalmina solución 1%..... envase 125 ml
Cristalmina solución 1%..... envase 25 ml
Cristalmina solución 1% monodosis
OTRAS PRESENTACIONES:
Cristalmina film 1% gel envase 100 g
Cristalmina film 1% gel..... envase 30 g
Cristalmina Plus solución 1% envase 30 ml

Gestión de Calidad: Enfermería

La investigación como desarrollo profesional



Charo Vaquero Ruipérez*

Es evidente que la Enfermería posee un cuerpo de conocimientos específicos, consolidado a través de los años y apoyado en una amplia y creciente actividad investigadora, que ha generado teorías y modelos que configuran la práctica profesional. Y sin embargo, tenemos la percepción de que no investigamos lo suficiente.

La investigación tiene por finalidad el desarrollo del conocimiento de una disciplina permitiendo validar la práctica profesional de la misma. Es ante todo una actividad que viene definida por “la capacidad de hacerse preguntas para obtener respuestas válidas sobre una realidad determinada”.

La práctica basada en la investigación de Enfermería es necesaria para aportar nuevos conocimientos, evaluar la práctica y mejorar los resultados de los cuidados de salud. Las áreas de investigación abarcan la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de las personas de todas las edades durante la enfermedad y la recuperación o para una muerte digna. Debería formar parte del quehacer diario de todo profesional, permitiendo así conocer cuál es la contribución de los profesionales de enfermería en la mejora de la salud de los pacientes.

No debe confundirse la investigación en Enfermería con la práctica clínica basada en la evidencia. Una cosa es hacer avanzar el conocimiento enfermero mediante la investigación, y otra distinta es utilizarlo en la práctica clínica.

En Enfermería no hay suficiente motivación para investigar, se investiga poco y es igualmente escasa la publicación de trabajos en revistas científicas. Esto es debido a la falta de formación y a la poca cultura que existe en el método de investigar. También influye el gran esfuerzo que supone realizar un proyecto de investigación, no

sólo por el tiempo que lleva su desarrollo, sino también porque la mayoría de las veces se tiene que compatibilizar con la actividad asistencial, añadido a la dificultad de conseguir financiación.

Entre las estrategias para fomentar la investigación destacan incluir la metodología de investigación en los nuevos planes de estudio de Grado hará más fácil despertar el interés por el desarrollo de la misma en el posterior ejercicio profesional. También, la formación continuada, permite proporcionar los conocimientos y habilidades de los profesionales de enfermería en metodología de la investigación.

Otro factor importante para fomentar la investigación es el apoyo institucional, si los responsables sanitarios facilitaran los recursos y la formación necesaria a los profesionales con iniciativas en el área investigadora, se investigaría mucho más. En este sentido, hay que mencionar que se está impulsando y potenciando la investigación enfermera, desde diferentes organismos como el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), que modificó en 1987 los requisitos para la financiación de proyectos, reconociendo la capacidad investigadora de las enfermeras e incluyendo enfermeras en las Comisiones Técnicas de Evaluación. También, la Agencia Lafn-Entralgo y el Instituto Carlos III, están facilitando a las enfermeras el acceso a la investigación, a través de la Unidad de Coordinación y Desarrollo de la investigación en Enfermería.

La formación de postgrado, a través de los nuevos masters universitarios y programas de doctorado en Enfermería, unido al desarrollo de las especialidades van a permitir incrementar significativamente los proyectos de investigación.

Y ello permitirá, sin duda alguna, una mejora de nuestra práctica enfermera con el consiguiente desarrollo profesional. ■

» En Enfermería no hay suficiente motivación para investigar, se investiga poco y es igualmente escasa la publicación de trabajos en revistas científicas.

» Otro factor importante para fomentar la investigación es el apoyo institucional. Los responsables sanitarios deben facilitar recursos y formación.

*Secretaría de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

Resultados financieros
del ejercicio 2008

Rovi aumenta su beneficio en un 13 por ciento en 2008

Los ingresos de laboratorios Rovi aumentaron un 11 por ciento hasta los 132, 11 millones de euros, como resultado de un fuerte crecimiento en la venta de los productos existentes y el lanzamiento de EXXIV (un inhibidor de COX-2). Los ingresos operativos de la compañía se incrementaron un 10,4 por ciento hasta los 127,5 millones de euros. El beneficio neto aumentó un 13 por ciento hasta llegar a los 23,5 millones de euros.

Las ventas de Bemiparina aumentaron un 26 por ciento hasta los 38,1 millones de euros, las ventas de Corlontor se multiplicaron por 5 y las de EXXIV alcanzaron los 2,4 millones de euros. ■

Invertirá 72,3 millones de euros en I+D+i hasta 2013

Cinfa supera los 200 millones de genéricos

Cinfa, primer laboratorio nacional por volumen de medicamentos dispensados en las farmacias, ha alcanzado las 200 millones de unidades (envases) de genéricos puestas en el mercado. El laboratorio ha multiplicado por ocho su cifra de negocio en los últimos diez años. Asimismo, realiza una sólida apuesta por la I+D+i, con una inversión de 42,4 millones de euros en los últimos cinco años y una previsión de 72,3 millones de euros hasta 2013.

El presidente del Gobierno de Navarra, Miguel Sanz, visitó el laboratorio y recogió el fármaco número 200 millones de manos del presidente de Cinfa, Enrique Ordieres. "He podido comprobar *in situ* que Cinfa es un laboratorio líder en España y su esfuerzo por introducir el medicamento genérico en el sistema sanitario navarro y español".

Las nuevas infraestructuras de Cinfa, compuestas por una segunda planta industrial y un nuevo edificio de oficinas, que ha obtenido la calificación de máxima eficiencia energética, permitirán a Cinfa seguir aumentando su capacidad de producción y abordar nuevas líneas de desarrollo, producción e innovación farmacéuticas, como son los genéricos de alta especialización. ■



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-carbamilglutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofurural (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, 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 las 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 nitrofurural, 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 **Salvat**
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Tribunales

La asistencia en Urgencias fue correcta



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Civil,
Sentencia 10 de junio
de 2008

Hechos

Doña R. interpuso en su día una demanda de juicio ordinario declarativo de menor cuantía contra un médico internista y otro médico de guardia, y contra el Insalud por los daños morales y perjuicios sufridos a consecuencia de la muerte por drogadicción de su hijo de 29 años de edad. El Juzgado de Primera Instancia desestimó la demanda por entender que la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias a su hijo fue correcta y, aunque se alegaba falta de información escrita sobre las dolencias que padecía, éstas no fueron determinantes del resultado. En cuanto a la actuación profesional del médico internista, el hecho de no mantener el ingreso hospitalario, aún habiendo sido aconsejable, no se determinó en la prueba pericial, que fue suficiente para establecer una relación causal con la muerte. La Audiencia Provincial confirmó la sentencia por entender que, según el informe del forense, aceptada la muerte por trombosis pulmonar, según la autopsia, esta muerte es muy frecuente en adictos a las drogas de abuso por vía endovenosa. Todo lo cual determinó el apreciar ajustada a *lex artis* las actuaciones de los médicos.

Fallo

La sentencia fue recurrida en casación ante el Tribunal Supremo por entender que se había hecho una valoración ilógica de la prueba. Alegó la apelante que no se determinó el grado de intoxicación y no se le dio medicación adecuada, además de suministrarle el alta precipitadamente y fallecer a las pocas horas. Nuestro más alto Tribunal declaró no haber lugar al recurso de casación interpuesto por la demandante frente a la sentencia de la Au-

diencia Provincial confirmatoria de la del Juzgado, con imposición de costas.

ANÁLISIS: La obligación del médico

Como se ha comentado en múltiples ocasiones, la obligación del médico, y en general del personal sanitario, no es la de obtener en todo caso la curación del paciente, sino la de proporcionarle todos los cuidados que requiera, según el estado de la ciencia y de la *lex artis ad hoc*. En el terreno de los diagnósticos, la obligación del médico es la de realizar las pruebas necesarias para obtener el mismo, por lo que sólo una omisión burda de las pruebas exigibles le haría incurrir en responsabilidad, aparte, claro está, que la de sacar unas conclusiones erróneas sin lugar a dudas de acuerdo con las pruebas practicadas. También en el campo de las negligencias médicas está descartada la responsabilidad objetiva, que implicaría, y no es éste el caso, de una inversión de la carga de la prueba, en el sentido de que ha de quedar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo.

En el presente caso, en virtud del principio de facilidad y proximidad, el médico no estaba obligado a probar las circunstancias en que se produjo el daño por no presentarse el resultado dañoso en la esfera de acción del demandado, de los que habitualmente se producen por razón de una conducta negligente, por lo cual, al plantearse por el demandante una responsabilidad objetiva de los facultativos demandados por la muerte del joven, no existe un daño no previsto ni explicable en su esfera de actuación profesional, pues olvida la autora que el paciente estaba en una situación especial de riesgo de fallecimiento por trombosis, dada su adicción a las drogas. ■

» El Juzgado de Primera Instancia desestimó la demanda por entender que la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias a su hijo fue correcta.

» La sentencia fue recurrida en casación ante el Tribunal Supremo por entender que se había hecho una valoración ilógica de la prueba.

*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.
Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

Sitges acoge las XVII Jornadas Mediterráneas de Cirugía Estética

Las XVII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Estética se celebrarán en Sitges el próximo mes de mayo con la presencia de destacados expertos nacionales e internacionales.

Con un extenso programa de actividades que abarcarán temáticas diversas, desde la biología de las células madre, hasta la patología de las células grasas pasando por la remodelación facial y corporal; se darán cita eminentes profesionales y marcas del sector en las XVII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía del 15 al 27 de mayo en Sitges.



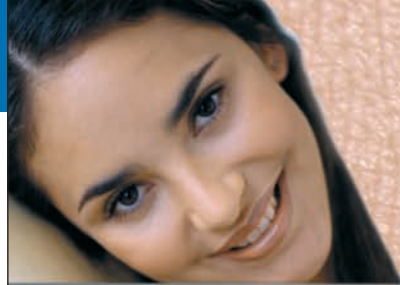
La sesión del viernes 15 de mayo se dedicará íntegramente a la Medicina Regenerativa y será abierta por el ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, con una conferencia sobre "Las células secretoras de insulina derivadas de células madre: perspectivas clínicas" y se cerrará con la conferencia de José María Martínez, director de MEDICAL ECONOMICS, titulada: "El dilema de patentar la vida".

Biobridge Event 2009

Esta sesión se denomina genéricamente Biobridge Event 2009, y estará incluida en el marco internacional de especialistas en esta área e incluirá la participación de importantes ponentes tanto españoles como de otros países con gran tradición en el tratamiento de este tema.

Hay que destacar la presencia en el evento de los prestigiosos profesores Susan Lim y Tan Kok Leong, de Singapur y Antonio Rusciani y Alesio Redaelli, de Italia.

Las Jornadas Mediterráneas vienen celebrándose desde hace 17 años bajo la presidencia del titular de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC), el doctor Victor García, y están declaradas de interés científico y profesional por la Organización Médica Colegial (OMC) y acreditadas como formación médica continuada por el Sistema Nacional de la Salud y el Consell Catalá. ■



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



el apósito de espuma que mim a herida y su entorno



"NO ADHESIVOS" FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

InfoSalvat
906 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Internet y medicina

Redes sociales para profesionales (y II)



Marcial García Rojo*

» Algunos servicios de la web 2.0, como la edición compartida de contenidos (*wiki*) o los relatos de artículos o dietarios personales (*blogs*), empiezan a ser conocidos.

» El servicio Twitter es una red social gratuita que permite que los usuarios envíen mensajes cortos de texto de hasta 140 caracteres de longitud.

El vocabulario de informática que los médicos necesitan ir conociendo crece de forma significativa cada año. Ya hemos asimilado en nuestro lenguaje cotidiano muchos neologismos, tecnicismos y siglas como Internet, *software*, *web*, microprocesador, CPU, DVD o USB; y la mayoría de estos términos han sido incluidos en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Sin embargo, la lista no cesa de crecer y la web 2.0 es responsable en gran parte de este crecimiento.

Algunos servicios de la web 2.0, como la edición compartida de contenidos (*wiki*) o los relatos de artículos o dietarios personales (*blogs*), empiezan a ser conocidos por la población general. Para poder ser miembros activos de Internet, que es al fin y al cabo uno de los principales objetivos de la tecnología web 2.0, es necesario comprender los nuevos términos que van siendo populares en Internet, algunos de los cuales, afortunadamente, encontraremos su equivalencia en nuestro idioma.

Tomemos como ejemplo el servicio LinkedIn, que incluye redes de profesionales con grupos de contactos, herramientas de mensajería y aplicaciones de trabajo en grupo espacios de trabajo privados para grupos, interconexión de *blogs*, compartir presentaciones, información compartida sobre viajes y congresos, intercambiar listas de libros, gestión de ficheros, entre otros. Uno de las aplicaciones disponibles es "Company Buzz", que se describe como "un servicio que muestra la actividad *twitter* relacionada con una empresa y que permite visualizar *tweets*, tendencias y las principales palabras clave".

Podemos entender mejor descripciones de este tipo si recordamos que el servicio Twitter es una red social gratuita que permite que los usuarios envíen mensajes cortos de texto (denominados *tweets*) de hasta 140 caracteres de longitud. Este servicio es tan popular que hoy día se utiliza el término *twitter* para expresar el

envío de mensajes cortos para actualizar contenidos (por ejemplo de un *blog*) o expresar opiniones, incluso fuera de la red que originalmente los vio nacer.

Otro término frecuentemente utilizado es *widget*, aunque en este caso podríamos utilizar términos en castellano como herramientas, aplicaciones o utilidades, ya que se trata de un conjunto de herramientas que ofrecen acceso a funciones frecuentemente usadas y proveen información visual.

Mashup (mezcla) es una aplicación *web* híbrida en la que se utilizan contenidos de otras aplicaciones *web* para crear una nueva *web*. Este sistema es una verdadera revolución para el desarrollo de sitios *webs* pues se consiguen resultados muy llamativos con pocos conocimientos técnicos. Algunos ejemplos de estos *mashups* en medicina son HubMed, creada para personalizar las búsquedas de bibliografía médica en Pubmed, y la *web* HealthMap de alertas epidemiológicas, que utiliza la tecnología Google Earth. Microsoft Popfly y Yahoo! Pipes son dos ejemplos de editores de *mashups* para usuarios con pocos conocimientos de informática, en los que el usuario dispone de numerosas herramientas (efectos de visualización, vídeos, fotografías, información local, mapas, noticias, etc.) con las que componer un portal *web* es tan sencillo como utilizar el ratón para colocar esas herramientas en el lugar deseado de la página *web* que se está creando.

Es cierto que aún está por definir el modelo de negocio que hará que las redes sociales sean estables y permanezcan activas durante mucho tiempo. En *tuenti.com*, la red social de moda en España, que permite "estar al corriente de todo lo que está pasando en su círculo de amigos", las primeras experiencias comerciales van dirigidas a una audiencia muy específica, como la venta de ropa *outlet* o descuentos para pizzas y no siguen el modelo de anuncios (*banners*) de otros sitios *web*. ■

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



Suscríbese a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

Publicaciones

	Números	Instituciones	Profesional	Precio*
<input type="radio"/> Allergy	6	101 €	69 €	
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68 €	47 €	
<input type="radio"/> Journal of Neurology	6	97 €	65 €	
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140 €	113 €	
<input type="radio"/> Seminars in Oncology	6	97 €	65 €	
<input type="radio"/> Sexología Integral	4	68 €	47 €	
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97 €	65 €	
<input type="radio"/> Dental Practice	10	100 €	70 €	
<input type="radio"/> DPM	4	30 €	30 €	

* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.

Nombre y Apellidos: CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia: C.P.:

Especialidad:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Forma de pago

- Cheque adjunto nº a nombre de Spanish Publishers Associates Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates



SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edificio Vértice - Antonio López 249 1º / Telf.: 91 500 20 77 - Fax: 91 500 20 75 / 28041 - MADRID
www.drugfarma.com - spa@drugfarma.com

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L.. Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.



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

SureSkin[®] II
APÓSITOS HIDROCOLOIDES DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide tan flexible y adaptable como la piel

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com



Internet y medicina

Redes sociales para profesionales (y II)



Marcial García Rojo*

» Algunos servicios de la web 2.0, como la edición compartida de contenidos (*wiki*) o los relatos de artículos o dietarios personales (*blogs*), empiezan a ser conocidos.

» El servicio Twitter es una red social gratuita que permite que los usuarios envíen mensajes cortos de texto de hasta 140 caracteres de longitud.

El vocabulario de informática que los médicos necesitan ir conociendo crece de forma significativa cada año. Ya hemos asimilado en nuestro lenguaje cotidiano muchos neologismos, tecnicismos y siglas como Internet, *software*, *web*, microprocesador, CPU, DVD o USB; y la mayoría de estos términos han sido incluidos en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española. Sin embargo, la lista no cesa de crecer y la web 2.0 es responsable en gran parte de este crecimiento.

Algunos servicios de la web 2.0, como la edición compartida de contenidos (*wiki*) o los relatos de artículos o dietarios personales (*blogs*), empiezan a ser conocidos por la población general. Para poder ser miembros activos de Internet, que es al fin y al cabo uno de los principales objetivos de la tecnología web 2.0, es necesario comprender los nuevos términos que van siendo populares en Internet, algunos de los cuales, afortunadamente, encontraremos su equivalencia en nuestro idioma.

Tomemos como ejemplo el servicio LinkedIn, que incluye redes de profesionales con grupos de contactos, herramientas de mensajería y aplicaciones de trabajo en grupo espacios de trabajo privados para grupos, interconexión de *blogs*, compartir presentaciones, información compartida sobre viajes y congresos, intercambiar listas de libros, gestión de ficheros, entre otros. Uno de las aplicaciones disponibles es "Company Buzz", que se describe como "un servicio que muestra la actividad *twitter* relacionada con una empresa y que permite visualizar *tweets*, tendencias y las principales palabras clave".

Podemos entender mejor descripciones de este tipo si recordamos que el servicio Twitter es una red social gratuita que permite que los usuarios envíen mensajes cortos de texto (denominados *tweets*) de hasta 140 caracteres de longitud. Este servicio es tan popular que hoy día se utiliza el término *twitter* para expresar el

envío de mensajes cortos para actualizar contenidos (por ejemplo de un *blog*) o expresar opiniones, incluso fuera de la red que originalmente los vio nacer.

Otro término frecuentemente utilizado es *widget*, aunque en este caso podríamos utilizar términos en castellano como herramientas, aplicaciones o utilidades, ya que se trata de un conjunto de herramientas que ofrecen acceso a funciones frecuentemente usadas y proveen información visual.

Mashup (mezcla) es una aplicación *web* híbrida en la que se utilizan contenidos de otras aplicaciones *web* para crear una nueva *web*. Este sistema es una verdadera revolución para el desarrollo de sitios *webs* pues se consiguen resultados muy llamativos con pocos conocimientos técnicos. Algunos ejemplos de estos *mashups* en medicina son HubMed, creada para personalizar las búsquedas de bibliografía médica en Pubmed, y la *web* HealthMap de alertas epidemiológicas, que utiliza la tecnología Google Earth. Microsoft Popfly y Yahoo! Pipes son dos ejemplos de editores de *mashups* para usuarios con pocos conocimientos de informática, en los que el usuario dispone de numerosas herramientas (efectos de visualización, vídeos, fotografías, información local, mapas, noticias, etc.) con las que componer un portal *web* es tan sencillo como utilizar el ratón para colocar esas herramientas en el lugar deseado de la página *web* que se está creando.

Es cierto que aún está por definir el modelo de negocio que hará que las redes sociales sean estables y permanezcan activas durante mucho tiempo. En *tuenti.com*, la red social de moda en España, que permite "estar al corriente de todo lo que está pasando en su círculo de amigos", las primeras experiencias comerciales van dirigidas a una audiencia muy específica, como la venta de ropa *outlet* o descuentos para pizzas y no siguen el modelo de anuncios (*banners*) de otros sitios *web*. ■

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



Suscríbese a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

Publicaciones

	Números	Instituciones	Profesional	Precio*
<input type="radio"/> Allergy	6	101 €	69 €	
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68 €	47 €	
<input type="radio"/> Journal of Neurology	6	97 €	65 €	
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140 €	113 €	
<input type="radio"/> Seminars in Oncology	6	97 €	65 €	
<input type="radio"/> Sexología Integral	4	68 €	47 €	
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97 €	65 €	
<input type="radio"/> Dental Practice	10	100 €	70 €	
<input type="radio"/> DPM	4	30 €	30 €	

* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.

Nombre y Apellidos: CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia: C.P.:

Especialidad:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Forma de pago

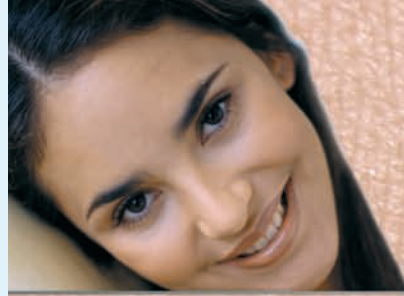
- Cheque adjunto nº a nombre de Spanish Publishers Associates
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edificio Vértice - Antonio López 249 1º / Telf.: 91 500 20 77 - Fax: 91 500 20 75 / 28041 - MADRID
www.drugfarma.com - spa@drugfarma.com

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L., Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.



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

SureSkin[®] II
APÓSITOS HIDROCOLOIDES DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide tan flexible y adaptable como la piel

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

ESCÁPESE... con

Con la colaboración de
pullmantur



Certamen de Artículos 2009

Escriba su historia más interesante, a partir de su propia experiencia, y *Medical Economics*, en colaboración con Pullmantur, 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*



NOMBRE DEL MEDICAMENTO Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Dafiro 5 mg/160 mg: Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NVR» en una cara y «ECE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «UJC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m²) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipotensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colgarse al paciente en posición de decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes conestenosis bilateral de la arteria renal oestenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m²). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal puede depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes conestenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos** *p. ej.* carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, fosfenitoína, primidona), *rifamicina, Hypericum perforatum*) La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucémicos orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámda. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfabloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hiperpotasemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuencia. **Toráculos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Toráculos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Toráculos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Toráculos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Toráculos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Toráculos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Toráculos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Toráculos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Toráculos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Toráculos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Toráculos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Toráculos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Toráculos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Toráculos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso si no se ha observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraña, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis** **Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistémica marcada, y probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Sílice coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Dafiro 5 mg/160 mg: Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Dafiro 5 mg/160 mg: EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 – 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por **ESTEVE**

(% de pacientes que experimentaron edema periférico)	Valsartán (mg)					
	0	40	80	160	320	
Amlodipino (mg)	0	3,0	5,5	2,4	1,6	0,9
	2,5	8,0	2,3	5,4	2,4	3,9
	5	3,1	4,8	2,3	2,1	2,4
	10	10,3	NA	NA	9,0	9,5

BIBLIOGRAFÍA: 1. ESH-ESC Guidelines Committee. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2007; 25: 1105-1187. 2. Poldermans et al. Tolerability an Blood Pressure-Lowering Efficacy of the Combination of Amlodipine Plus Valsartan Compared with Lisinopril Plus Hydrochlorothiazide in Adult Patients with Stage 2 Hypertension. *Clin Ther.* 2007; 29: 279-289. 3. Smith et al. Amlodipine and Valsartan Combined and as Monotherapy in Stage 2, Elderly, and Black Hypertensive Patients: Subgroup Analyses of 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. *J Clin Hypertens.* 2007; 9: 355-364.

FUNDACION MEDICINA Y HUMANIDADES MEDICAS

FUNDACIÓN PRIVADA



Tratamiento de la salud a fondo

Con sólo ocho años de existencia, la Fundación Medicina y Humanidades Médicas ha conseguido constituirse, por medio de sus sucesivas publicaciones, en una obligada referencia para los profesionales sanitarios. Prueba de ello es que la revista de Internet HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on line, cuenta con un plantel de de prestigiosos autores, tanto nacionales como extranjeros. Sus artículos, conectados directamente con la actualidad y preocupación de la sociedad española, son propuestos y supervisados por un consejo asesor, compuesto por reputadas personalidades, que garantiza el rigor intelectual, la calidad conceptual y la fiabilidad de la publicación.

Por Gonzalo San Segundo

Historia de la Fundación

Una contribución a la sociedad

La principal finalidad de la fundación es promover el estudio y desarrollo de las humanidades médicas.

La Fundación Medicina y Humanidades Médicas fue creada en Barcelona el año 2001 por José Antonio Dotú Roteta, fundador y ex propietario de Ediciones Doyma, editorial médica española de reconocido prestigio nacional e internacional. Tras la venta de su empresa, Dotú, un empresario decididamente vocacional, consideró que debía devolver al mundo de la medicina parte de lo que ésta le había dado y, al mismo tiempo, continuar en la actividad que le había proporcionado éxito profesional y económico.

Con esa filosofía nació la fundación, una entidad privada sin ánimo de lucro, cuya finalidad es contribuir al estudio y desarrollo de la Medicina y las Humanidades Médicas.

Hasta 2006, la contribución se realizó por medio de dos publicaciones en soporte papel: la revista *HUMANITAS Humanidades Médi-*

cas y la serie *Monografías HUMANITAS*. Pero la aplicación de las nuevas tecnologías y el sentido práctico empresarial, hicieron que Dotú reconvirtiera esas iniciativas en la edición de una revista mensual exclusivamente por Internet, titulada *HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on line*. Tanto a los contenidos de esta revista como a los de sus predecesoras, constituidos en fondo editorial, se puede acceder gratis desde la *web* de la fundación: www.fundacionmhm.org.

Además de la revista *on line*, la fundación patrocina la Cátedra Humanitas y tiene una serie de proyectos en cartera encaminados a establecer acuerdos de colaboración con entidades o fundaciones cuyos objetivos sean afines, con el fin de “establecer sinergias que potencien los servicios respectivos que todos prestamos”, según su presidente. La *web* de la fundación recibe unas 18.000 visitas al mes y presenta una estructura sencilla y dinámica, con la opción de realizar compras de su fondo editorial, y la remisión a enlaces con las *webs* de entidades colaboradoras con las que se comparten “notables afinidades y propósitos”.

La Fundación está regida por un Patronato compuesto por relevantes personalidades de la Medicina y del sector de la salud en España, que constituyen, según la entidad, “la mejor garantía de salvaguarda de los fines de la fundación y de la calidad de sus actividades”. Estos son: José Antonio Dotú Roteta, Edgar Dotú Font, Agustín Jausàs Martí, Mario Foz Sala, Ciril Rozman, Ricardo Alonso-Barajas Martínez, Antonio Bayés de Luna, Rafael Carmena, Francisco Ferrer Ruscalleda, Pere Gascón Vilaplana, Amando Martín Zurro, Evelio J. Perea Pérez, Joseph M. Piqué Badia, Celestino Rey-Joly Barroso, Antonio Rodríguez Escobar, José María Segovia de Arana, Josep Terés Quiles, Miquel Vilardell Tarrés y Juan José Zarranz Imirizaldu. ■

Fines y objetivos

La finalidad de la fundación es, esencialmente, promover el estudio y desarrollo de las humanidades médicas, un conjunto de disciplinas que, desde diferentes perspectivas y contextos (ético, jurídico, filosófico, histórico, económico, sociológico, antropológico y cultural) aportan reflexión y análisis respecto al cúmulo de conceptos, percepciones, dilemas, conflictos y actitudes acerca de la salud, la enfermedad, la atención sanitaria y la propia concepción de la Medicina y su práctica.

Entre sus objetivos figuran el ser una organización independiente, abierta, no adscrita a ninguna corriente ideológica o de pensamiento, ni a ningún credo o formación política, y que “pretende estimular el progreso científico y humanístico de la Medicina y las Ciencias de la Salud desde el máximo respeto a la dignidad de la persona”. También, contribuir a la información y formación continuada en Medicina y Humanidades Médicas de los profesionales del mundo de la salud “desde la mayor exigencia y rigor científico e intelectual”. También, ofrecer a la sociedad en general plataformas de reflexión acerca de cuestiones como la salud, la enfermedad y las ciencias y profesiones que se ocupan de ellas.

Actividad editorial

La salud, a fondo



La revista HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on-line es el pilar sobre el que se alza la actividad editorial de la fundación. Un consejo asesor garantiza el rigor intelectual, la calidad conceptual y la fiabilidad de la publicación.

Las actividades que desarrolla la Fundación Medicina y Humanidades Médicas son, fundamentalmente, de carácter editorial, orientadas, como su propio nombre indica, al estudio y desarrollo de la Medicina y las Humanidades Médicas. Por medio de las mismas, la entidad proporciona información y formación a los profesionales de la salud y a otros profesionales directamente implicados en la atención sanitaria (gestores y administradores sanitarios, responsables de las políticas sanitarias y otros) y ofrece a la sociedad, en general, elementos de reflexión y análisis en torno a la salud y la enfermedad, la atención sanitaria y el cuidado de la salud, hechos que generan un vivo interés y con frecuencia muchas inquietudes, dilemas y conflictos.

En el año 2003, la fundación inició su actividad con la publicación de la revista *HUMANITAS Humanidades Médicas*, y en 2004 puso en marcha la edición de una serie de monografías bajo el título genérico de *Monografías HUMANITAS*. Ambas publicaciones pueden ser visitadas de forma libre y gratuita en el área "Fondo Editorial" de la *web* de la fundación: www.fundacionmhm.org. A partir de 2006, la actividad se centró en la edición de una revista *on line*, de periodicidad mensual, con la misma orientación y objetivos que sus predecesoras. Su título es *HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on line*, de acceso también libre y gratuito a través de la *web*.

La revista *HUMANITAS Humanidades Médicas* analiza los fenómenos de la salud y la enfermedad, la Medicina y su práctica, la atención sanitaria y el cuidado de la salud en general, así como las repercusiones que tiene para el hombre y su dignidad y bienestar desde los diferentes contextos (ético, jurídico, histórico, económico, filosófico, sociológico, antropológico, cultural, etcétera) que

afectan a estos fenómenos y los interpretan. La publicación se ha ocupado de temas que están de permanente actualidad y suscitan un enorme interés y preocupación.

Consejo asesor

Bajo la dirección de Màrius Foz Sala, catedrático de Medicina y profesor emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona, además de director científico de la fundación, el Consejo Asesor de la revista *HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on line* garantiza el rigor intelectual, la calidad conceptual y la fiabilidad de la publicación. He aquí la composición de este último.

Francesc Abel i Fabre, director del Instituto Borja de Bioética; **Carlos Ballús Pascual**, catedrático de Psiquiatría y profesor emérito de la Universidad de Barcelona; **Ramón Bayés Sopena**, catedrático de Psicología y profesor emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona; **Marc Antoni Broggi i Trias**, cirujano y miembro del Comité de Bioética de Catalunya; **Edelmira Domènech Llabeira**, catedrática de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona; **Sergio Erill Sáez**, catedrático de Farmacología y director de la Fundación Doctor Antonio Esteve; **Francisco Ferrer Rusalleda**, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona; **Pere Gascón Vilaplana**, director del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínic de Barcelona; **Albert Jovell Fernández**, director de la Fundación Biblioteca Josep Laporte y presidente del Foro Español de Pacientes; **Abel Mariné Font**, catedrático

de Nutrición y Bromatología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona; **Pere Puigdomènech**, director del Laboratorio de Genética Molecular Vegetal del CSIC de Barcelona; **Jaume Puig-Junoy**, catedrático experto en Economía de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra; **Ramón Pujol Farriols**, experto en Educación Médica y jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Bellvitge; **Celestino Rey-Joly Barroso**, catedrático de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona; **Oriol Romaní Alfonso**, profesor del Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona; **Carmen Tomás-Valiente Lanuza**, profesora titular de Derecho Penal de la Universidad de Valencia; **Anna Veiga Lluch**, directora del Banco de Células Madre del Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona, y **Evarist Feliu**, director del Instituto Catalán de Oncología.



Patronato de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

Por su parte, *Monografías HUMANITAS* se compone de una serie de temas monográficos en los que se abordan cuestiones clave en la Medicina y la atención sanitaria de nuestros días desde diversas perspectivas, y a las que la biomedicina no puede dar cumplida respuesta. Sí lo hacen las Humanidades Médicas, desde una óptica de estudio y análisis multidisciplinario de estos fenómenos poniendo en el centro a la personas en toda su

integridad. Cada monografía trata un único tema en extensión y profundidad, de manera que sea un medio de información y formación para los médicos, profesionales relacionados con la salud en general y expertos de las diferentes disciplinas de las humanidades médicas. Los directores y autores de las diferentes monografías son personalidades de reconocida cualificación y prestigio, de procedencia nacional e internacional, y garantizan el rigor académico e intelectual, la calidad y el valor de la publicación.

Los contenidos de la publicación responden a una exigencia de actualidad, entendida ésta, en palabras del presidente de la fundación, “como un hecho que está presente de manera un tanto persistente en la sociedad, que suscita constantes referencias, cuestionamientos y debates”. Además del criterio de actualidad, los temas tratados abordan cuestiones polémicas sobre las que hay puntos de vista y actitudes divergentes, como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.

HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on line continúa en la línea temática, de rigor y de calidad que sus antecesoras, con temas seleccionados por un consejo asesor multidisciplinario y elaborados por autores de gran autoridad y reconocimiento. ■

Cátedra Humanitas

La Cátedra Humanitas de Humanidades Médicas, de la que es titular Juan José Zarranz Imirizaldu, se constituyó en junio de 2007, promovida por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, y cuenta con el reconocimiento y beneplácito de la Facultad de Medicina de la Universidad del País Vasco. Se trata de una iniciativa y una actividad patrocinada por la Fundación Medicina y Humanidades Médicas, pero no constituye una actividad propia de ella. La cátedra se ha fijado como objetivo la celebración, como mínimo, de un curso presencial anual de 15 horas lectivas sobre temas pertenecientes al ámbito de las Humanidades Médicas. Los cursos están dirigidos a los alumnos de pregrado de la mencionada facultad, quienes pueden obtener por su asistencia dos o tres créditos de libre elección. En el curso 2007-2008 se impartieron temas como La profesión médica, Promoción de la salud y cambio social y El médico ante la muerte.

Los contenidos de la revista

Temas de impacto



Los temas publicados por la Fundación Medicina y Humanidades Médicas destacan por su actualidad y por la calidad conceptual. Algunos son la escasez de profesionales o la eutanasia.

Muchos de los temas tratados en las distintas publicaciones de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas estuvieron o están de gran actualidad en la sociedad en el momento de su publicación, como los referidos a la eutanasia, las medicinas alternativas y complementarias, el envejecimiento, la investigación con células troncales, la obesidad como un reto sanitario de nuestra civilización, la profesión médica y los retos a los que hace frente en este milenio, los nuevos desafíos de la reproducción asistida, alimentación y publicidad, la escasez de profesionales sanitarios en España, el aborto en los menores de edad, la cuestión de si las vacunaciones a los menores han de ser obligatorias, el candente y tremendo problema de la escasez de alimentos en el mundo, y otros. Los temas publicados no sólo destacan por su actualidad, sino también por la calidad conceptual.

Por ejemplo, el tema de la eutanasia fue abordado en el primer número de la revista *HUMANITAS Humanidades Médicas* con la participación de juristas, bioeticistas, médicos clínicos, psicólogos, etc. Y la Nutrigenética y nutrigenómica se trató en el último número, el 9, de las *Monografías HUMANITAS* editadas en papel. Fue un completo y profundo abordaje a estas cuestiones desde diferentes ópticas y con la rúbrica de expertos como José María Ordovás, director del Laboratorio de Nutrición y Genómica de la Universidad de Tufts (Boston); Rafael Carmena, catedrático de Medicina, jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico Universitario de Valencia y Premio Jaime I de Medicina Clínica; y Dolores Corella, directora de la Unidad de Investigación en Epidemiología Genética y Molecular de la Universidad de Valencia, entre otros.

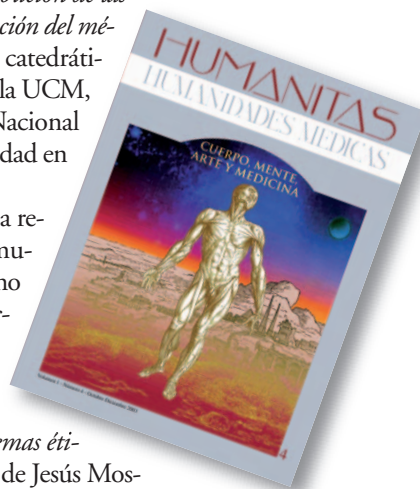
A partir de 2006, las dos publicaciones en papel dejan de editarse y surge *HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on line*, una revista electrónica editada exclusivamente en Internet, con una periodicidad

mensual y un único artículo por número dedicado a un tema de especial interés y actualidad referido al ámbito de las Ciencias de la Salud. Su último trabajo publicado hasta ahora se titula *Jubilación y Salud*, y su autora es Rocío Fernández-Ballesteros, catedrática del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid.

Algunos títulos

Y el primero de los artículos de la revista electrónica llevaba por título *Contribución de las Humanidades Médicas a la formación del médico*, firmado por Diego Gracia, catedrático de Historia de la Medicina de la UCM, miembro de la Real Academia Nacional de Medicina y reconocida autoridad en Bioética.

Entre uno y otro número de la revista *on line*, se han publicado muchos temas de impacto social como *Los nuevos desafíos de la reproducción asistida*, de Enrique Peñaranda Ramos, catedrático de Derecho Penal de la Universidad Autónoma de Madrid; *Dilemas éticos de la investigación biomédica*, de Jesús Mosterín, profesor de Investigación en el Instituto de Filosofía del CSIC; *Minoría de edad y aborto*, de Sergio Romeo Malanda, profesor de Derecho Penal de la Universidad de Las Palmas; *Inmigración y atención sanitaria*, de Judith Pretiñez Mena y Thaïs Clusa Gironeña, especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria; *La medicina defensiva: un peligroso boomerang*, de Josep Arimany Manso, director Estratégico de la Unidad de Medicina Legal del Área de Praxi del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Y, por citar uno más, *La relación médico-paciente en un mundo cambiante*, cuyo autor es Francesc Borrel i Carrió, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y vocal del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña. ■



Entrevista

“Queremos que la Medicina se centre en las personas en toda su integridad”

Construyó, como empresario hecho a sí mismo, un pequeño imperio editorial centrado en el sector sanitario, Ediciones Doyma, de reputación internacional. Ahora, José Antonio Dotú Roteta, madrileño de nacimiento y barcelonés de formación, continúa esa labor desde la Fundación Medicina y Humanidades Médicas, creada por él en 2001, y a través de Internet, con acceso libre y gratuito a sus publicaciones.



José Antonio Dotú Roteta, presidente-fundador de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

Pregunta: Casi toda su actividad empresarial ha estado dedicada al sector editorial médico. ¿Qué le indujo a ello?

Respuesta: Ya desde muy joven, yo tenía una fuerte vocación de médico; quería dedicarme a la Medicina. De hecho inicié esta carrera en Barcelona, aunque por problemas económicos y familiares hube de abandonarla. Así que, sin oficio ni beneficio, me incorporé a la industria farmacéutica como visitador médico. Tras pasar por diferentes multinacionales, adquirí unos ciertos conocimientos y experiencia en marketing y publicidad farmacéutica y me decidí a crear una pequeña agencia de marketing farmacéutico. Al poco tiempo, una feliz casualidad hizo que pudiera adquirir la revista *Medicina Clínica* y ahí comenzó mi carrera como editor de Medicina. Después vinieron otras muchas publicaciones y el grupo editorial Doyma que creé llegó a adquirir una gran importancia.

P. Actividad a la que sigue unido desde la Fundación Medicina y Humanidades Médicas. ¿Por qué la creó?

R. Por gratitud. Yo quería devolver al mundo de la Medicina y de la sanidad, en general, parte de lo que ese mundo me había permitido conseguir tanto en el plano personal y profesional como en el económico. De hecho, aparte de mi tiempo y mi ilusión, dedico a la Fundación mis recursos económicos que, hoy son los que la financian de forma exclusiva.

P. ¿Qué aporta la Fundación que no realizara ya como empresario-editor?

R. Pues, sin duda, la universalidad y gratuidad del acceso a las publicaciones que edita la Fun-

dación a través de Internet. Ésta es la enorme virtualidad de las modernas tecnologías de la comunicación.

P. ¿Cómo ayuda la Fundación (o qué ofrece) a los profesionales de la salud?

R. Los profesionales de la salud cuentan con información gratuita sobre los temas más actuales y trascendentes en el ámbito de la salud con la idea de incorporar una visión humanista, transversal e integradora al análisis de esos temas.

P. ¿Por qué para el análisis y la reflexión eligen temas de actualidad y polémicos, como los relacionados con la Biomedicina y la Bioética?

R. Porque son justamente los temas nuevos, las cuestiones controvertidas o polémicas, los que deben ser objeto de análisis y reflexión.

P. ¿Hacia dónde se encamina la Fundación? ¿Cuáles son sus proyectos?

R. Nuestra actitud es mantenernos atentos a todo lo que pueda ser objeto de análisis, desde la perspectiva de las humanidades médicas, en materia de salud y sanidad, y también en lo que se refiere a las nuevas tecnologías de la comunicación.

P. Con una Medicina tan burocratizada y tecnoligizada, ¿habría que recuperar la Medicina “de rostro humano”, o sea, la humanización de la Medicina?

R. Eso es exactamente lo que trata de fomentar nuestra Fundación: que la Medicina y la Sanidad se centren en las personas en toda su integridad más que en enfermedades y trastornos despersonalizados. ■



Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras

Temario

Unidad 1

Piel. Aspectos generales del cuidado
Úlceras por Presión (UPP)

Unidad 2

Úlceras Vasculares
(UV)
Pie Diabético

Unidad 3

Quemaduras

Coordinadores científicos

Justo Rueda

Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord.
Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

Luis Arantón

Enfermero. Supervisor de Calidad del Área Sanitaria de Ferrol.
A Coruña.

Esther Armans

Enfermera. Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínic
de Barcelona.

Josep M. Petit

Enfermero. Unidad de Quemados.
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Xavier Teixidó

Enfermero. Unidad de Quemados.
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.



antisepsia y desbridamiento

TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

Unidad 2 Desbridamiento

COORDINADOR

Justo Rueda

Enfermero de Atención Primaria
CAP Terrassa Nord (Barcelona)
Miembro Director del GNEAUPP

AUTORES

Raúl Capillas. Enfermero. Adjunto de Enfermería ABS Sant Josep, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Fernando Martínez. Enfermero. Vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Miembro Director del GNEAUPP. Miembro del Instituto de Investigación Clínica en Heridas Crónicas. Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores La Vega Mieres (Asturias)

José Luis Micó. Enfermero del Hospital Arnau de Vilanova (Lleida). Supervisor de Calidad e Higiene Preventiva

Jesús Portas. Enfermero del Centro de Curas de Úlceras Vasculares, Fontcoberta (Gerona)

Justo Rueda. Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord (Barcelona). Miembro Director del GNEAUPP

Teresa Segovia. Enfermera. Miembro Director del GNEAUPP. Supervisora de la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)

Jorge Vázquez. Facultativo Especialista de Área del Hospital de León. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Miembro del Capítulo Español de Flebología

Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por



ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN
ya puede inscribirse a través de la página web:

www.medeco.es

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (V)

Análisis críticos de los informes de evaluación



Álvaro Hidalgo*

» Hay que señalar que en España no son obligatorios los estudios de evaluación económica y tampoco existe una guía adoptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo para elaborarlos.

» El punto de vista del análisis es esencial, ya que en función de la óptica del mismo, se deberán tener en cuenta una serie de costes y beneficios.

En este artículo describiremos distintas herramientas que posibilitan realizar un análisis crítico de los trabajos de evaluación económica. Sin embargo, antes conviene hacer algunas reflexiones sobre la utilidad o no de la existencia de una guía estandarizada para la realización de estudios de evaluación económica.

Tal como venimos señalando, los informes de evaluación económica están tomando cada día más peso a la hora de la fijación de precios por parte de los reguladores; de hecho se habla de la cuarta barrera identificando la eficiencia como variable clave para el acceso al mercado por parte de una nueva tecnología sanitaria. En este sentido, hay que señalar que en España no son obligatorios los estudios de evaluación económica y tampoco existe una guía adoptada por el Ministerio de Sanidad y Consumo para la elaboración de los estudios de evaluación económica por parte de la industria farmacéutica. Esto supone que a falta de unos criterios homogéneos se tenga que recurrir en el mejor de los casos a la práctica internacional y a las guías existentes en otros países, tal como señalamos en un artículo tercero de esta serie.

Este aspecto es esencial, ya que de existir dicha guía, la lectura crítica se limitaría a identificar si la evaluación económica se ajusta o no a los criterios establecidos por el regulador, limitando de esta forma la arbitrariedad y las interpretaciones más o menos subjetivas de las guías internacionales. Por otra parte, la existencia de la misma supondría una política de transparencia por parte del regulador y permitiría establecer un diálogo constructivo entre los diferentes actores para consensuar los elementos fundamentales desde un punto de vista metodológico en los análisis de evaluación económica.

Mientras que esto llega es necesario saber identificar un buen análisis de evaluación económica de aquellos que incurren en errores más o menos sesgados. Para ello, existen diferentes alternativas. La primera es revisar

las guías internacionales y la propuesta realizada en España por Bastida y otros autores. La segunda es utilizar diferentes herramientas disponibles para la evaluación crítica de los análisis de evaluación económica. En estas páginas vamos a citar tres: el cuestionario de la Universidad de McMaster, el *Check-list Sacristan et al* y el cuestionario de Soto.

Para describir los elementos esenciales de un análisis crítico nos vamos a centrar en el cuestionario de la Universidad de McMaster (disponible en www.medecoes.com).

Costes y resultados

Las dos primeras preguntas del cuestionario se ocupan de la validez general del estudio, ya que lo primero que debemos cuestionar es si el estudio cumple o no los requisitos mínimos para ser considerado un análisis de evaluación económica, de ahí que debamos preguntarnos sobre si existe una pregunta expresada y definida de forma adecuada. En concreto si se estudian tanto costes como resultados y si existe más de una alternativa, ya que de lo contrario no estaríamos ante un estudio de evaluación económica, y si se hacen explícitos los juicios de valor utilizados y la óptica del análisis. Una vez contestada afirmativamente la primera pregunta, debemos interrogarnos sobre si la descripción de las alternativas es la correcta.

Las preguntas tres a seis se interrogan sobre la forma de medir resultados y costes por parte del estudio. En primer lugar, debemos analizar de forma detallada la fuente de las medidas de efectividad, si son fruto de un ensayo clínico o aleatorio o si vienen recogidas de una revisión de la literatura o de otro tipo de fuentes, para poder identificar el grado de robustez del modelo en cuanto a los datos de impacto de la tecnología sobre la salud. Posteriormente, debemos evaluar si están identificados claramente todos los costes y beneficios relevantes de cada una de las alternativas y si se han considerado con una amplitud suficiente. La omisión de un coste o de un re-

sultado puede ser crucial a la hora de los resultados de la evaluación económica. En este sentido, el punto de vista del análisis es esencial, ya que en función de la óptica del mismo se deberán tener en cuenta una serie de costes y beneficios. En cualquier caso, el posicionamiento debe ser explícito desde el principio de la evaluación.

Una vez identificados todos los costes y beneficios relevantes el siguiente paso es estudiar si se han medido los costes y beneficios en las unidades apropiadas y si se han omitido algunos de los elementos identificados previamente y, de hacerlo, si se ha explicado el motivo. Este último caso puede deberse a dificultades de medida por falta de datos, sin embargo, la omisión debe estar justificada y tiene que ser explícita para poder evaluar su efecto en los resultados finales del trabajo.

Otro aspecto esencial es el de la valoración de los costes y beneficios. Esto es especialmente importante en el caso de los costes, ya que al ser la sanidad un sector mayoritariamente público en España, hace que en muchos casos no exista mercado y la valoración debe ser realizada a precios básicos, es decir, a coste de los factores.

Un elemento prácticamente común en los estudios de evaluación económica es que los efectos de las tecnologías evaluadas suelen prolongarse más allá de un año, motivo por el que se deben realizar ajustes temporales.

Por ello es esencial comprobar cómo se han realizado dichos ajustes. De la misma forma, en los estudios de evaluación económica los costes y los beneficios pueden variar de forma sustancial al tratar un determinado número de pacientes o al realizar un determinado número de veces un test diagnóstico para eliminar falsos positivos o negativos. Por ello es esencial realizar un análisis marginal de los costes y los beneficios. Por otro lado, siempre se debe estudiar si los resultados del modelo son robustos o, si por el contrario están muy determinados por los valores que toman los principales parámetros incluidos en el estudio, de ahí que siempre sea necesario que los estudios de evaluación económica incluyan un estudio de sensibilidad. Por último, será necesario preguntarnos sobre si el análisis incluye la presentación y la discusión de todos los elementos de interés para los usuarios, si se han realizado comparaciones con otros trabajos y si los resultados se pueden generalizar.

En resumen, la generalización de estudios de evaluación económica y el aumento de su influencia en la toma de decisiones por parte de los gestores, hace que sea necesaria una lectura crítica de los trabajos para poder identificar posibles deficiencias o sesgos, siendo deseable una guía metodológica oficial para unificar los criterios de los diferentes trabajos de evaluación económica realizados en nuestro país. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias / autores, J. López Bastida [et al.].

<http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/132/MemoriaFinal.pdf>

Cuestionario de la Universidad de McMaster (www.medecoes.com)

Soto Álvarez J. *Inclusión de análisis farmacoeconómicos en ensayos clínicos: principios y prácticas*. Med Clin (Barc) 2003; 120(6):227-35

Salmi LR, Collet JP, et le Département d'Épidémiologie et de Biotatistique de l'Université McMaster. *Lecture critique des articles médicaux: I. Introduction*. Rev Prat 1991; 41(25): 2598-605.

Sacristán JA, Soto L, Galende I. *Evaluation of pharmacoeconomic studies: utilization of a checklist*. Ann Pharmacother 1993;27:1126-33



Tabla 1. Cuestionario Universidad de McMaster

Preguntas del Cuestionario de McMaster
1.- ¿Hay una pregunta expresada y definida de forma adecuada?
1.1 ¿Examina el estudio tanto los costes como los efectos del servicio, programa o tratamiento?
1.2 ¿Incluye el estudio una comparación de alternativas?
1.3 ¿Se han hecho explícitos los juicios de valor utilizados en el análisis? ¿Se situó en un contexto concreto de toma de decisiones?
2.- ¿Se proporciona una descripción exhaustiva de las alternativas
2.1 ¿Se ha omitido alguna alternativa importante?
2.2 ¿Se ha considerado o debería considerarse la alternativa de no hacer nada?
3.- ¿Hay pruebas de que se ha demostrado la efectividad de los servicios, programas o tratamientos?
3.1 ¿Se ha realizado un ensayo clínico controlado y aleatorio? Por el contrario ¿Qué valor tienen las pruebas que se aportan sobre su eficacia?
4.- ¿Están identificados claramente todos los costes y beneficios relevantes de cada una de las alternativas
4.1 ¿Se han considerado con la amplitud suficiente para la pregunta en cuestión?
4.2 ¿Cubre todos los puntos de vista relevantes?
4.3 ¿Se han incluido los costes de capital y los costes operativos?
5.- ¿Se han medido los costes y beneficios en las unidades apropiadas?
5.1 ¿Se ha omitido la medida de alguno de los elementos previamente identificados? Si así fuera ¿significa esto que no tiene valor en el análisis subsiguiente?
5.2 ¿Se produjeron circunstancias especiales que hicieran difícil la medida? ¿se manejaron apropiadamente dichas circunstancias?
6.- ¿Es aceptable la valoración de costes y beneficios?
6.1 ¿Se han identificado claramente las fuentes de todos los valores, valores de mercado, preferencias, juicios de profesionales, etc.?
6.2 ¿Se han utilizado los precios de mercado para valorar los ahorros o la utilización de recursos?
6.3 En ausencia de los precios de mercado ¿se han realizado los ajustes pertinentes para aproximarse a ellos?
6.4 ¿Es adecuada la valoración de los beneficios para el tipo de pregunta planteada? (¿Es apropiado el tipo de análisis económico aplicado?)
7.- ¿Se han realizado los ajustes temporales oportunos de costes y beneficios?
7.1 ¿Se descontaron los costes y beneficios a los valores actuales?
7.2 ¿Se justificó de alguna forma la tasa de descuento aplicada?
8.- ¿Se realizó un análisis marginal de los costes y beneficio respecto de las alternativas?
8.1 ¿Se compararon los costes marginales generados por una alternativa respecto a la otra, con los efectos adicionales, beneficios o utilidades producidas?
9.- ¿Se realizó un análisis de sensibilidad?
9.1 ¿Se justificó la amplitud de los valores de los parámetros claves del estudio empleados en el análisis de sensibilidad?
9.2 ¿Fueron sensibles los resultados del estudio a las modificaciones de los valores?
10.- ¿Incluye la presentación y la discusión del estudio todos los elementos de interés para los usuarios?
10.1 ¿Se basaron las conclusiones del análisis en algún índice o proporción global de costes respecto de consecuencias? Si es así ¿se interpretó de forma inteligente el índice o se hizo de una forma mecanicista?
10.2 ¿Se compararon los resultados obtenidos con los de otros estudios que hayan investigado el mismo tema?
10.3 ¿Discute el análisis la generalización de los resultados a otras situaciones o grupos de usuarios?
10.4 ¿Alude o tiene en cuenta otros factores importantes en la decisión que se está considerando, por ej. Aspectos distributivos o éticos?
10.5 ¿Se discuten las cuestiones de puesta en funcionamiento como la viabilidad de adoptar el programa elegido considerando las condiciones financieras y de otro tipo y si cualquiera de los resultados liberados podrían ser reconducidos a otros programas útiles?

Novedades fiscales para 2009

Planifique sus impuestos y pague lo justo



Realizar una planificación fiscal a lo largo del año resulta muy beneficioso para su bolsillo y su consulta cuando llega la hora de hacer la declaración de la Renta. Además, es muy aconsejable para pagar a Hacienda sólo lo justo, ni un euro de más. Para ello, conviene conocer las novedades fiscales que los gobiernos introducen, como las que aquí se describen.

Consiga que las leyes fiscales funcionen a su favor

Por Mark E. Battersby*

Todos los médicos deberían ser conscientes de la necesidad de realizar una planificación fiscal y de los beneficios que pueden obtener de ello. El objetivo es aplazar o reducir la contribución fiscal de su consulta en la medida de lo posible. Ahora que el ejercicio fiscal de 2008 ha terminado, lo único que puede hacerse entre este mismo momento y el plazo señalado para presentar la declaración es cumplir con las normas fiscales, estando siempre pendiente de su contribución fiscal potencial de 2009. Esto significa que no sólo debe realizarse la mayoría de sus transacciones ya finalizadas, sino que debe hacerlo de una manera que no afecte o reduzca negativamente sus futuras deducciones.

Planificación fiscal de consultas médicas. Aunque muchos médicos utilizan los servicios de un profesional para que se ocupe de sus impuestos y de los de su consulta, la planificación fiscal surge del médico. Para cualquier consulta médica, una planificación efectiva implica seguir un número de pasos, incluyendo los siguientes:

- Debería evaluarse la situación fiscal personal del titular, accionista o socio principal.
- Deberían desarrollarse y aplicarse estrategias para reducir los impuestos de manera continua.
- Debería analizarse la forma en la que se lleva el negocio, tanto como médico que trabaja solo, como sociedad anónima, como sociedad de responsabilidad limitada, como cooperativa o como cualquier otro tipo de entidades.
- También deberían analizarse el ejercicio financiero de la consulta y el método contable que se utiliza.

➤ La estrategia fiscal de la consulta debería coordinarse con la de los titulares de la misma.

➤ Deberían minimizarse los impuestos estatales y autonómicos.

➤ Los cambios en las leyes fiscales deben tenerse en cuenta durante todo el proceso de la planificación fiscal.

Estimular la economía. A medida que se acerca el plazo para presentar la declaración de la Renta, y sin tener en cuenta si se utiliza ayuda profesional o no, todos los médicos deberían ser conscientes de los muchos cambios que afectan a nuestras leyes fiscales, cambios que también afectarán tanto a su contribución fiscal de 2008 como a la de su consulta durante muchos años.

Planificación de lo fundamental. La planificación fiscal es un esfuerzo permanente. Los médicos deberían saber qué deducciones están disponibles para sus consultas y mantener los registros necesarios para respaldar y documentar cada transacción comercial. De esta manera, los ahorros resultantes pueden utilizarse para llevar y hacer crecer la consulta con éxito. Naturalmente, la planificación debería incluir las normas fiscales de las comunidades autónomas en las que funciona la consulta o clínica.

El asesoramiento profesional asume una urgencia especial para cada médico, así como para cada consulta médica. No es demasiado tarde para aprovecharse de las exenciones fiscales nuevas y, en muchos casos, temporales que se convirtieron en una realidad en 2008. Tampoco es tarde para desarrollar una estrategia que ayude a reducir la contribución fiscal para el año fiscal 2009 y para otros muchos años futuros.

Novedades fiscales para tiempos de crisis

Por José Ignacio Alemany**

El Gobierno español ha promulgado una serie de medidas fiscales para paliar los efectos de la crisis económica. Dichas medidas afectan a la imposición directa de los contribuyentes como personas físicas, en concreto al Impuesto sobre el Patrimonio y al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF), así como al Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), que afecta a las clínicas y consultas médicas.

Impuesto sobre el Patrimonio. Se suprime el Impuesto sobre Patrimonio con efectos desde el 1 de enero de 2008, mediante una bonificación del 100 por ciento de la cuota íntegra. A su vez, se suprime la obligación de presentar declaración, no sólo para los sujetos por obligación personal (residentes en España), sino también para los sujetos por obligación real (no residentes en España). Se mantiene vigente el texto de la Ley del Impuesto sobre el Patrimonio debido a las numerosas remisiones de otras normas tributarias.

Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF). Las novedades introducidas afectan a los siguientes aspectos:

➤ *Cuentas vivienda.* Con efectos desde el 1 de enero de 2008 queda ampliado el plazo de materialización de las cuentas vivienda hasta el 31 de diciembre de 2010. Esta ampliación es aplicable a aquellas cuentas abiertas en los años 2004, 2005 y 2006, cuyo vencimiento a los cuatro años se produzca antes del 31 de diciembre de 2010. Así mismo, hay que tener presente que las cantidades que se depositen trascurrido los cuatro años desde su apertura no dan derecho a deducción por inversión en vivienda habitual.

En todo caso, la inversión en vivienda debe efectuarse antes del 31 de diciembre de 2010, de no producirse, el titular de la cuenta deberá devolver la deducción que se haya aplicado desde su apertura, con los intereses de demora correspondientes.

➤ *Exención por reinversión en vivienda habitual.* La Ley del IRPF excluye de gravamen

las ganancias patrimoniales obtenidas por la transmisión de la vivienda habitual del contribuyente, siempre que el importe total obtenido por la transmisión se reinvierta en un plazo de dos años en la adquisición de una nueva vivienda habitual. También es aplicable a los supuestos en los que la compra de la nueva vivienda se produzca en los dos años previos a la transmisión de la anterior vivienda.

En este último supuesto y, debido a la situación que atraviesa el mercado inmobiliario, el Gobierno ha decidido ampliar dos años más el plazo para efectuar la transmisión de la vivienda habitual, y así facilitar dicha transmisión y la aplicación de la exención de la ganancia patrimonial obtenida. Esta ampliación del plazo es aplicable a los supuestos en los que las viviendas se hayan adquirido en los años 2006, 2007 ó 2008, debiéndose proceder a la venta de la antigua vivienda con anterioridad al 31 de diciembre de 2010. Así mismo, se entenderá que se transmite la vivienda habitual, aún cuando haya dejado de tener esta consideración por el traslado del contribuyente de su residencia habitual a la vivienda adquirida.

➤ *Aplazamiento o fraccionamiento del ingreso de una autoliquidación.* Se permite aplazar o fraccionar en dos partes el ingreso del importe resultante de una autoliquidación sin interés o recargo. El fraccionamiento consiste en ingresar un 60 por ciento del importe en el momento de la presentación de la declaración y el 40 por ciento restante en el plazo que se determine. Es imprescindible para poder aplicarse este beneficio que la declaración se presente dentro del plazo establecido.

➤ *Reducción de las retenciones.* Determinados trabajadores por cuenta ajena pueden solicitar la reducción, en dos puntos, de las retenciones que se les van a practicar en el ejercicio 2009. Para poder beneficiarse de esta reducción es necesario que los trabajadores apliquen la deducción por adquisición de vivienda habitual con financiación ajena y perciban retribuciones inferiores a 30.007,20 euros. Así mismo, los trabajadores autóno-

mos con rendimientos íntegros previsible inferiores a 30.007,20 euros y con derecho a la deducción por inversión en vivienda habitual, podrán reducir también su rendimiento neto en un 2 por ciento a los efectos de los pagos fraccionados del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

➤ *Moratoria temporal parcial en el pago de las cuotas hipotecarias.* Los titulares de una hipoteca sobre su vivienda habitual, concertada con anterioridad al 1 de septiembre de 2008 por importe inferior a 170.000 euros y que lleguen a un acuerdo con la entidad de crédito titular del préstamo, podrán aplazar el 50 por ciento de la cuota hipotecaria mensual que se devengue entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2010, con un límite máximo de 500 euros mensuales. La cantidad aplazada se compensará a partir del 1 de enero de 2011 mediante su prorrateo entre las mensualidades que resten para la satisfacción total del préstamo hipotecario con un límite máximo de 10 años.

Esta medida pueden solicitarla las personas que no se hallen en mora y se encuentren en alguna de las siguientes situaciones: a) desempleados o que se queden en situación de desempleo antes del 1 de enero de 2010 y estén cobrando prestación por desempleo contributiva o no contributiva; b) autónomos que hayan cesado en su actividad manteniendo esa situación al menos tres meses o que acrediten ingresos inferiores a tres veces el importe mensual del IPREM; y c) pensionistas de viudedad.

Régimen de devolución mensual del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA). La Ley 4/2008, de 23 de diciembre (BOE de 25 de diciembre de 2008), estableció un nuevo régimen de devolución mensual en el IVA que pueden aplicar casi todos los sujetos pasivos de este impuesto, con independencia de la naturaleza de las operaciones que realicen y del volumen de éstas (antes existía un régimen parecido sólo para las empresas exportadoras las cuales podían inscribirse en el Registro de Exportadores y otros operadores económicos).

El nuevo sistema de devolución mensual del IVA se trata de un régimen voluntario que los sujetos pasivos de dicho impuesto deben solicitar a la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) mediante la presentación de una declaración censal –Mo-

delo 036 de “Declaración Censal de alta, modificación y baja en el Censo de Empresarios, Profesionales y Retenedores” (marcando la casilla 129) o Modelo 039 de “Comunicación de datos relativa al régimen especial del grupo de entidades en el Impuesto sobre el valor Añadido” (casilla 12)–, salvo aquellos sujetos pasivos que ya estaban inscritos en el Registro de Exportadores y otros operadores económicos, para los cuales la normativa prevé su inclusión automática en el nuevo registro de devolución mensual.



➤ *Plazos para solicitar la inscripción en el Registro y efectos de la inscripción.* Los sujetos pasivos del IVA interesados deben presentar su solicitud de inscripción en el Registro de devolución mensual durante el mes de noviembre del año anterior a aquél en que deban surtir efectos. Para el año 2009 se estableció un plazo excepcional que comprendía desde el 1 al 30 de enero de 2009. La inscripción en el Registro se realiza desde el día 1 de enero del año en el que deba surtir efectos.

No obstante lo anterior, para aquellos sujetos pasivos del IVA que no hayan solicitado la inscripción en el citado Registro en el plazo citado anteriormente, así como los empresarios o profesionales que no hayan iniciado la realización de entregas de bienes o prestaciones de servicios correspondientes a actividades empresariales o profesionales, pero hayan adquirido bienes o servicios con la intención, confirmada por elementos objetivos, de destinarlos al desarrollo de tales acti-

vidades, pueden igualmente solicitar su inscripción en el registro durante el plazo de presentación de las declaraciones-liquidaciones periódicas. En ambos casos, la inscripción en el Registro surte efectos desde el día siguiente a aquél en el que finalice el período de liquidación de dichas declaraciones-liquidaciones.

La presentación de solicitudes de inscripción en el Registro fuera de los plazos establecidos conlleva su desestimación y archivo sin más trámite que el de comunicación al sujeto pasivo.



► *Plazo de resolución.* Si transcurridos tres meses desde la solicitud de inscripción el sujeto pasivo no ha recibido de la AEAT notificación expresa de la resolución del expediente, se entiende que la solicitud de inscripción en el Registro ha sido desestimada (silencio negativo).

► *Nuevo modelo de declaración-liquidación.* La AEAT ha aprobado para todos los sujetos pasivos del IVA el Modelo 303 que sustituye a los anteriores Modelos 300 (trimestral ordinario), 320 (mensual ordinario de grandes empresas), 330 (mensual de exportadores) y 332 (mensual de exportadores grandes empresas).

Aquellos sujetos pasivos del IVA que estén inscritos en el citado Registro de devolución mensual, deben además presentar mensualmente una nueva declaración informativa mediante la presentación de un nuevo mo-

delo, el Modelo 340 de “Declaración informativa de operaciones incluidas en los libros registro”, con el contenido de los libros registro del IVA hasta el último día del período de liquidación a que se refiera.

Los sujetos pasivos que opten por este régimen de devolución mensual del IVA están obligados a presentar sus declaraciones-liquidaciones del IVA mensualmente por vía telemática a través de Internet.

► *Permanencia en el Registro.* Los sujetos pasivos inscritos en el Registro de devolución mensual están obligados a permanecer en él al menos durante el año para el que se solicitó la inscripción o, tratándose de sujetos pasivos que hayan solicitado la inscripción durante el plazo de presentación de las declaraciones-liquidaciones periódicas o de empresarios o profesionales que no hayan iniciado la realización de entregas de bienes o prestaciones de servicios correspondientes a actividades empresariales o profesionales, al menos durante el año en el que solicitan la inscripción y el inmediato siguiente.

► *Baja en el Registro.* Las solicitudes de baja voluntaria en el Registro han de presentarse durante el mes de noviembre del año anterior a aquél en que deban surtir efectos, salvo que se trate de un grupo que aplique el régimen especial del grupo de entidades regulado en el capítulo IX del título IX de la Ley del IVA, en cuyo caso la solicitud de baja voluntaria que debe presentarla la entidad dominante en el mes de diciembre anterior al inicio del año natural en que deba surtir efecto.

Asimismo, están obligados a presentar la solicitud de baja en el Registro los sujetos pasivos que incumplan el requisito de “no realizar actividades que tributen en el régimen simplificado”. Dicha solicitud debe presentarse en el plazo de presentación de la declaración-liquidación correspondiente al mes en el que se produzca el incumplimiento, surtiendo efectos desde el inicio de dicho mes.

Es importante tener en cuenta que no puede solicitarse la inscripción en el Registro en el mismo año natural para el que el sujeto pasivo haya solicitado la baja del mismo. ■

* Mark E. Battersby es un escritor autónomo de Ardmore, Pennsylvania, con más de 25 años de experiencia escribiendo sobre la ley fiscal para profesionales. ** José Ignacio Alemany es socio director del bufete Alemany, Escalante & Escalante y colaborador habitual de MEDICAL ECONOMICS.

EL ÉXITO NO SE IMPROVISA



PORQUE LA ORGANIZACIÓN DE UN CONGRESO ES UN CONJUNTO DE ACTIVIDADES PARA EL QUE SE PRECISAN EXPERTOS EN ÁREAS COMPLEMENTARIAS DE CARA A CONSEGUIR EL ÉXITO GLOBAL.

EL GRUPO DRUG FARMA OFRECE UN PLUS ADICIONAL RESPECTO A LOS ORGANIZADORES CONVENCIONALES DE CONGRESOS, APOYANDO LA ACTIVIDAD DESDE SUS ÁREAS DE DISEÑO, EDICIÓN, DISEÑO WEB Y MULTIMEDIA, Y COMUNICACIÓN, OFRECIENDO UN SERVICIO INTEGRAL Y DIFERENCIADO.

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º. 28041 Madrid. Tel.: 91 792 13 65 - Fax: 91 500 20 75
Contacto: Lourdes Panizo • dfc@spaeditores.com

Un capitán hasta el final

Inesperadamente, el último “regalo” de un paciente me hizo llorar.

Por Iredell W. Iglehart III

La primera vez que vi al capitán Joe Small (no es su verdadero nombre) fue en agosto de 2000, cuando llegó a mi consulta para realizarse un chequeo rutinario. Era un piloto comercial de 57 años, con osteoartritis de cadera, y me había elegido como su médico gracias a una recomendación de su hermana pequeña, cuyos consejos casi nunca seguía. Alto y ancho de espaldas, bronceado y con gafas de aviador, parecía el clásico piloto de compañía aérea. Le tomé simpatía rápidamente, y me sentí atraído por la descripción que hizo de su carrera: pilotar un Boeing 767 de fuselaje ancho para una importante línea aérea después de servir en las Fuerzas Aéreas durante ocho años, incluyendo Vietnam. Era el tipo de piloto que podía transmitir una fe inquebrantable en la seguridad de las líneas aéreas.

El capitán Small parecía apreciar mi atención a los detalles y mi política de atender a los pacientes a tiempo. Pero una mañana, mientras esperaba sentado en la sala de espera con cita para las nueve en punto, echó un vistazo a su reloj y le gritó a mi recepcionista, “Son las cero-nueve-cero-tres. El avión está listo para despegar. ¿Dónde está el piloto?” Años después, cuando se encontraba sufriendo la peor parte de su enfermedad, se refirió a mí como capitán Iglehart y yo empecé a llamarle doctor Small, ya que se

había atrevido a aprender tanto acerca del cáncer y su tratamiento que yo le acusaba de saber más que yo. También me sorprendí a mí mismo empleando el sistema de tiempo militar cuando me dirigía a él.

Aguantó el fuerte dolor con orgullo

Una grave osteoartritis, que finalmente impidió que pudiera manejar los mandos de pie de su querido 767, le obligó a tomar una jubilación anticipada. Estaba planeando un trasplante de cadera, pero mientras tanto colaboraba como voluntario para el Estudio Nacional de Exámenes de Pulmón en la Universidad Johns Hopkins. El 28 de abril de 2003 recibí una escueta carta del investigador que dirigía el estudio comunicándome que Joe Small no era apto para el estudio; el TAC de su línea de base reveló una extensa e irregular masa en su lóbulo izquierdo superior.

Joe, sintiéndose perfectamente bien, se tomó la noticia con su tranquilidad característica mientras él y yo planeábamos qué íbamos a hacer. La biopsia mostraba un carcinoma celular nada pequeño; tenía nódulos linfáticos mediastínicos. Recibió quimioterapia y terapia de radiación sin quejarse. La metástasis cerebral posterior precisó varias craneotomías. Cuando lo llamé por teléfono la noche antes de una de sus operaciones, me dijo, “Voy a estar en observación 1.100 horas, y supongo que estaré en recuperación unas 1.600.”

Sentí lástima del pobre cirujano en caso de que tuviera que alargar el tiempo.

Con el tiempo, los nódulos linfáticos empezaron a provocar dolores y disfgia, y accedió a montar en bicicleta, algo que solía hacer los fines de semana. Diez minutos después de comenzar, empecé a llorar. “Alergias,” pensé. Pero enseguida me di cuenta de que estaba llorando de verdad. Me limpié la cara con mis guantes de ciclismo, esperando que los corredores de *footing* que venían detrás de mí no se dieran cuenta, pero pronto dejó de importarme quién pudiera verme.

Seguía pedaleando e intentaba sere-narme recordando el periplo médico del capitán Joe. Continuaba llorando mientras pensaba en los “y si...” de la vida. Si no hubiera seguido el consejo de su hermana acerca de visitar a un médico internista, nunca lo habría conocido. Si yo no le hubiera admirado tanto, no habría

Vacíé ante su puerta. Dormía tranquilamente, su cara todavía bronceada sobre una almidonada almohada blanca. Su metástasis cervical derecha era del tamaño de un aguacate, pero por suerte seguía siendo subcutánea. No me atreví a molestarle, sólo cogí su mano y dije: “Doctor Joe, soy el capitán Idy.”

Me senté en la butaca reclinable durante unos cinco o diez minutos, tal vez para convencerme a mí mismo de que él estaba en paz y en un buen lugar. Sonó mi teléfono móvil y me sobresalté, instintivamente mirando a Joe, pero su suave respiración no se quebró. Era mi hijo, pidiendo que pasara a recogerle de una fiesta. Apunté un breve cometaario en el dorso de una de mis tarjetas de visita y la dejé apoyada en la mesilla de noche de Joe, sobre sus gafas de sol, para que la viera por la mañana.

Nunca lo hizo. Su hermana me llamó para decirme que había muerto. Comentamos brevemente los últimos días de Joe.

“Sabe,” me dijo, “él y yo estuvimos juntos hasta el final, un amigo suyo me contó que Joe había dicho, ‘mi hermana es una maníática del control’ y el amigo le había respondido ‘¿de verdad... en qué, por ejemplo?’ ‘Pues en que cuando me invita a cenar me dice a qué hora tengo que llegar.’” El amor y la admiración que sentía por su hermano nunca estaban en duda.

Por debajo del controlado malhumor de Joe, yo siempre percibí el amor de hermano.

Pocos días después del funeral, fui al campo a montar en bicicleta, algo que solía hacer los fines de semana. Diez minutos después de comenzar, empecé a llorar. “Alergias,” pensé. Pero enseguida me di cuenta de que estaba llorando de verdad. Me limpié la cara con mis guantes de ciclismo, esperando que los corredores de *footing* que venían detrás de mí no se dieran cuenta, pero pronto dejó de importarme quién pudiera verme.

Seguía pedaleando e intentaba sere-narme recordando el periplo médico del capitán Joe. Continuaba llorando mientras pensaba en los “y si...” de la vida. Si no hubiera seguido el consejo de su hermana acerca de visitar a un médico internista, nunca lo habría conocido. Si yo no le hubiera admirado tanto, no habría

“¿Por qué lloraba ahora? ¿Por qué por este paciente y no por muchos otros? »

viajado dos veranos antes con mi hijo desde Seattle hasta Everett, Washington, para ver a los trabajadores montar el Boeing 767 que había pilotado el capitán Joe/doctor Small. Si no hubiera participado en el estudio Hopkins, habría pasado muchos meses más felizmente ignorando el espantoso diagnóstico.

¿Pero por qué lloraba ahora? ¿Por qué por este paciente y no por muchos otros? Un solitario que no dejaba ni esposa ni hijos. Tal vez era porque se había enfrentado a su diagnóstico prácticamente solo. Había tratado a pacientes mucho más desesperados, y con todo sabía que mi relación profesional con el capitán Small resumía la esencia de por qué había querido trabajar en Atención Primaria y por qué practico la medicina como lo hago.

A medida que mis muslos y pantorrillas comenzaron a cansarse, también lo hicieron mis músculos faciales. Y cerca del final de mi ruta, y mientras el polen caía de los árboles florecientes, empecé a sentir que mis lágrimas cambiaban, o mis alergias estaban sobrepasando a mi pena o bien, mis lágrimas de tristeza se iban convirtiendo en lágrimas de gratitud por el regalo de años de cuidar a tantos pacientes en base a la confianza.

Al final, el último regalo que me dio el doctor Small fueron estas lágrimas terapéuticas. ■



FORO CIENTÍFICO SEXOLOGÍA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009

PROGRAMA AVANZADO

Viernes tarde, 12 de junio de 2009

17.30 Conferencia inaugural:
"El rompecabezas de la sexualidad"

José Antonio Marina

*Catedrático de Filosofía, ensayista y escritor.
Premio Nacional de Ensayo.*

**18.30-21.00 MESA CIENTÍFICA: SEXUALIDAD
EN LA MEDIANA EDAD**

Moderador: Antonio Casaubón Alcaraz

*Psicólogo, sexólogo (Motril, Granada). Tesorero
Junta Directiva de la Federación Latinoamericana
de Sexología (FLASSES) y Presidente de AEES.*

**Sexualidad en la mediana edad desde
la perspectiva de género**

María Lameiras Fernández

*Profesora Titular. Universidad de Vigo. Facultad
de Ciencias de la Educación.*

Sexualidad masculina: a propósito de la
andropenia

José Luis Arrondo Arrondo

*Médico Andrólogo. Unidad de Andrología del
Servicio de Urología. Hospital de Navarra.*

Sexualidad femenina: menopausia

Francisco Donat Colomer

*Ginecólogo. Centro de Salud Sexual y Reproductiva
del Centro de Salud Fuente San Luis, Valencia.
Catedrático Escuela Universitaria de Enfermería.
Universidad de Valencia.*

**Sexualidad en las parejas de mediana
edad**

José Cáceres Carrasco

*Psicólogo Clínico. Centro de Orientación Familiar
de Pamplona. Servicio Navarro de Salud. Profesor
de la Universidad de Deusto (Bilbao).*

La disfunción eréctil: disfunción en el hombre
de mediana edad. Un tratamiento integrado

Ramón González Corrales

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Experto en Sexología. Centro de Salud
Ciudad-Real II.*

El deseo sexual inhibido: la disfunción más
frecuente en la mujer

Marta Arasanz Roche

*Psicóloga Clínica y Sexóloga. Profesora de
Sexualidad Humana. Escuela Universitaria de
Enfermería Sant Joan de Deu (Barcelona).*

Debate

Sábado mañana, 13 de junio de 2009

**9.30-11.30 MESA CIENTÍFICA:
LA TRANSEXUALIDAD: UN ABORDAJE
MULTIDISCIPLINAR**

Moderadora: Mercedes Pons Esteve

*Médica. Jefa del Servicio del Plan del SIDA
de la Comunidad Valenciana.*

**La evaluación diagnóstica y el abordaje
psicológico de la transexualidad**

Felipe Hurtado Murillo

*Psicólogo Clínico y Sexólogo. Centro de Salud
Fuente San Luis. Agencia Valenciana de Salud.
Unidad Multidisciplinar de Atención Integral
a las Personas Transexuales.*

**Terapia hormonal en los trastornos
de la identidad sexual**

Marcelino Gómez Balaguer

*Endocrinólogo. Hospital Doctor Peset de Valencia.
Unidad Multidisciplinar de Atención Integral a las
Personas Transexuales.*

Cirugía de reasignación sexual

Iván Mañero Vázquez

*Cirujano plástico, estético y reparador. Clínica
Mediterránea (Barcelona).*

Aspectos legales de la transexualidad

Carlos Díez Lirio

*Fiscal. Fiscalía Provincial. Ciudad de la Justicia
(Valencia).*

Debate

11.30 Café

**12.00-14.00 MESA CIENTÍFICA: LOS DELITOS SEXUALES:
UN ABORDAJE INTEGRAL**

Moderadora: Adriana Rey Anastasi

*Psicóloga Clínica Forense. Unidad de Psicología
Forense del Instituto de Medicina Legal. Consejería
de Justicia y Administraciones Públicas de la
Comunidad Valenciana.*

**Programas terapéuticos dentro
de la institución penitenciaria.**

Fernando Esparza Morera

*Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Equipo
Terapéutico de la Prisión de Picassent (Valencia).*



Sábado mañana, 13 de junio de 2009

Terapias biológicas para agresores sexuales

José Díaz Morfa

Psiquiatra-Psicoterapeuta. Presidente de la Asociación Española de Sexología Clínica. Académico permanente y Coordinador de la AISM. Consultor de la World Psychiatric Association (Madrid).

Aspectos forenses de la violencia sexual.

Purificación Beltrán Aleu

Forense. Instituto de Medicina Legal. Ciudad de la Justicia (Valencia).

Aspectos legales en el ámbito de la violencia sexual y de género.

Susana Gisbert Grifo

Fiscal Especialista en Violencia de Género. Ciudad de la Justicia (Valencia).

Debate

14.00 Comida de trabajo

16.30-18.30 MESA DE COMUNICACIONES LIBRES

Moderadora: Olatz Gómez Llorens

Psicóloga Clínica. Sexóloga práctica privada. Profesora Asociada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

18.30-20.00 TALLER PRÁCTICO DE INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Moderador: Carlos San Martín Blanco

Médico. Sexólogo. Coordinador del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud (CIPSA) de Santander. Presidente de la Asociación Española para la Promoción Integral de la Salud Sexual (APISS).

Actores de la empresa Inter Actuar 2001 de Barcelona. Teatro de empresa interactivo sobre la violencia de género.

20.00 Acto de clausura

COMITÉ ORGANIZADOR

Felipe Hurtado Murillo
Presidente

Ramón González Corrales
María Lameiras Fernández
Froilán Sánchez Sánchez
Elena Villalva Quintana

COMITÉ CIENTÍFICO

Carlos San Martín Blanco
Presidente

Francisco Cabello Santamaría
Antonio Casaubón Alcaraz
José Díaz Morfa
Olatz Gómez Llorens

Con la colaboración de:



AEES



FLASSES



AESC



APISS

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1° • 28041 Madrid
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75

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 grupo de 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.

Los jueves
de
Medical Economics

Ley de Biomedicina: ciencia, ética y práctica clínica



La Ley de Investigación Biomédica, aprobada en julio de 2007, vino a llenar un gran vacío y a enfilar un futuro muy prometedor. Pero también, como era de esperar, trajo la polémica y algunos interrogantes todavía no despejados. Para debatir y analizar dicha ley, su alcance y grado de cumplimiento, MEDICAL ECONOMICS reunió el pasado jueves, 19 de febrero a tres reputados expertos: José Jerónimo Navas Palacios, director del Instituto de Salud Carlos III; Marcelo Palacios Alonso, presidente de la Sociedad Internacional de Bioética y miembro del Comité de Bioética de España; y Enrique Roche Collado, investigador del Instituto de Bioingeniería de la Universidad Miguel Hernández, de Elche. Bajo la dirección de Guillermo Sierra, el acto estuvo moderado por Gonzalo San Segundo, director asociado de la revista.

Suplemento coordinado por G.S.S.

Con la colaboración de





ENRIQUE ROCHE COLLADO

Investigador del Instituto de Bioingeniería, Unidad de Bioquímica y Terapia Celular, de la Universidad Miguel Hernández, Elche.

“El asesoramiento científico por parte del Instituto de Salud Carlos III no existe”

La percepción del autor es que la Ley de Investigación Biomédica, que en términos generales ve muy positiva, tiene que mejorar en muchos aspectos, como en la financiación, asesoramiento del Instituto de Salud Carlos III y evaluación de proyectos.

Ya era hora de que hubiera una ley que legislara la investigación biomédica en España. Hay un montón de conceptos, como genómica, bioinformática, embriones, terapia celular, medicina regenerativa, que la sociedad, inquieta, está demandando, y los científicos tenemos que dar respuesta a todas estas inquietudes de la mano de los legisladores y de la Administración. Por lo tanto, la Ley se enmarca dentro de este respeto a los derechos humanos e impulsa la investigación y establece una serie de garantías y de mecanismos de control. Es una ley que, sobre el papel, me gusta. Aunque la ley lo tiene muy claramente especificado, hay algunos aspectos, como el del asesoramiento, que, desde mi punto de vista, no se están cumpliendo. Daré algún ejemplo de carácter personal para que entiendan lo que quiero decir.

El título VIII de la Ley de Investigación Biomédica, que se encarga de la promoción y coordinación de la investigación, es el gran olvidado de la ley, pero no por ello es el menos importante. Básicamente, la ley lo que nos establece son unas reglas de juego a la hora de hacer la investigación. En este sentido, en el caso de las células madre de origen embrionario humanas se han establecido una serie de preceptos que los investigadores tenemos que seguir al pie de la letra en el momento que establezcamos una línea de investigación. Por ejemplo, para trabajar con embriones de menos de catorce días se nos requiere un consentimiento de los progenitores, que no haya habido una implantación, que la investigación esté controlada, que los experimentos sean relevantes. Y no se nos permite trabajar con embriones congelados de más de cinco años, que son, obviamente, embriones que van a ser rechazados en los protocolos de fertilización asistida, por lo que, desde el punto de vista biológico, son

embriones ideales para investigar, puesto que no van a ser viables o la garantía de que lo sean es muy baja.

Hay una serie de cuestiones éticas que, obviamente, la ley no las va a resolver, y creo que tardará mucho en resolverse. El debate social es el que irá poniendo las definiciones y los marcos donde nos tenemos que mover los científicos. Básicamente, a nivel de la calle, nuestra referencia es la religión, la ética religiosa. Y aquí surge un debate: ¿cuál es la definición de ser humano? El cigoto, ¿sería un ser humano? Según la religión católica, sí. En el momento mismo de la fecundación, cuando se fusionan el óvulo y el espermatozoide, se supone que Dios dota de un alma a este cigoto y en ese momento es un ser humano. Sin embargo, la religión judía, muy emparentada con la religión católica, establece esa definición para el embrión de 40 días.

Cuestiones éticas

¿Qué ocurre a los 40 días a nivel científico? Pues nada que no haya ocurrido a los 39 o a los 41 días. De hecho el concepto de 40, un número mágico en la religión judía, ha prevalecido hasta nuestros días a nivel sanitario, y el concepto de cuarentena viene justamente de este número, de 40. Sin embargo, la técnica de transferencia nuclear puede revolucionar un poco estas definiciones. Es decir, un óvulo con un nuevo núcleo en condiciones adecuadas sería capaz, en teoría, de dar lugar a un ser humano idénticamente, genéticamente hablando, a mí, es decir, un clon de mí mismo. En este sentido, ¿dónde está el ser humano? En el núcleo de cada una de nuestras células del organismo.

¿Y qué pasa con los gemelos univitelinos? Eso sería un cigoto que en un momento determinado se divide en dos y cada uno de estos cigotos divididos da lugar a un ser humano. ¿Qué pasa con el alma que, según la reli-

gión católica, ha sido implantada en ese zigoto? ¿El alma se divide en dos en ese caso? O con los progenitores inducidos, que es un concepto que se ha generado recientemente en el cual podemos científicamente reprogramar células adultas hacia células embrionarias. ¿Cuál es el marco ético de estas nuevas células? ¿Es el marco que aplicamos a las embrionarias o el marco que aplicamos a las adultas? Son cuestiones que dejo en el aire.

Dicho lo anterior, voy a referirme ahora a mi percepción personal del día a día, cuando abro la puerta del laboratorio y tengo que enfrentarme a los problemas que me llegan a nivel de investigación para que vean que la ley tiene que mejorar en muchos aspectos.

La ley no establece ningún tipo de mecanismo por el que yo pueda decir, en honor a la verdad y a la calidad científica: ¿existe algún laboratorio neutral que pueda reproducir los experimentos publicados por mi grupo y decir cuál es el verdadero o cuál es el falso, como hay en Dinamarca, en Alemania o en Francia? ¿Cuál es el mecanismo que yo tengo para hacer valer la verdad científica?

Otro ejemplo respecto al asesoramiento. Estoy interesado en la investigación con células madre para obtener células productoras de insulina en la terapia celular contra la diabetes, y llevo desde el año 2004 intentando pedir proyectos al Plan Nacional que han sido negados sistemáticamente. Y uno de los motivos que adujeron para la negativa era que los protocolos de obtención de mis proyectos de células pancreáticas son poco originales y, si bien proponen variables de estudio razonables, no se puede proponer ningún tratamiento que pudiera hacer pensar que el crecimiento en células maduras va a ser elevado. Esto sucede en 2005. Al año siguiente, aparece una publicación de un grupo de San Diego, que edita un protocolo con cinco etapas de las cuales tres yo ya había reproducido, por lo que, supongo, no iba tan desencaminado.

En 2007, después de que se hubiera publicado el artículo, recibí esta evaluación: "Los abordajes metodológicos y experimentales propuestos son similares a los desarrollos previamente por otros grupos internacionales altamente competitivos y no aportan mejoras significativas y lo que hace es disminuir sus probabilidades de éxito...". Es decir, en 2005 eran poco originales, en 2007 son altamente competitivos. Si hubiera una coherencia en la evaluación, me imagino que se ten-

drían que mantener argumentos similares y aquí lo que veo es una descoordinación total.

En general, lo que veo en los informes de evaluación de proyectos es que son cortos, tienen 20 líneas, los proyectos internacionales suelen dar dos páginas de evaluación. Yo he recibido hasta proyectos mal escritos, con faltas de ortografía. Y son bastante mediocres en algunos planteamientos científicos, es decir, no profundizan o no llegan a un debate científico serio. Por lo tanto, este asesoramiento al que yo me refiero por parte del Instituto de Salud Carlos III, para mí no existe.

Me gustaría que hubiera un asesoramiento real y si un grupo de investigación se esfuerza en cumplir unos requisitos para aumentar la calidad de su investigación, que eso se mantuviera en evaluaciones posteriores. La ley no dice nada al respecto.

Financiación

Otro tema importante sería el del gasto. Hay grupos muy bien financiados que se evalúan muy bien, tienen muy buenas publicaciones y demás, pero habría que plantearse el factor impacto, es decir, la calidad de la investigación por el dinero gastado, cuando hay otros grupos que están recibiendo diez veces menos dinero y están publicando un poquito peor. En este aspecto tenemos que introducir nuevos parámetros de valoración. Otro asunto es la falta de coordinación. En el año 2005 propusimos un ensayo de embriotoxicidad en nuestro proyecto del Plan Nacional y nos fue denegado. En 2008, al doctor Miguel Ángel Sogorb le dieron este proyecto con este mismo ensayo. Si no era bueno en 2005, ¿por qué es bueno en el 2008? ¿Por qué ha cambiado de nombre, de investigador?

Algunos de ustedes me dirán que quizá mi problema es que no sé investigar. Pues me hice un reto a mí mismo y me dije: voy a meterme –hace tres años– en un tema totalmente nuevo, voy a partir de cero y voy a ponerme a investigar un tema de nutrición deportiva. Si miran en Medline no tengo nada publicado y voy a asociarme con un grupo que por lo menos me dé dinero para poder investigar en donde lo que cuenta verdaderamente sea la calidad científica y las ideas generadas. Nos han comunicado recientemente que hemos tenido el Premio Nacional de Investigación en Medicina Deportiva, situación que no entiendo nada en este momento. ■



De izda. a dcha., Manuel García Abad, José J. Navas y Guillermo Sierra durante la presentación de la jornada.



El público siguió con atención las ponencias y el debate.



Mariano Avilés, presidente de Asedef, durante el coloquio.



De izda. a dcha., Marcelo Palacios, Gonzalo San Segundo, Enrique Roche y José J. Navas.



Ricardo de Lorenzo mostró gran interés por aspectos controvertidos de la ley.



Eduardo Fernández Cruz, del Comité de Bioética del H. Gregorio Marañón (Madrid).



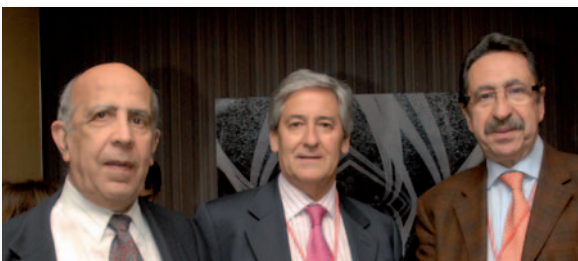
José J. Navas (izda.) con Guillermo Sierra, director de Los Jueves de Medical Economics.



De izda. a dcha., Gonzalo San Segundo, Manuel García Abad y Enrique González.



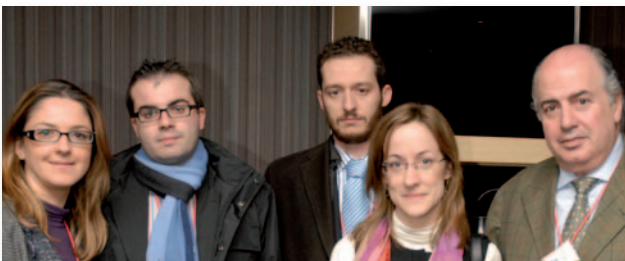
De izda. a dcha., Marta Sánchez Celaya, de Semfyc; Concepción Sebastián y Dolores López-Lobo, del EAP Rafael Alberti (Madrid).



De izda. a dcha., el general médico Arturo Ortíz, Manuel García Abad y Guillermo Sierra.



De izda. a dcha., Julián Ruiz Ferrán, de Medical Finders; Remedios Ferreres y Noelia de Miguel, de Jausás Abogados; Gonzalo San Segundo; y Ricardo de Lorenzo.



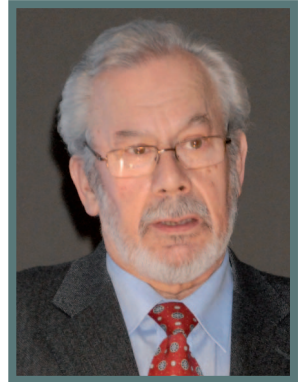
Ricardo de Lorenzo (dcha.), con varios miembros del bufete De Lorenzo Abogados.



De izda. a dcha., José J. Navas, Enrique Roche, Javier Arias, del Instituto de Salud Carlos III; y Guillermo Sierra.

“Es injusto que se pongan condiciones a los bancos de cordón umbilical privados”

El autor señala las contradicciones y ausencias que tiene la Ley de Investigación Biomédica. En este sentido afirma, apoyándose en la Constitución, que “el ciudadano debe ser libre y debe respetarse la libertad de empresa” para realizar donaciones y crear biobancos.



MARCELO PALACIOS ALONSO

Presidente de la Sociedad Internacional de Bioética y miembro de la Comisión Española de Bioética.

Esta ley tiene dos contenidos absolutamente identificativos. Es una ley de investigación y es una ley de donación. Esto que parece una simpleza no lo es tanto en función de determinados contenidos, como son los que se refieren a los biobancos, en los cuales hay una siembra de confusión en aquellos que, siendo de iniciativa privada, no tienen necesidad de recurrir a la donación, sino de organizarse como bancos de depósito. Una cuestión es la donación y otra cosa es el depósito.

Contradicciones de la ley

He de señalar algunas imprecisiones y contradicciones que me parecen importantes. Me ha preocupado bastante el que se diga que el embrión es aquella parte del desarrollo embriológico que va desde que el ovocito fertilizado está en el útero de la mujer hasta 56 días después, descontando el tiempo que ha podido estar criopreservado. La Ley de 2006 de Reproducción Asistida lo expresa muy correctamente, pero ya me preocupa bastante cuando, al respecto del feto, y seguramente por mimetismo, se dice lo mismo: “Feto es aquella parte del desarrollo embriológico que va desde el día 56 hasta que se produce el parto, descontando el tiempo en que el desarrollo se haya podido detener”. Claro, si se detuvo el desarrollo ya no hay feto.

Se repite en distintas ocasiones en la ley que no se permite la creación de embriones con fines de investigación. Es decir, se está pensando en la obtención fundamentalmente de células madre, pero sí se autoriza la activación del ovocito por transferencia de núcleos. Los ovocitos no se activan por la transferencia del núcleo, el núcleo se queda quieto. Por lo tanto, habría que corregirlo también.

Algunas cosas son muy contradictorias, porque, cuando se dice que el consentimiento de los incapaces sólo se hará en be-

neficio de su salud, no se puede decir luego que para esas mismas personas esas investigaciones también pueden servir para beneficiar a otros. Una de las dos. Yo estoy de acuerdo con la última. Se dice en la ley que no hay discriminación. Sí hay alguna. Me parece no justo ni ajustado a la realidad objetiva, al derecho y a los documentos en que nos inspiramos que se pongan condiciones a los bancos de cordón umbilical privados. Me parece que no es correcto, que no lo dice ni la directiva de la UE. Apelar a la solidaridad de los ciudadanos es algo muy espúreo, es decir, el ciudadano no está obligado a ser solidario, debiera ser solidario. Lo que debe ser el ciudadano es libre y respetarse la libertad de empresa.

Cuando se habla de infracciones, la ley dice que es una infracción muy grave modificar el genoma de la descendencia. Vamos para atrás con esto, porque ya se han hecho intervenciones sobre la línea germinal y sobre los preembriones que han permitido tratar, incluso en útero, cierto tipo de problemas. Y porque va en contra de la Ley 14/06 sobre Técnicas de Reproducción Asistida Humana, que dice que cualquier intervención con fines terapéuticos sobre preembrión vivo *in vitro* sólo podrá tener como finalidad tratar una enfermedad, y la terapia que se realice habrá de cumplir ciertos requisitos, entre ellos que no se modifiquen los caracteres hereditarios no patológicos. Claro que se puede modificar un genoma patológico. ¿Para qué estamos si no?

La Ley de Autonomía del Paciente dice en el artículo 4 que todo español puede rehusar un tratamiento sin más, sin pedir permiso a nadie. Por encima de los gobiernos y de los estados, los ciudadanos, las personas, somos la institución natural fundamental y por encima de todas las cosas somos nuestra dignidad. No hay “un morir de diseño”. ■



JOSÉ JERÓNIMO NAVAS

PALACIOS

Director del Instituto de Salud Carlos III.

“La ley se pensó para dar garantías a la sociedad sobre la investigación con sujetos humanos”

Dos decretos esperan la aprobación del Consejo de Ministros: la regulación de la circulación de muestras biológicas y la excedencia del personal investigador para que pueda participar en la creación de empresas tecnológicas conservando todos sus derechos.

¿Cuáles son las dimensiones básicas del problema de la investigación biomédica? Hay una dimensión científica: los científicos tienen un vector, que es descubrir, generar conocimiento, conocer la naturaleza y a ser posible con muchos recursos y pocos límites. Hay una dimensión ética: su vector fundamental es que en cuanto la investigación esté en relación con un sujeto humano, con un animal, con la naturaleza en general, hay unos principios generales que no es que pongan unos límites, pero realmente sí que establecen unas directrices de lo que es aceptable o no aceptable por unos principios éticos generales que, a su vez, están condicionados por la historia, por la cultura, por una serie de valores. En otro extremo está el de la práctica, el de los profesionales, aquellos que los instrumentos los van a utilizar con un paciente concreto, con poblaciones: el vector de los profesionales es la eficacia, rapidez, seguridad de los procedimientos, eficiencia, buena utilización de los recursos.

Se están produciendo avances en el conocimiento, hay una capacidad potencial o real de desarrollar estos instrumentos, y los vamos a utilizar con sujetos humanos, poblaciones. Y la sociedad considera qué es correcto o qué no es correcto y el poder legislativo al final publica leyes, decretos para regular estas actividades. En distintas épocas la ponderación de la influencia de estas dimensiones ha sido diferente. Ahora, en el año 2009, los principios éticos tienen un peso muy importante. Los principios éticos están en los textos y están muy consolidados, y en cualquier decisión sobre cualquier intervención siempre hay que respetar estos grandes principios: el de autonomía del paciente, el principio de no-violencia, el de justicia distributiva...

Aquí hay un aspecto muy importante, que es quiénes están interesados en que haya fundamentalmente una Ley de Investigación

Biomédica y a qué debe estar dirigida. Desde el primer momento, la ley se pensó para facilitar la investigación biomédica, para facilitar el avance, tanto en hospitales como en organismos públicos de investigación y en la industria, cómo se incentiva y dar todo tipo de garantías a la sociedad sobre la investigación con sujetos humanos y la utilización de muestras biológicas.

Necesidades

Los principios rectores de la ley eran, básicamente, el consentimiento y el derecho a la información. El principio de autonomía del paciente es un principio rector que está presente en toda la ley con la protección de los datos personales, la no discriminación, la gratuidad de toda utilización y todo el tránsito, y todo el flujo de muestras para la investigación y promover la investigación de calidad. Esta ley da instrumentos para que todos los agentes del sistema de ciencia y tecnología puedan tener acceso a muestras biológicas e investigar con todas las garantías.

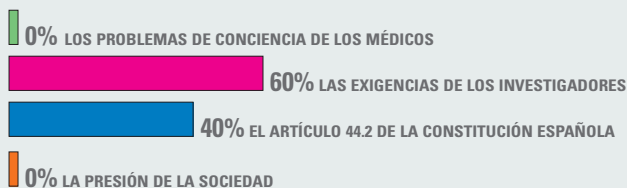
Los instrumentos nuevos que hay que desarrollar son: los comités éticos de investigación, la comisión de garantías de donación y utilización de tejidos, la acreditación de centros, la constitución del Comité de Bioética de España (ya nombrado) y la certificación de los institutos de investigación. Y estamos desarrollando toda una serie de subproyectos que hagan operativa la ley. Por ejemplo, hay dos decretos que están en la lista de espera del Consejo de Ministros: el de la regulación de la circulación de muestras biológicas, y otro cuya finalidad es permitir la excedencia del personal investigador funcionario. Y en un estado muy avanzado está todo el tema de biobancos y, en marcha, los grupos de trabajo en cuanto a la normativa de los comités éticos de investigación y la comisión de garantías. ■

Sesión interactiva

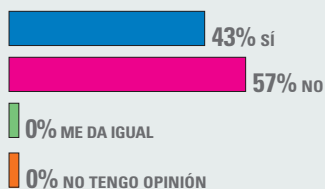
El “¡Que inventen ellos!”, que dijo Unamuno, sigue vigente

La ciencia española es pródiga y reconocida en trabajos publicados, pero, en la práctica, su efectividad resulta bastante embarrancada. De hecho, la famosa frase de Miguel de Unamuno: “¡Que inventen ellos!” sigue vigente en este país, según la encuesta interactiva de la jornada.

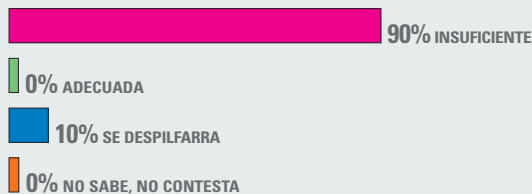
1.- La Ley de Investigación Biomédica viene a dar repuesta a:



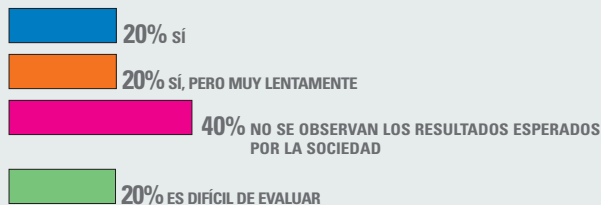
2.- ¿Está de acuerdo en que las competencias de investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud las asuma el Ministerio de Ciencia e Innovación?



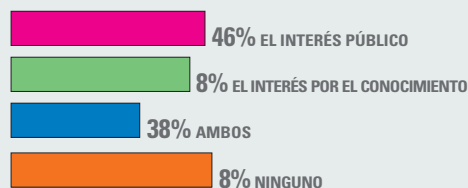
3.- ¿Cómo considera que es la inversión económica que se hace en ciencia en España?



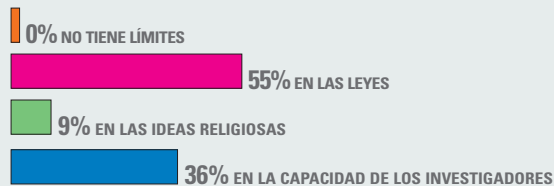
4.- ¿Tiene la percepción de que lo invertido en ciencia en España repercute positivamente en la sociedad?



5.- ¿Qué interés deben prevalecer en las políticas científicas?



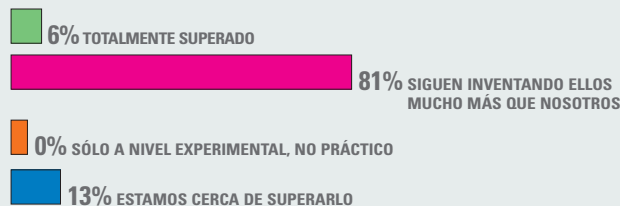
6.- ¿Dónde están los límites de la investigación biomédica?



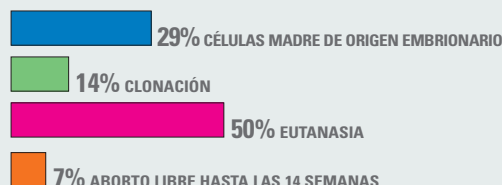
7.- ¿Cómo valora la difusión de los avances biomédicos entre la población española?



8.- ¿El “que inventen ellos” de Unamuno está superado?



9.- ¿Señale el dilema bioético más importante hoy en España?



Inversiones

2008, 'annus horribilis'



Natalia Aguirre Vergara*

El pasado año 2008 fue el peor ejercicio bursátil desde el *crack* del 29. La crisis de crédito que estalló en verano de 2007, fruto de una burbuja de dinero fácil (bajos tipos de interés) durante un período de tiempo excesivamente prolongado, se ha dejado sentir con toda su crudeza en las bolsas internacionales, con caídas que rondan el 40 por ciento en los principales mercados desarrollados. Los retrocesos han sido asimismo apreciables en las materias primas, incluido el precio del crudo, que se ha desplomado cerca de un 60 por ciento en el año, en un entorno de claro deterioro del ciclo económico.

Hemos visto así un año caracterizado por una volatilidad extrema (sirva de ejemplo que, de las 12.000 sesiones que ha abierto la bolsa española en los últimos 50 años, 9 de las correspondientes a 2008 figuran entre las 20 de mayor variación diaria de las cotizaciones, superior al 6 por ciento), y en el que se ha apreciado una "huida hacia la calidad" de la deuda pública, con fuertes caídas en las rentabilidades de la misma (que se mueven en dirección contraria a su precio), hasta niveles del 2,2 por ciento en el bono americano (desde el 4 por ciento) y del 2,95 por ciento en el caso del bono alemán (desde el 4,3 por ciento).

Ni los mercados, ni sus participantes, ni siquiera las autoridades políticas y monetarias estaban preparados para lo sucedido durante el año 2008, que se ha ganado un hueco en la historia junto con otros "años negros" como 1929 ó 1987. Las pérdidas de capitalización de las principales bolsas mundiales desde octubre de 2007, superiores a 30 billones de dólares, suponen un importe superior al PIB de Estados Unidos y Europa juntos. Sólo en España la pérdida de valoración de las empresas cotizadas alcanza los 338.000 millones de

dólares, equivalente al 32 por ciento del PIB nacional.

La diversificación geográfica de la cartera de renta variable no ha logrado reducir el riesgo. Así, las caídas entre el S&P, Ibex, Footsie, Dax, Cac, Eurostoxx o Nikkei oscilan entre el 33 y el 46 por ciento. Los índices de las principales bolsas mundiales, sin excepción, han sufrido pérdidas de cuantía similar. La diversificación sectorial tampoco ha salido bien parada. Es el primer año en la historia que todos los sectores del S&P, sin excepción, sufren pérdidas superiores al 20 por ciento. El principio de diversificación de carteras de renta variable entre distintos sectores y países ha sido poco útil en 2008.

En el caso del Ibex 35, 2008 ha sido el peor ejercicio de su historia, con una caída del 39 por ciento, que le ha situado al cierre del año en 9.195,8 puntos. Tan sólo un valor se ha salvado de los números rojos, Unión Fenosa, gracias al soporte que le ha supuesto el precio de referencia de la OPA lanzada por Gas Natural, que previsiblemente se liquidará en torno al mes de abril de 2009. En el lado negativo, los peor parados se localizan entre las constructoras (Sacyr Vallehermoso -74 por ciento, Acciona y Ferrovial -59 por ciento).

Ahora bien, si inusual ha sido la caída de las bolsas, liderada por el sector financiero a nivel mundial, también heterodoxa ha sido la respuesta de las autoridades monetarias y de los gobiernos, que han sabido actuar de forma drástica anunciando planes de apoyo al sector financiero, drásticos recortes de tipos de interés y políticas fiscales expansivas que, esperamos, sirvan de estímulo a la deteriorada actividad económica y nos permitan vivir un año 2009 de menos a más en el plano macroeconómico y empresarial que tenga su lectura adelantada en las bolsas mundiales. ■

» Ni los mercados, ni sus participantes, ni siquiera las autoridades políticas y monetarias estaban preparados para lo sucedido durante 2008, que se ha ganado un hueco en la historia junto con otros "años negros" como 1929 ó 1987.

» Las pérdidas de capitalización de las principales bolsas mundiales desde octubre de 2007, superiores a 30 billones de dólares, suponen un importe superior al PIB de Estados Unidos y Europa juntos.

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

Valores del mes

Diversificación geográfica

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

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Grifols puede resultar una atractiva inversión en una empresa líder en un sector defensivo, con gran visibilidad de ingresos, muy consolidado y no dependiente del ciclo económico. Además, creemos que Grifols se beneficia de mayores crecimientos que la media de su sector, beneficiada por su elevada diversificación geográfica, su capacidad de autoabastecimiento, una saludable posición financiera, la gran visibilidad de su plan de inversiones y posibles adquisiciones.

Aunque es previsible que los próximos dos años continúen siendo complicados para el sector textil y que crezca por debajo

de su potencial, el modelo de negocio de Inditex, basado en la fuerte expansión geográfica, precios asequibles, economías de escala y gran eficiencia logística, permitirá a la compañía sortear la crisis mejor que la competencia y captar cuota de mercado adicional. La compañía insiste en que disfruta de grandes posibilidades de realizar nuevas aperturas en el extranjero, y más en concreto en Europa del Este y Asia. Seguirán apostando por abrir establecimientos tanto en locales independientes como en centros comerciales y buscarán mercados fragmentados en países en donde tengan una cuota de mercado baja.

Los elegidos

Grifols. Ha obtenido unos buenos resultados en los primeros nueve meses de 2008, con elevados crecimientos, que superan los de trimestres anteriores, y mejoras de eficiencia. La facturación creció un 14 por ciento, apoyada por aumentos tanto en volumen como en precio, donde todas las divisiones han contribuido al crecimiento. Sin el efecto del tipo de cambio, el crecimiento de las ventas habría sido del 22 por ciento, aunque hay que destacar su cobertura natural ante el riesgo divisa, que le permite compensar los efectos de las ventas con los aprovisionamientos en dólares. Además, los resultados confirman la positiva evolución de un negocio defensivo, cuya demanda mantiene una tendencia alcista, mientras continúa la concentración del sector, lo que favorece el mantenimiento de los precios.

Inditex. Es previsible que las compañías que mejor se comportarán en los próximos meses serán aquellas que tengan una

gran capacidad de generar caja, cuenten con una visibilidad de dividendos elevada y dispongan de sólidos balances. En el caso de Inditex, cabe destacar su gran capacidad de generación de caja, que le permite financiar su estrategia de expansión y ofrecer rentabilidades por dividendo atractivas. Además, su posición neta de caja, que prevemos supere los 1.100 millones de euros a finales de año, refleja la solidez financiera de la compañía. ■

Concepto	Grifols	Inditex
Ticker	GRF	ITX
PER 2009	23,6	14,5
Rentab. dividendo (%)	1,4	3,8
Precio actual	12,51	29,93
Precio objetivo	19,5	38,8

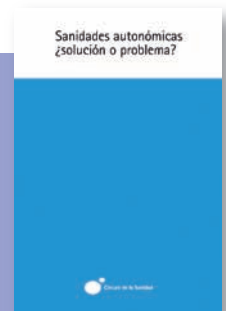
Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 27/02/2009

Cultura

LIBROS

Una reflexión sobre la Sanidad española

Sanidades autonómicas ¿solución o problema?, es la última aportación documental al ámbito sanitario que surge con la intención de revisar con objetividad cómo está funcionando el Sistema Nacional de Salud (SNS) y valorar el efecto de la descentralización sobre la salud y los servicios sanitarios en las comunidades autónomas. En sus casi 300 páginas de extensión, el libro del Círculo de la Sanidad, editado por Spanish Publishers Associates, revisa los pilares de la coordinación del SNS con los servicios regionales de salud y actualiza datos sobre la satisfacción de los usuarios. En el informe se constatan diferencias entre comunidades autónomas en materia de gasto público sanitario y calidad asistencial. La obra cuenta, además, con el extraordinario valor añadido de incluir la colaboración de María Jesús Montero Cuadrado, consejera de Salud de la Junta de Andalucía, y de Francisco Javier Álvarez Guisasaola, consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León, que han realizado sendos comentarios críticos al trabajo de base de Juan del Llano.



Título: *Sanidades autonómicas ¿solución o problema?*
Autor: Juan del Llano
Edita: Círculo de la Sanidad

EXPOSICIONES

El arte de los visionarios catalanes

El Centre de Cultura Contemporània de Barcelona (CCCB) acoge hasta el 17 de mayo la exposición *Iluminaciones. Cataluña visionaria*, una muestra que reúne obras de artistas catalanes visionarios, como Antoni Gaudí, Salvador Dalí y Antoni Tàpies. Concebida como un itinerario por el pensamiento y la creación en Cataluña a desde la edad media hasta nuestros días, la muestra presenta 800 obras de figuras relevantes en el mundo de las artes y las letras, pero también en la ciencia y el pensamiento. La muestra se puede visitar en el CCCB (C/Montalegre, 5. Barcelona).



Las sombras en la historia del arte

La presencia de la sombra en las obras de arte desde el Renacimiento a la actualidad, es el tema central de la exposición "La sombra" que albergan el Museo Thyssen-Bornemisza (Pº del Prado, 8) y la Fundación Caja Madrid (C/ San Martín, 5). Un total de 144 obras de artistas como Van Eyck, Rembrandt, De la Tour, Goya, Picasso, Hopper o Dalí muestran el amplio espectro de representaciones de la sombra desde el Renacimiento hasta el siglo XX con los juegos de proyección de los pintores surrealistas y el protagonismo de la sombra en la fotografía y el cine. La muestra se puede visitar hasta el próximo 17 de mayo.



CINE

Vuelve Julianne Moore con 'A ciegas'

El film, dirigido por Fernando Miralles, es una adaptación de *Ensayo sobre la ceguera* del Premio Nobel portugués José Saramago, protagonizado por Julianne Moore, a quien acompañan Gael García Bernal y Danny Glover, entre otros. La película narra la historia de una ciudad que vive una curiosa epidemia de ceguera, y cómo las primeras víctimas de este accidente son encerradas en un hospital sin recibir explicaciones ni apoyo. Entre ellas está una mujer (Julianne Moore) que conserva su vista en secreto para poder acompañar a su marido ciego. En el encierro se darán todo tipo de atrocidades, mientras que en la calle dominará el caos y el terror.



Internet

Nueva etapa del proyecto 'Ordenadores Adaptados'

Sección patrocinada por



La Fundación Telefónica ha seguido financiando las actividades del proyecto Retadis (Red territorial de ordenadores adaptados para personas con discapacidad) a lo largo de 2008, pero a partir de enero de 2009 y hasta finales de este año será el Ministerio de Industria quien asuma –dentro del Plan Avanza– el coste principal del programa.

En esta nueva etapa se mantendrán los objetivos fijados en el proyecto Retadis I,

Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Euskadi y Galicia; y, por último, se pondrá en marcha un Plan de Formación, con cursos presenciales y *on line*.

Los once nuevos socios de Retadis II son las siguientes instituciones: Asociación de Padres y Madres del Colegio Específico de Educación Especial Aben-Basso; Federación Malagueña de Asociaciones de Personas con Discapacidad Intelectual (AMADPS); Asociación de Parálisis Cerebral (Aspace) de Canarias; Cemfe Fama de Castilla-La Mancha; Federación Provincial de Discapacitados Físicos y Orgánicos de Albacete; Federación de Asociaciones de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de Burgos (Fedisfibur); Asociación Esportiva Jovviu; Asociación Provincial de Parálisis Cerebral de Tarragona (APPC); Federación Vicente Abreu de Vitoria-Gasteiz; Asociación Extremeña de Padres para la Integración, el Bienestar y la Autonomía; y la Asociación para el Síndrome de Down, Down-Coruña.

Por su parte, Fundación Telefónica sigue colaborando a través de empleados voluntarios de Telefónica en el proyecto Deportod@s se mueve, cuyo objetivo es acercar el deporte adaptado para personas con discapacidad. ■



Telefónica, la compañía que preside César Alierta, financia a través de su fundación el proyecto Retadis.

puesto en marcha en 2007, como son el mantenimiento de la página *web* y el Centro de Atención a los Usuarios; y se ampliarán las instalaciones de los 19 centros existentes en España, creándose centros ex novo en Andalucía, Canarias,

Divulgación ecológica

Muchos ingenios para proporcionar energía diversa a partir de renovables. Podrás construir tus propios aparatos para aprovechar la energía solar.

<http://www.terra.org/html/s/sol/ingenio/index.php>



Guía del buen reciclador

Es un manual práctico de cómo debemos tratar los materiales reciclables. La *web* pretende llegar tanto al ámbito interior de las industrias como a escala municipal. Busca orientar sobre cómo debemos hacer para reciclar.

<http://www.desechos.net/>



CIBERCONSEJOS

Supermóvil de Google

Vodafone ha presentado su primer *smartphone* preparado para navegar por internet con la plataforma Android. El HTC Magic es el terminal más avanzado de Google de pantalla táctil que venderá en exclusiva en España a partir de abril a un precio de entre 19 y 299 euros, en función del contrato y los puntos de los clientes de Vodafone. Para comprar el teléfono será obligatorio contratar una tarifa plana de datos de 12 euros.

Un casco que nos da masajes

Puede que no te salven la vida, pero te ayudarán a mejorar su calidad. Son pequeños dispositivos bastante asequibles. Head Spa Massager es el único en el mercado para darte un relajante masaje en la cabeza. Se trata de una especie de casco sobre el que nos podemos apoyar estirados encima de la cama o incluso caminar con él y dejar que sus pequeños motores nos den un ligero masaje en la zona temporal y occipital.

Golf



Federación de Golf de Madrid

40 años de éxitos golfísticos

Algunos de los mejores jugadores de la historia del golf español estuvieron en el homenaje.

La Federación de Golf de Madrid, constituida en 1968, celebró su 40 aniversario con una cena homenaje a los campeones madrileños que han cosechado triunfos internacionales durante estas cuatro décadas, además de entregar los reconocimientos a los madrileños ganadores de la temporada 2008 y las medallas de oro y placas al mérito.

Ignacio Guerras, presidente de la Federación de Golf de Madrid, estuvo acompañado por sus predecesores en el cargo Jaime López-Quesada, Miguel Ángel Ximénez-Embún, Antonio Gallego de Chaves y Pablo Prieto; y también por Gonzaga Escauriaza, presidente de la Real Federación Española de Golf, y Emma Villaceros, presidenta de honor. Al finalizar la cena, Olga Viza, que presentó el acto con gran maestría y cariño, ya que durante muchos años fue testigo y retransmitió las victorias de los profesionales españoles, pidió que la acompañasen en el escenario los grandes protagonistas de estas cuatro décadas, tan decisivas e importantes para el golf madrileño y español.

Manolo Cabrera, Jaime Benito, Pepi-to Gallardo, Valentín Barrios, Antonio

y Germán Garrido recordaron la década entre 1968 y 1978 contando historias de sus comienzos en el mundo del golf, y también tuvieron un recuerdo especial para quienes fueron sus maestros y les precedieron: Ángel y Sebastián Miguel, Carlos Celles, Marcelino Morcillo, Gabriel González... José María Cañizares, Manolo Piñero y Pepín Rivero fueron los encargados de refrescar la memoria de los 300 asistentes a la cena sobre los acontecimientos más importantes de la segunda década de la Federación de Golf de Madrid, de 1979 a 1988, conocida como la "década prodigiosa" por la cantidad de triunfos de los madrileños.

La tercera década, de 1989 a 1998, fue repasada por Santi Luna, Miguel Ángel Martín, Marta Figueras-Dotti y Xonia Wunsch, mientras que Gonzalo Fernández-Castaño y Carlos Balmaseda hablaron del presente y futuro del golf madrileño.

Sobre una mesa se expusieron trofeos de los campeones madrileños, entre los que había tres Ryder Cup, cuatro Copas del Mundo, PGA Británico, Abierto de Madrid, Open de España, Open de Hawai, Open de Australia,



Cañizares, Viza, Piñero y Rivero en un momento del acto.

Open de Portugal, Open de Francia, Open de Italia... e incluso una original daga con piedras preciosas del Trofeo Hassan II de Marruecos. Los hechos más relevantes ocurridos en el mundo durante estos 40 años, así como los triunfos de los campeones madrileños y de sus compañeros, fueron recordados en un vídeo del que también fue protagonista Severiano Ballesteros y que finalizó con unas emotivas palabras de otro gran campeón, José María Olazábal: "Con vosotros he vivido momentos muy especiales de mi carrera, hemos compartido muchas cosas juntos, he aprendido mucho de vosotros y me habéis ayudado a ser mejor persona. ■"

Gonzalo Vicente, campeón en Sancti Petri

Gonzalo Vicente se ha impuesto en el torneo de la Escuela de Clasificación del Circuito PGA Tour de España, que se ha celebrado en los recorridos gaditanos del Golf Novo Sancti Petri (Mar y Pinos) y en el del Golf Meliá Sancti Petri, en Chiclana de la Frontera. El campeón entregó una tercera tarjeta de 73 golpes para finalizar con más 3, con una ventaja de tres sobre Miguel Pujalte, segundo clasificado, y de cuatro golpes sobre Peter Bronson y Gervasio Cuquejo, que han compartido el tercer puesto con +7. Gonzalo Vicente tiene 24 años, nació en Salamanca, pero vive en Islantilla desde que era pequeño, y se hizo profesional a finales del 2007: "Estoy contentísimo, ha sido una vuelta con altos y bajos, pero también con buenos golpes. Cuando me dijeron que ganaba, por el hoyo 12 ó 13, me relajé un poco y perdí concentración".

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

nuevo

SALVA
SKIN

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

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT