



Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 108

27 de marzo de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

PRÁCTICA PRIVADA

Cómo conseguir más pacientes en tiempos de crisis

Pág. 34

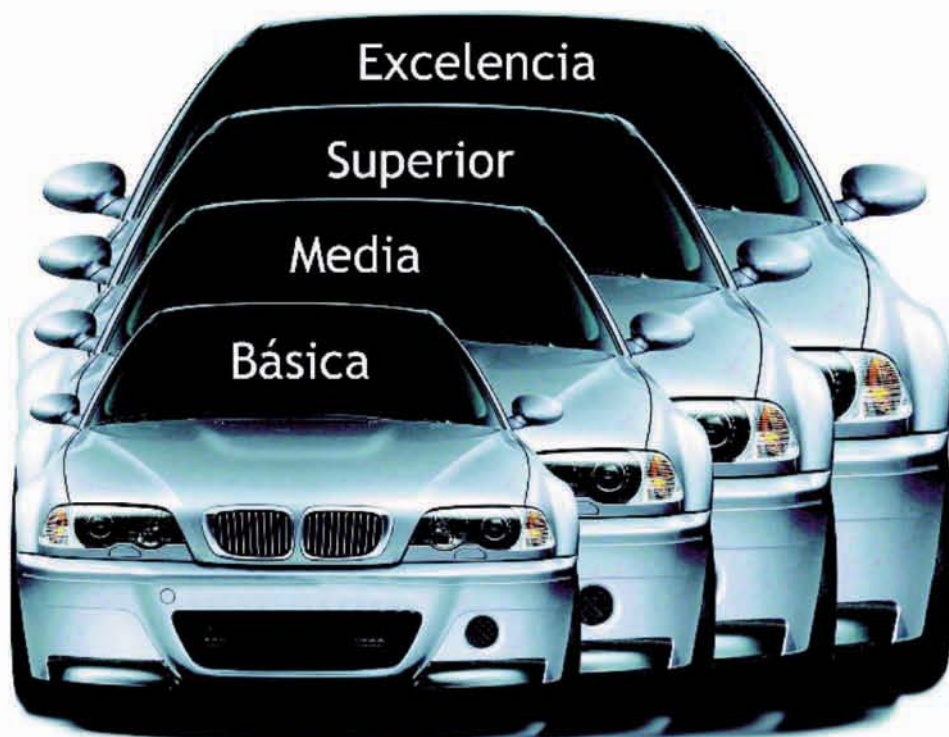
ADEMÁS

JORNADA AUTONÓMICA
Estrategias de I+D
en la Sanidad de
Castilla-La Mancha

Pág. 44



Ahora decide usted...



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

Ahora, además, premiamos su fidelidad

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

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

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

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

(Ver ficha técnica en pág. 26)

HTA

Oleada de **POTENCIA**

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

- 9 Mi punto de vista
- 14 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 18 **Gestión Profesional**
¿Por qué existen las funciones?
- 20 **Gestión de Calidad. Medio Ambiente**
Un derecho especializado (y II)
- 22 **Tecnología**
Rediseñar los procesos hospitalarios
- 24 **Normativa**
- 42 **Economía de la Salud**
- 40 **Renta 2009 (I)**
Plazos y atribución de ingresos

Y ADEMÁS...

- 12 De Cerca
- 6 Lo último publicado
- 10 Atención al paciente
- 53 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Qué imagen cree que tiene el médico de AP?

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
- Antiseptia 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
Farmaceutis 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 Clínico 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 Abuín
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

Changing tomorrow



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

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

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECICIOSOS



astellas
Leading Light for Life

Lo mejor de lo publicado

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



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

GINECOLOGÍA

La carga de virus del papiloma humano relacionada con la citología cervical

J Natl Cancer Inst. 2009;101:153-161. [Febrero, 2009]

Los niveles de ADN del virus del papiloma humano 18 en el tejido cervical del útero sólo tienen relación con la gravedad de la citología cervical en las mujeres que no acaban desarrollando lesiones precursoras del cáncer de cérvix, según investigadores de la Universidad de Washington en Seattle. Estos investigadores hallaron que, durante dos años de seguimiento, el 30,4% de las mujeres desarrollaban neoplasias cervicales intraepiteliales de grado 2-3. La carga de ADN del VPH-18 se asociaba a la mayor gravedad de la citología cervical basal tan sólo en las mujeres que no presentaban NCI 2-3. Entre las mujeres con lesiones intraepiteliales escamosas de grado bajo o alto en el momento basal, después de ajustar la edad y la coinfección por otros VPH de alto riesgo, la carga basal de ADN de VPH-18 era menor en aquéllas que acabaron presentando NCI 2-3. Los autores concluyen que determinar si existen o no niveles altos de ADN de VPH-18 no parece tener utilidad clínica.



de mama, y el fenómeno fue en aumento hasta que las pacientes dejaron el tratamiento, tras lo cual el mayor riesgo se redujo rápidamente. Aunque este descenso coincidió con el menor uso del tratamiento hormonal, no hubo diferencias en cuanto a la frecuencia de mamografías.

■ **Ascenso importante de las diabetes diagnosticadas**

Diabetes Care. 2009;32:287-294. [Febrero, 2009]

Aunque las diabetes diagnosticadas en adultos aumentaron en Estados Unidos en décadas recientes, las diabetes no diagnosticadas y las prediabetes permanecieron bastante estables, según investigadores de los *National Institutes of Health* en Bethesda, Maryland. Una encuesta reciente encontró que más del 40% de los adultos estadounidenses tienen diabetes o prediabetes. El 7,7% de los adultos de 20 años o más tienen diabetes diagnosticadas y el 5,1% padecen diabetes no diagnosticadas según la glucemia en ayunas o a las dos horas.

■ **Las familias con trastornos mentales tienen relaciones genéticas en común**

Lancet. 2009;373:234-239. [Enero, 2009]

Investigadores suecos han publicado que la esquizofrenia y el trastorno bipolar parecen tener considerables relaciones genéticas en común. Cuando una persona tiene esquizofrenia o trastorno bipolar, sus familiares de primer grado tienen mayor riesgo de padecer esa misma enfermedad, según los investigadores. Además, los familiares de primer grado tenían también mayor riesgo de padecer el otro trastorno.

■ **Explorada la relación del tratamiento hormonal con el cáncer de mama**

N Engl J Med. 2009;360:573-587. [Febrero, 2009]

El descenso del uso del tratamiento hormonal combinado parece el responsable de una menor incidencia de cáncer de mama en las mujeres, según investigadores del Centro Médico Harbor-UCLA en Torrance, California. Durante los primeros dos años del estudio se observaron menos diagnósticos de cáncer de mama en las mujeres tratadas con terapia hormonal combinada. Sin embargo, durante los años de estudio posteriores, las mujeres del grupo con tratamiento hormonal combinado presentaron casi el doble de incidencia de diagnósticos de cáncer

■ **La rigidez arterial predice la respuesta a los antihipertensivos**

J Am Coll Cardiol. 2009;53:445-451. [Febrero, 2009]

Un estudio griego ha hallado que los pacientes con hipertensión y niveles elevados de rigidez arterial es me-

nos probable que respondan a los antihipertensivos. Al cabo de 12 meses, los investigadores encontraron que los pacientes incluidos en el tertil basal más alto de velocidades de la onda del pulso eran los que menos respondían al tratamiento antihipertensivo y más necesitaban aumentos de dosis. La velocidad basal de la onda del pulso predijo significativamente el control de la presión arterial sistólica, pero no el de la diastólica.

■ Las sesiones de consejo sobre la dieta ayudan a prevenir el aumento de peso excesivo en el embarazo

Obstet Gynecol. 2009;113 (2):305-312. [Febrero, 2009]

El aumento excesivo de peso en el embarazo se previene eficazmente con un programa continuado de sesiones de consejos sobre dieta y modos de vida, según investigadores del Centro Médico Carolinas de Charlotte, Carolina del Norte. Las mujeres del grupo tratado con sesiones de consejos presentaron aumentos de peso medios significativamente menores que los de las mujeres incluidas en el grupo de asistencia prenatal habitual (13 kg frente a 16 kg). Las mujeres aconsejadas presentaron también significativamente menos cesáreas por "parto disfuncional". Las mujeres embarazadas por primera vez tenían más probabilidades de ganar más peso, y las que pesaban más antes del embarazo tenían menos probabilidades de cumplir con las normas gestacionales para no engordar. Los investigadores concluyeron que la prevalencia del aumento de peso excesivo durante la gestación se está incrementando.

■ Nuevas pruebas de sangre en las heces permiten detectar el cáncer colorrectal

Ann Intern Med. 2009;150:162-169. [Febrero, 2009]

Investigadores alemanes han determinado que las pruebas cualitativas de sangre oculta en heces de tipo inmuno-químico podrían servir en el futuro para detectar el cáncer colorrectal sustituyendo a las actuales, basadas en el guayaco y más limitadas. En el 31% de los participantes en el estudio se encontraron adenomas, y en el 10% adenomas avanzados, durante la colonoscopia. El rendimiento de las seis pruebas cualitativas distintas de sangre oculta en heces de tipo inmunoquímico fue bastante variable, y la especificidad mínima se estimó en el 58,8%. Sin embargo, las dos pruebas que puntuaron más alto ofrecieron tasas de especificidad del 96,7% y el 92,9%, y tasas de sensibilidad del 25,4% y el 26,9%.

Con la colaboración de:



■ La bulimia está relacionada con la impulsividad y con anomalías en circuitos cerebrales

Arch Gen Psychiatry. 2009;66:51-63. [Enero, 2009]

Comparadas con las mujeres sin trastornos de la alimentación, las que padecen bulimia nerviosa responden de forma más impulsiva durante las pruebas psicológicas y presentan anomalías en circuitos cerebrales, según investigadores del Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, Nueva York. Comparadas con los controles, las pacientes respondían más deprisa y cometían más errores en las pruebas de conflictos que requerían autocontrol.

■ Descenso drástico de la meningitis neumocócica

N Engl J Med. 2009;244-256. [Enero, 2009]

Desde la introducción de la vacuna neumocócica heptavalente (PCV7) en 2000, las tasas de meningitis neumocócica en niños y adultos han descendido considerablemente en EEUU, según investigadores de la Universidad de Pittsburgh en Pennsylvania. Entre 1998 y 1999, y entre 2004 y 2005, los investigadores hallaron que la incidencia de meningitis neumocócicas había descendido un 64% entre los niños de menos de dos años y un 54% entre los adultos de 65 ó más años, y que las tasas de meningitis por serotipos de la PCV7, incluidas las cepas resistentes a antibióticos, habían aumentado un 60,5%, afectando principalmente a los niños de menos de dos años.

■ Los niveles lipídicos al ingreso suelen no ser los ideales en los casos de cardiopatía

Am Heart J. 2009;157:111-117. [Enero, 2009]

Los pacientes hospitalizados por arteriopatía coronaria no suelen tener niveles de lípidos ideales al ingresar y son pocos los que toman fármacos hipolipemiantes antes del ingreso, según investigadores del Centro Médico de la Universidad de California en Los Ángeles. Hallaron que los niveles medios de lipoproteínas de baja densidad eran de 104,9 mg/dL, los de lipoproteínas de alta densidad de 39,7 mg/dL y los de triglicéridos de 161 mg/dL. Sólo el 1,4% de los pacientes tenían niveles lipídicos ideales, con LDL inferiores a 70 mg/dL y HDL de al menos 60 mg/dL. Únicamente el 21,1% de los pacientes estaban tomando fármacos hipolipemiantes antes del ingreso.

Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



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

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

herpes zóster, sarampión, meningitis,
tétanos, fiebre tifoidea, poliomieltis

gastroenteritis pediátrica por
rotavirus, neumonía neumocócica,
difteria, rubéola, **varicela**, sarampión

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



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

Mi punto de vista

El expolio médico

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el World Health Report 2006, puso de relieve la dramática situación de 57 países con déficit graves de profesionales de la salud, que se estima en la actualidad en 2,4 millones de trabajadores y con una proyección de más de 4 millones para 2020. Aunque estos países pertenecen en su mayoría a África y Asia, ya se empieza a observar con preocupación cómo este déficit puede llegar a afectar también a algunos países latinoamericanos.

Aunque las causas del déficit de profesionales, crítico en el caso de médicos y enfermeras, es multifactorial, es obvio que una causa clave es el efecto migratorio Sur-Norte que tenderá a agravarse en los próximos años. La tendencia la inició Estados Unidos, seguido de Inglaterra y Canadá, entre otros países ricos, en algunos de los cuales más del 25 por ciento de sus médicos proceden de otros países, principalmente de países en vías de desarrollo.

La OMS muestra regularmente su preocupación por el efecto deletéreo que la emigración de médicos, profesionales irremplazables, puede causar sobre la salud de la población de muchos países, que podrían ver agravado su subdesarrollo, poniendo de relieve el dilema ético al que deben hacer frente los países ricos por ello, en contraposición con voces cínicas que alegan que son cosas de la globalización.

España va por el mismo camino y, por afinidades lingüísticas, culturales, etc., en vez de drenar médicos del África subsahariana o del sudeste asiático, como es sabido, lo hace en calidad de antigua metrópoli de los países que integran sus antiguos territorios de ultramar en América Latina.

En los últimos años estamos observando en España un auténtico desembarco de médicos procedentes de estos países, cuyo nivel de formación es sumamente desigual y, en muchos casos, difícilmente homolo-

gable con la formación especializada española. El Gobierno, espoleado principalmente por las comunidades autónomas, ha puesto en marcha un proyecto de decreto de homologación que, de ser aprobado, convertirá a España en un auténtico coladero para profesionales foráneos, en detrimento de los profesionales nacionales y del nivel de la asistencia sanitaria en general.

Existen ya comunidades autónomas y compañías privadas de asistencia sanitaria que han puesto en marcha unos dispositivos de captación en origen de profesionales que ríase usted de los banderines de enganche de la Legión Extranjera en sus buenos tiempos. Se ve que queremos emular a otros países de nuestro entorno expoliando de médicos a terceros, en nuestro caso a países latinoamericanos, que de seguir así se pueden ver abocados a medio plazo a sufrir ellos también un déficit de profesionales.

Pero no nos engañemos, la situación española es surrealista, porque somos el único país europeo que importa y exporta masivamente médicos al tiempo, y los médicos que nos llegan de países de Latinoamérica no son los mejores precisamente, ya que los mejores o bien se quedan en su propio país donde constituyen la élite de la profesión, o suelen emigrar a Estados Unidos donde el médico es un señor y está muy bien pagado.

Por ello, si realmente pretendemos dar un apoyo efectivo en el campo de la salud a los países de América Latina más allá de la retórica ligada a la Madre Patria, es necesario cortar esta sangría de profesionales y ayudar a fijarlos al terreno mediante ayudas específicas que redunden directamente en estos profesionales para que no se vean obligados a emigrar, en vez de invertir en estos países en fastuosos programas de ayuda al desarrollo basados en humo y ladrillos. ■



Julián Ruiz Ferrán*

» En los últimos años estamos observando en España un auténtico desembarco de médicos procedentes de estos países, cuyo nivel de formación es sumamente desigual.

» La situación española es surrealista, porque somos el único país europeo que importa y exporta masivamente médicos al tiempo.

Fundación Menudos Corazones

Niños atados a un corazón enfermo

La Fundación Menudos Corazones trabaja desde su creación en 2001 para mejorar la calidad de vida de los niños que nacen con una cardiopatía congénita. Actualmente, ocho de cada mil nacidos vivos padecen esta patología; y aunque se ha avanzado mucho en este campo, el niño necesitará un seguimiento de por vida.

Por Cristina García Blanco

» Aunque, afortunadamente, hoy día la mayor parte tiene solución, bien sea médica o quirúrgica, el niño cardiópata necesitará tener un seguimiento de por vida.

» En España hay 17 hospitales con servicio de cirugía cardiológica pediátrica, pero muchas de las comunidades autónomas no disponen de esta especialidad.

La Fundación Menudos Corazones es una entidad sin ánimo de lucro cuyo objetivo es facilitar el desarrollo integral y la mejora de la calidad de vida de los niños y jóvenes que padecen cardiopatías congénitas. Dicha patología es el defecto congénito de mayor incidencia en España, afectando a un total de ocho de cada mil niños nacidos vivos. Esto supone entre 3.000 y 5.000 nuevos casos por año, de los cuales unos 2.500 necesitan estudio y tratamiento en el primer año de vida y el resto suelen ser problemas menores a valorar más tardíamente. Aunque, afortunadamente, hoy día la mayor parte tiene solución, bien sea médica o quirúrgica, el niño cardiópata necesitará tener un seguimiento de por vida.

Cuando nace un niño con una cardiopatía, los padres suelen encontrarse desorientados sin saber qué hacer ni cómo tratar al bebé. Ante este desconocimiento y situación, la Fundación Menudos Corazones pone a disposición de los afectados un Servicio de Información y Orientación a través de su página *web* (www.menudoscorazones.org), los teléfonos (91. 373 67 46 – 91. 386 61 22), el correo electrónico (informacion@menudoscorazones.org), las guías monográficas, la revista trimestral, los cómics para adolescentes, etc. En este sentido, también organiza una Jornada Anual de Cardiopatías Congénitas para padres y afectados, en las que, además, se pretende fomentar las relaciones entre afectados y el intercambio de experiencias.

En general, las enfermedades de corazón en el niño provocan conflictos personales, sociales, laborales y familiares que conllevan un estado de ansiedad y choque emocional. Menudos Corazones ofrece Atención Psico-

lógica presencial, telefónica o por correo electrónico, a través de psicólogos especializados para aquellas familias que soliciten y/o necesiten sesiones terapéuticas a nivel individual o en pareja.

En España hay 17 hospitales con servicio de cirugía cardiológica pediátrica, pero muchas de las comunidades autónomas no disponen de esta especialidad ya que, de esos 17 centros hospitalarios, seis se encuentran en Madrid, cuatro en Andalucía y dos en Cataluña. Esta situación conlleva que muchas familias se vean obligadas a desplazarse desde su lugar de residencia a la capital para que sus hijos sean diagnosticados, intervenidos y, posteriormente, controlados. Esto, aparte de desestructurar la unidad familiar, conlleva un desgaste económico, físico y psicológico que Menudos Corazones intenta paliar con su programa de alojamiento gratuito, implantado desde 1999.

Entre las muchas actividades que lleva a cabo la Fundación Menudos Corazones, destacan las salidas y excursiones, así como el acompañamiento y juego creativo en hospitales, ya que en los ingresos los niños necesitan mayores distracciones y una alternativa a su vida rutinaria en el hospital.

Asimismo, Menudos Corazones organiza campamentos de verano para niños y adolescentes con cardiopatías congénitas, con monitores titulados de ocio y tiempo libre que, además realizan un curso específico sobre los aspectos médicos y psicosociales de las cardiopatías congénitas. Asiste, permanentemente, un médico y una enfermera que pernocta en el albergue, encargándose personalmente de las medicaciones y, en caso necesario, de los primeros auxilios. ■

“Existe muy poca investigación sobre las cardiopatías congénitas”



Amaya Sáez

Directora de la Fundación Menudos Corazones, que desde 2001, dirige con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los niños con cardiopatías congénitas y sus familias.

PREGUNTA: ¿Cuáles son los principales objetivos de la Fundación?

RESPUESTA: El principal objetivo de la Fundación Menudos Corazones es mejorar la calidad de vida de las personas con cardiopatías congénitas y la de sus familias. Ahora bien, Menudos Corazones surgió inicialmente a través de la unión de un grupo de padres que se reunía para compartir experiencias. Fruto de esta unión, se crearon las asociaciones de padres en diferentes comunidades. Y, años más tarde, Menudos Corazones nació como una fundación de ámbito nacional, con diferentes programas de apoyo dirigidos a niños con cardiopatías congénitas y sus familias.

P. ¿Cómo están presentes en los Congresos y Jornadas de la especialidad?

R. La relación de Menudos Corazones con los especialistas médicos es fantástica. Todos los años acudimos al Congreso Anual de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. Allí tenemos presencia institucional y explicamos cuáles son nuestros últimos proyectos. Asimismo, estamos presentes en casi todos los cursos y congresos que organizan los hospitales o los servicios de Cardiología Pediátrica, bien a través de ponencias o presentaciones que hacemos, o bien mediante la distribución de nuestros materiales (folletos informativos, cómics para adolescentes y revista trimestral, entre otros).

P. ¿Cuáles son los próximos proyectos que van a poner en marcha?

R. Dos de nuestros proyectos más ambiciosos están actualmente en marcha. La *European Congenital Heart Disease Organisation* (ECHDO) es una organización formada por cerca de 30 asociaciones de padres/pacientes con cardiopatías congénitas de toda Europa. Su principal objetivo es compartir información y experiencias. La próxima reunión será en España el próximo mes de junio.

Por otra parte, Corience es una plataforma *web* europea independiente, un proyecto coordinado por el Registro Nacional de Cardiopatías Congénitas de Alemania y forman parte de él entidades de Alemania, Suecia, Noruega, Reino Unido y España. Menudos Corazones representa a nuestro país.

P. ¿Cómo es el día a día de un niño con una cardiopatía?

R. La gran mayoría de los niños con cardiopatías lleva una vida normalizada. Sin embargo, hay situaciones que dificultan la integración social plena como las largas hospitalizaciones y las continuas pruebas médicas. Por otro lado, en el ámbito escolar, se les deniega, en muchas ocasiones, la asistencia a excursiones, viajes, etc., debido al miedo y al desconocimiento de la enfermedad por parte de los profesores. Uno de nuestros objetivos es promover la normalización de la vida de estos niños.

P. ¿Cómo valora la investigación en esta área?

R. En términos generales, existe muy poca investigación sobre el tema de las cardiopatías congénitas. El futuro en el abordaje de las cardiopatías pasa por que los diagnósticos cada vez sean más precoces y precisos, las intervenciones menos agresivas y que los fármacos eviten las secuelas en la vida adulta. Está claro que el intervencionismo fetal y la investigación con las células madre auguran un futuro prometedor, pero todavía hace falta que se investigue mucho más sobre el tema.

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

R. La Administración sufragará los gastos con los que se encuentran estas familias con cantidades claramente insuficientes. Además, los permisos laborales tampoco cubren las necesidades de las familias cuando tienen que atender a un hijo con una cardiopatía. ■



Hipólito Durán Sacristán, catedrático emérito de Patología y Clínica Quirúrgica

“¡Tengo vicio de bisturí!”

Hace unas días echó el cierre a su consulta privada (“sólo la abro para los amigos”), escoltada por sendas vitrinas preñadas de libros de Medicina y de literatura inglesa, también algunas novelas de Miguel Delibes, su paisano y amigo, y un Cristo en la Cruz, al que rinde devoción religiosa y de gratitud. En esta ciudad nació, en 1924, Hipólito Durán Sacristán, en ella obtuvo su primera cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica y de su universidad fue rector. Actualmente, es presidente de honor de la Real Academia Nacional de Medicina. Desde hace un par de años ya no opera, su salud y los años se lo impiden, no sus ganas ni su cabeza. Y es que cuando a uno le quitan su herramienta de trabajo se queda como desvalido y huérfano. Por eso, como los adictos (a lo que sea), exclama reivindicativo: “¡Tengo vicio de bisturí!”, mientras se lleva la mano izquierda a uno de los dos apósitos que soporta en el rostro y la frente como consecuencia de una reciente operación de lesiones cutáneas.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: Buenos días, ¿cómo se encuentra, profesor?

RESPUESTA: Bueno, yo ya soy no viejo, sino viejísimo, aunque me siento como si tuviera 30 años. Tengo los defectos de la juventud, el apasionamiento por las cosas, el deseo de estar en todas partes, conocer lo que haya que conocer, los estados de patriotismo, de exaltación de la persona y de la patria..., toda esa serie de payasadas que se dan en la vida y que cuando se tiene mi edad se valoran por lo mismo.

P. Ha sido todo (o casi todo) en su vida profesional y académica, tradadista, cargado de premios, medallas y grandes cruces... ¿Le falta algo por conseguir?

R. Supongo que sí, claro, pero no tengo conocimiento de lo que me falta por lograr, tengo conocimiento de lo que he hecho. Hombre, todavía podría tener ilusión en el Premio Príncipe de Asturias, pero soy consciente de mis limitaciones y de mi edad. Considero que he sido muy beneficiado de la Providencia y, sinceramente, no creo que merezca más cosas que las que tengo.

P. Y con tanto premio y condecoración (Medalla de Oro al Mé-

rito en el Trabajo, grandes cruces de la Orden del Mérito Civil y de la Orden Civil de Sanidad, doctor honoris causa... ¿No se siente vanidoso?

R. Afortunadamente, no. Todos los hombres tenemos por dentro cierto nivel de vanidad que nos hace hacer muchas cosas triviales e inoportunas, pero, sustancialmente vanidoso creo que no soy. Sí soy ambicioso, en el sentido cultural, médico, profesional, científico y profesoral.

P. Su familia está cargada de médicos: cuatro de sus diez hijos lo son, además de su padre, un tío suyo, un hermano y dos hijos de éste, tres hijos políticos y varios primos y sobrinos. ¿No le abruma tanto colega familiar?

R. (Risas) No. Un día una persona me preguntó esto mismo, que si con tanto médico en la familia estaríamos todo el día hablando de Medicina. Y le dije, y se lo digo ahora también a usted, que no, nunca, que sólo hablabamos del Real Madrid (más risas). Todos mis hijos son socios del Real Madrid y a mí me encanta ver los partidos de fútbol, sobre todo los del Real Madrid, sinceramente.

P. También le encanta la música, el cine y en sus tiempos jugaba al tenis...

R. Exacto. Ahora apenas veo tenis y mis recuerdos son de otra época. Pero el que más me gusta es Rafael Nadal. Le vemos en casa.

P. Uno de sus hijos, Hipólito Durán, también es cirujano. ¿No le pesa el apellido del padre?

R. No, al contrario. Un día vino y le dijo a su madre: “Qué gozada en la facultad, todo el mundo conoce a papa”. Él está satisfecho de eso, por ahora, claro.

P. Desde hace un par de años usted ya no opera. ¿Echa de menos el bisturí?

R. Muchísimo. ¡Tengo vicio de bisturí!, tengo total adicción al bisturí. Y me siento muy triste al no tener el bisturí todo el día en la mano, ni mi consulta abierta al público y, sobre todo, mi sala de operaciones. Me he pasado la vida operando desde por la mañana hasta la noche.

P. De entre los que fueron sus maestros, ¿a quién recuerda con más admiración y por qué?

R. Mi maestro fue el profesor Rafael Vara López, cirujano ya fallecido. Era un fanático del quirófano, lugar donde más destacaba. Un maestro total, perfecto, sobre todo por la serenidad y belleza de sus actos, su sabiduría técnica, etc.

P. ¿Y de entre los que fueron sus alumnos?

R. Hombre, no podría citar a nadie en concreto porque crearía muchas suspicacias. Sería una imprudencia por mi parte.

P. ¿Cree que la tecnología, las crecientes demandas contra los profesionales y la funcionalización (perdón por la palabreja) de éstos han deshumanizado el ejercicio de la Medicina?

R. Sinceramente, creo que sí. La humanización médica ha decaído mucho. La relación médico-enfermo está perturbada un poco por la estructura de la Sanidad actual. Ese diálogo está muy desvirtuado. Veo difícil la solución.

P. Han dicho de usted que es "un trabajador inagotable, sobrio, austero, responsable y perfeccionista". ¿Se siente retratado en esos adjetivos?

R. (Risas). Me siento obsequiado, más que retratado. Todo eso son aspiraciones mías, no es que yo las posea. Esos epítetos han sido una permanente obsesión en mí y en la gente que yo he formado. Son elementos fundamentales para la ética médica.

P. También fue un alumno y opositor modélico, con matrículas de honor en casi todas las asignaturas, Premio Nacional Fin de Carrera, primera plaza en oposiciones... Vamos, lo que se dice todo un empollón...

R. Je, je, je... He dado motivos para que se me tildara de eso un poco. Mi tiempo, digamos útil, lo dedicaba a estudiar. Y el tiempo suelto o especial lo empleaba en meterme en follones de tipo estudiantil, follones universitarios. Siempre me escogían para de-

legado de la facultad o de la universidad, y cosas así. Nada de follones políticos. Yo estaba en el Colegio Mayor César Carlos, de Madrid, que era un colegio del antiguo SEU para postgraduados que preparaban oposiciones. Un colegio fantástico en el que hice excelentes amigos.

P. Los follones y el estudio, ¿le dejaban tiempo para el asueto, para pensar en las chicas, bueno, ya sabe...?

R. La verdad que no mucho, pero el suficiente para conocer a mi actual esposa y madre de mis diez hijos. Fue en el Paseo del Espolón, en Burgos, donde me encontraba trabajando con mi maestro el profesor Vara López en el hospital y en su clínica privada. Yo tendría unos 23 ó 24 años. Y estuvimos de novios ocho años. Fue la primera y única novia que he tenido. Sólo he vivido, prácticamente, para coger el bisturí y abrir el libro.

P. A pesar de los tres volúmenes de su tratado *Patología y Clínica Quirúrgica*, otros libros y numerosos artículos, usted ha sido más un hombre de acción que de pensamiento, o sea, más de manejar el bisturí que la pluma. O me equivoco...

R. No. Con más satisfacción he manejado el bisturí que la pluma, pero he estado inquieto por las dos cosas. Para ser catedrático, la necesidad de estudiar y estar al día de las cosas es imperativa.

P. ¿Recuerda cuál fue la operación (o intervención quirúrgica) más complicada o difícil que ha realizado?

R. He realizado muchas muy difíciles. He sido un especialista en sacar enfermos de la caja, una expresión muy al uso en nuestro equipo para los desahuciados, los apartados en el sótano. Me gustaban mucho las enfermedades críticas y los casos difíciles, igual que a mi maestro.

P. Por lo que he leído, usted ha sido un hombre muy severo en



"Con más satisfacción he manejado el bisturí que la pluma".

la cátedra y en el quirófano, vamos lo que se llama un tipo duro...

R. Efectivamente. Estoy arrepentido de que en mis tiempos jóvenes chillaba cuando no tenía que chillar y fui severo cuando no tenía todavía autoridad para serlo, de haber tenido una juventud un poco descarada, un poco violenta. Intentaba emular a mi maestro en todo, hasta en la manera de coger el pitillo.

P. A los 65 años le jubilaron y eso le dolió mucho...

R. Me dolió muchísimo, me sentí triste, abatido, sin horizonte... Muy mal, muy mal. Menos mal que tuve la suerte de continuar en el ejercicio privado, con enfermos para operar continuamente. Por eso, a los que me preguntan en su período de formación, les hago inclinarse hacia tener también ejercicio privado.

P. Años antes, en noviembre de 1981, usted firmó un manifiesto en defensa de la vida humana "desde la concepción a la muerte natural". ¿Lo volvería a firmar hoy?

R. Por supuesto que sí. Estoy en contra del aborto y, si fuera el caso, ejercería la objeción de conciencia para no practicarlo. Quizá sea una postura anticuada, pero está muy enraizada en mí. Soy religioso, católico, apostólico y romano. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

72.424

casos de fraude detectó el sector asegurador en 2007.

1,9

por ciento lo fueron en el ramo de vida y salud.

17,16

millones de euros supuso el coste inicial de la picaresca en ese ramo.

90,7

por ciento de ese importe fue fraude evitado.

9,3

por ciento significó el fraude pagado.

Fuente: Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA).

DEMOGRAFÍA MÉDICA

Sanidad cifra en 22.000 el déficit de médicos para 2025

En el año 2025 harán falta en España unos 22.000 médicos a pesar de las medidas puestas en marcha hasta el momento por las comunidades autónomas y el Gobierno central. Así consta en los resultados del "Estudio sobre las necesidades de especialistas 2008-2025", del Ministerio de Sanidad y Consumo. Según el citado informe, actualmente hay en España 165.967 médicos asistenciales, 375 por cada 100.000 habitantes, de los que 119.660 trabajan en el SNS. A pesar de esto, el déficit asistencial en la actualidad es del 2 por ciento y se estima que serían necesarios unos 3.200 profesionales.

Entre otras medidas, Sanidad plantea aumentar a 7.000 los alumnos que salgan cada año de las facultades y crear una Oficina de Retorno de Profesionales Sanitarios en el Extranjero para conseguir la repatriación de los profesionales que ejercen en otros países.



SEGUROS DE SALUD

Adeslas obtuvo un crecimiento del 9,7 por ciento en primas en 2008

Adeslas cerró el pasado ejercicio con un crecimiento de su volumen de primas del 9,7 por ciento, al elevarse a 1.190 millones de euros. Según la entidad, ese avance es superior a la media del ramo de salud (7,70 por ciento) y también resalta que mejoró en un 0,4 por ciento su cuota de mercado, que se sitúa en el 20,3 por ciento, según el ranking elaborado por ICEA. Este crecimiento es notable en todos los segmentos, especialmente en el de asegurados particulares, ya que ha aportado más de la mitad del incremento total con 61 millones de euros y un 11 por ciento más con respecto al año anterior.



ENTRE NOSOTROS

Carlos Belmonte, Premio Nacional 'Gregorio Marañón 2008'

El investigador y ex-director del Instituto de Neurociencias de Alicante Carlos Belmonte, miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, ha obtenido el Premio Nacional de Investigación "Gregorio Marañón" en Medicina (2008) que otorga el Ministerio de Ciencia e Innovación, dotado con 100.000 euros. El galardón reconoce su labor científica y su significativa contribución a la promoción de la investigación científica biomédica en España y en el extranjero. El resto de premiados en esta edición de 2008 son: Carlos López Otín (Biología); María Vallet Regí (Ingeniería); Francisco Javier Laporta San Miguel (Derecho y Ciencias y Económicas y Sociales); y Aurora Egido Martínez (Humanidades).

VIOLENCIA FÍSICA O VERBAL EN LA CONSULTA

Más de 800 agresiones al personal sanitario de Cataluña en 2008

Las agresiones físicas o verbales al personal sanitario de los centros de Atención Primaria y hospitales dependientes del Instituto Catalán de la Salud (ICS) han bajado un 0,8 por ciento en 2008, ya que se han registrado 845 frente a las 852 del año anterior, según datos facilitados por la propia institución. El 90 por ciento de las agresiones notificadas al Servicio de Prevención del ICS han sido de tipo verbal, mientras que el 10 por ciento han sido físicas. El ICS ha tomado medidas como instalar cámaras de seguridad en zonas comunes, reforzar con personalidad de seguridad, especialmente en hospitales y centros más conflictivos, e instalar dispositivos de avisos a los compañeros en caso de que haya personas que pasan consulta solas y temen una situación de violencia.



ADQUIERE EL CONTROL DE UN NUEVO GRUPO

Grifols se consolida en Australia con una inversión de 25 millones de euros

Grifols se ha hecho con el control del cien por cien de un grupo australiano-suizo. La operación, por un importe de 25 millones de euros, se ha realizado mediante una ampliación de capital en un grupo australiano-suizo. Con la firma del acuerdo, Grifols adquiere el 49 por ciento del capital y el control del cien por cien del grupo.

Según la compañía, la empresa australiana aportará a Grifols la fuerza comercial necesaria para reafirmar y aumentar, su presencia en el mercado de diagnóstico en Australia y Nueva Zelanda, que hasta el momento se concentraba en la venta de instrumentación a través de distribuidores.



GUÍA SALARIAL HAYS

Los médicos, entre los profesionales más demandados en 2009

La consultora británica de selección de personal especializado Hays, ha presentado la Guía Salarial 2009, una completa investigación que refleja la realidad de la retribución de los cuadros directivos y técnicos españoles. La principal conclusión de la Guía Salarial 2009, que ha elaborado Hays, es que los empresarios se sienten bien preparados para hacer frente a la actual situación económica, a pesar del momento particularmente difícil que vivimos.

Entre otros datos, la guía pone de manifiesto que para el próximo año, los perfiles comerciales y los médicos serán los más solicitados por los empresarios.

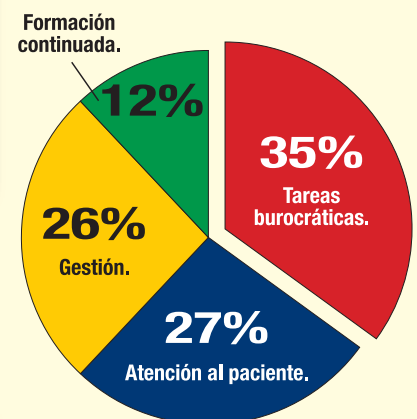


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿A qué área le dedica más tiempo?



La mayor parte de nuestros lectores (35 por ciento) aseguran que dedican más tiempo a tareas burocráticas que a cualquier otra área, mientras que un 27 por ciento, asegura que a la atención al paciente. Por otro lado, un 26 por ciento dice dedicar la mayor parte del tiempo a gestión y un 12 por ciento a formación continuada.

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

Gestión en Atención Primaria

'El Programa Paciente Experto ICS'



Asunción González Mestre*

» Se entiende por paciente experto aquella persona afectada por una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y autocuidarse.

» El Programa Paciente Experto ICS propone una estrategia proactiva fomentando la confianza y la motivación de los pacientes.

Nos hallamos en un contexto social donde los ciudadanos/pacientes cada día tienen un mayor acceso a la información y una mayor capacidad de decidir por ellos mismos

Esta nueva realidad social juntamente con el aumento de las enfermedades crónicas, motivado por el envejecimiento progresivo de la población, conllevan la búsqueda de nuevas formulas en la gestión del Sistema de Salud y un nuevo enfoque en el desarrollo de la actividad diaria de los profesionales sanitarios. Entre las más innovadoras encontramos, por una lado, la organización por procesos, como elemento clave en la transformación de la situación actual en un modelo de atención integrado, que conlleva el abordaje global de las patologías crónicas, planificando en qué momento y en qué nivel hemos de hacer cada intervención, y por otro, la puesta en marcha de programas donde los ciudadanos/pacientes sean copartícipes y corresponsables de la gestión de su proceso asistencial como parte esencial en el diseño del sistema sanitario. El objetivo es disminuir la variabilidad, mejorar la eficiencia y dar más coherencia y satisfacción al usuario final potenciando su autocuidado.

Es en este proceso de autocuidado del paciente donde situamos el Programa Paciente Experto Instituto Catalán de la Salud (a partir de ahora Programa Paciente Experto ICS). Se entiende por paciente experto aquella persona afectada por una enfermedad crónica que es capaz de responsabilizarse de la propia enfermedad y autocuidarse sabiendo identificar los síntomas, responder frente a ellos y adquirir instrumentos que le ayuden a gestionar el impacto físico, emocional y so-

cial de la patología, mejorando así su calidad de vida.

El Programa Paciente Experto ICS, basado en experiencias desarrolladas en otros países, como Gran Bretaña, que han demostrado evidencia científica de efectos positivos para la salud, tiene como fin mejorar la comprensión de la enfermedad crónica por parte de los pacientes mediante el intercambio y transferencia de conocimientos del paciente experto con el resto de pacientes para promover cambios de hábitos, que mejoren su calidad de vida y la convivencia con la enfermedad.

El Programa Paciente Experto ICS se sitúa en el marco de la progresiva transición de una educación sanitaria muy dependiente del profesional y con un cierto carácter paternalista hacia otra en la que el paciente es más autónomo. Se trata de una iniciativa multifactorial y multidisciplinaria basada en la colaboración y en el trabajo de equipo. Propone una estrategia proactiva fomentando la confianza y la motivación de los pacientes.

Para dar cumplimiento a la finalidad del Programa Paciente Experto ICS, y mejorar así la calidad de vida de los pacientes que participan en el mismo, se han fijado ocho objetivos específicos que son: 1) Conseguir la implicación de los propios pacientes, 2) Conocer el grado de satisfacción de los pacientes, 3) Mejorar la calidad de vida percibida de los pacientes, 4) Mejorar los conocimientos del paciente sobre la enfermedad, 5) Mejorar el grado de autocuidado para adquirir un correcto manejo de la enfermedad, 6) Mejorar el cumplimiento terapéutico, 7) Disminuir el número de visitas al médico/enfermera de familia y 8) Disminuir los ingresos hospitalarios y las visitas a urgencias.



De entre las diferentes patologías crónicas identificadas, aptas y adecuadas para formar parte del Programa Paciente Experto ICS, se consideró que la insuficiencia cardíaca había de ser la primera patología en ser incluida en el Programa por su relevancia, por ser la primera causa de ingreso hospitalario en mayores de 65 años y por ser la tercera causa de muerte cardiovascular en España.

El Programa Paciente Experto ICS consta de nueve sesiones de una hora y treinta minutos de duración a lo largo de unos dos meses y medio. Las sesiones incluyen una parte teórica y otra práctica. El número de participantes se ha limitado a diez con la finalidad de garantizar una comunicación fluida y efectiva entre los participantes del grupo.

Uno de los aspectos a destacar de este modelo es el de que el conductor de las sesiones ha experimentado en primera persona los síntomas y los problemas que se tratan y es, por lo tanto, quien más adecuadamente puede hablar a otras personas que han sufrido las mismas experiencias.

En cuanto al proceso de evaluación del Programa Paciente Experto ICS, éste consta de dos etapas, la primera es la que se lleva a cabo durante el proceso de desarrollo de las sesiones de grupo y a la finalización de las mismas y la segunda es la que se realiza a los seis y doce meses de finalizado el grupo.

En ambas fases la evaluación llevada a cabo es tanto cuantitativa como cualitativa y se valorarán, por un lado, los conocimientos adquiridos, el cambio en los hábitos y estilos de vida, el grado de autocuidado y de satisfacción de los participantes, y por otro, la utilización de los servicios asistenciales relacionados con las visitas al médico y a la enfermera de familia, a los servicios de urgencias y a los ingresos hospitalarios por descompensaciones, realizando un estudio comparativo un año antes de la intervención y un año después de la finalización de la misma.

Hasta la actualidad, se han realizado 10 grupos de pacientes en insuficiencia cardíaca del los Equipos de Atención Primaria de Roquetes, Gótico, Besòs, Montnegre y La Mari-

na del Àmbito de Atención Primaria de Barcelona ciudad del ICS. El total de participantes ha sido 78 (41 mujeres y 37 hombres).

Del análisis de los primeros resultados de los grupos realizados los años 2006 y 2007, a los 6 meses de finalización del Programa, se ha observado una mejoría, estadísticamente significativa, en los hábitos y estilos de vida en un 25 por ciento (5-42,4 por ciento) y un 13,2 por ciento (9,4-17 por ciento) sobre los conocimientos adquiridos desde el inicio de la intervención. El grado de satisfacción de los participantes es elevado tal como se desprende de las encuestas de satisfacción y de los comentarios realizados por los pacientes: "Los profesionales de la salud saben mucho, pero a veces no entendemos lo que nos dicen". "Con este programa entendemos el mecanismo de la enfermedad ya que los ejemplos son más sencillos, ya no estamos solos y tenemos libertad de preguntar las cosas cuando queremos; no estamos sujetos a las prisas de las visitas. La enfermedad es del paciente no del médico. Nos ayuda a entender la enfermedad crónica de otra manera".

De la experiencia de los primeros grupos de Programa Paciente Experto ICS se desprende que el proceso de implementación ha sido laborioso y que ha contado con una gran implicación de pacientes expertos, pacientes y profesionales. De los primeros resultados de la evaluación realizada, se puede considerar como muy satisfactorio el desarrollo del programa, en línea con los de otros países que lo han llevado a cabo. En la actualidad el Instituto Catalán de la Salud ha extendido este Programa a pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y con tratamiento anticoagulante oral. Además diferentes grupos de profesionales sanitarios de la organización ya están trabajando con el objetivo de hacer extensivo el Programa Paciente Experto ICS a otras patologías crónicas, con la diabetes *mellitus* y la ansiedad.

Sólo nos cabe decir que estamos a disposición de aquellos profesionales que deseen conocer mejor la experiencia que hemos presentado a modo de resumen. ■

Sección patrocinada por:



Gestión Profesional

¿Por qué existen las fundaciones?



Jose María Martínez García*

» Las fundaciones se definen como un patrimonio autónomo destinado primordialmente por sus promotores a un fin educativo, de investigación, cultural, asistencial, etc., sin perseguir un ánimo de lucro.

» Toda fundación se constituye mediante el otorgamiento de la carta fundacional, que se ha de inscribir en el registro de fundaciones del órgano administrativo correspondiente.

Las fundaciones se definen como un patrimonio autónomo destinado primordialmente por sus promotores a un fin educativo, de investigación, cultural, asistencial, etc., sin perseguir un ánimo de lucro. La finalidad de una fundación es, siempre, la de beneficiar a una colectividad de personas no determinadas individualmente y se consideran como requisitos esenciales para su creación que los destinatarios de sus beneficios sean esencialmente colectividades indeterminadas de personas y que sus prestaciones sean gratuitas, salvo que excepcionalmente se autorice por el órgano administrativo que ejerce el protectorado el percibo de alguna cantidad de los beneficiarios.

Los beneficiarios de sus prestaciones han de carecer de medios económicos suficientes para obtener beneficios o resultados análogos a título oneroso, salvo que se trate de prestaciones, de índole no exclusivamente económica.

Se pueden distinguir, en general, varios tipos de fundaciones:

- Benéfico-asistenciales. Tienen por objeto la cobertura de algún tipo de necesidad física o intelectual, así como cualesquiera otros fines de asistencia social.
- Culturales-privadas. Aquéllas cuyo objeto fundacional primordial es la investigación científica y técnica u otra actividad cultural.
- Benéfico-docentes. Dedicadas a actividades docentes y de investigación.
- Laborales. Cuyo objeto consiste en la realización de actividades asistenciales a favor de los trabajadores de una empresa.
- Mixtas. Son las que realizan actividades encuadrables en más de uno de los tipos anteriores. Aquella actividad que se considere principal será la que determine la normativa aplicable a la fundación, así como el órgano de protectorado y el registro en que deba inscribirse.

En general, toda fundación se constituye mediante el otorgamiento de la carta fundacional, que se ha de inscribir en el registro de

fundaciones del órgano administrativo correspondiente. Dicha carta se otorga en escritura pública en la que se han de especificar determinados datos mínimos como los relativos a los fundadores, la dotación inicial de la fundación y los estatutos por los que se va a regir la misma.

La Ley del Impuesto sobre Sociedades (IS) y su reglamento de desarrollo establecen que las fundaciones están exentas del IS siempre que cuando se cumplan la totalidad de los siguientes requisitos: haber sido declaradas o calificadas como entidades benéficas por los órganos competentes del Estado, que los cargos de patronos, representantes legales o gestores de hecho sean gratuitos y que se rindan cuentas al órgano del protectorado correspondiente.

La exención aplicable a las fundaciones no puede considerarse como una exención absoluta o plena, puesto que no afecta a todos los componentes de la renta que integran el hecho imponible del impuesto de sociedades. La exención abarca sólo a los rendimientos obtenidos, directa o indirectamente, por el ejercicio de las actividades que constituyen su objeto fundacional, no comprendiendo, por tanto, ni los incrementos patrimoniales, ni los rendimientos de explotaciones económicas, ni los rendimientos derivados de su patrimonio, cuando su uso se halle cedido. Todos estos otros rendimientos tendrán un gravamen del 20 por ciento.

Además, para todos esos rendimientos contemplados en virtud de la actividad fundacional de constitución, se introduce una deducción fija de la cuota de 1.200 euros y las retenciones practicadas dejan de tener el carácter de impuesto mínimo, pudiendo las fundaciones reducir la cuota con el importe de éstas. Se establece, expresamente, que cuando el importe de las retenciones y pagos a cuenta supere el importe de la cuota líquida, la Administración devolverá el exceso retenido. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Merck adquiere Schering-Plough por 32.660 millones de euros

Merck ha comprado Schering-Plough por 41.100 millones de dólares (32.500 millones de euros). El montante de la operación, que supone una prima del 34 por ciento, se pagará en efectivo y acciones.

Los consejos de administración de los grupos farmacéuticos Merck (en España MSD) y Schering-Plough han dado su apoyo unánime a la fusión de las dos compañías en una operación valorada en 41.100 millones de dólares (32.660 millones de euros), que se llevará a cabo mediante un intercambio de acciones y efectivo.

En base a los términos del acuerdo entre las dos empresas, los accionistas de Schering-Plough percibirán 0,5767 acciones y 10,50 dólares en efectivo (8,34 euros), lo que representa un total de 23,61 dólares (18,75 euros) y supone una prima del 34 por ciento respecto al precio de cierre de las acciones del laboratorio el pasado 6 de marzo. Por su parte, cada acción de MSD será convertida de manera automática en una acción de la nueva compañía, que también se denominará Merck.

Innovación científica

De este modo, los accionistas de Merck (MSD) controlarán el 68 por ciento de la nueva compañía, mientras que los partícipes de Schering-Plough contarán con el 32 por ciento restante. Asimismo, el actual presidente y consejero delegado de Merck, Richard T. Clark, que será el responsable de liderar la nueva compañía surgida tras la fusión, apuntó que "la compañía estará bien posicionada para un crecimiento sostenible a través de la innovación científica". Por su parte, la portavoz de Merck (MSD), Amy Rose, señaló que "no va a haber cambios inmediatos en los niveles de personal", pero añadió que, eventualmente, "podemos anticipar una reducción aproximada del 15 por ciento en la plantilla de la compañía", lo que supone casi 16.000 puestos menos de trabajo.

La transacción, que podría completarse en el cuarto trimestre de 2009, se estructura en un 44 por ciento en efectivo y un 56 por ciento en acciones. El componente de efectivo será financiado mediante la combinación de los 9.800 millones de dólares de liquidez existentes y un crédito de 8.500 millones de dólares por parte de JP Morgan. ■



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. **POSOLADIA:** 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

Info **S**alvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Un derecho especializado (y II)



Elisa Herrera Fernández*

» Desde un punto de vista teórico, el derecho del medio ambiente es, a día de hoy, una rama del ordenamiento propia y autónoma.

» Hablar de este derecho implica, irremediablemente, hablar del derecho en el seno de la Unión Europea con sus peculiaridades y principios.

Desde que en 1972 se celebró la primera Conferencia de las Naciones Unidas sobre el “Medio Humano”, el derecho del medio ambiente ha vivido un largo y fructífero camino, que le ha llevado a dejar de ser una disciplina accesoria y casi anecdótica, para convertirse en una importante rama del ordenamiento jurídico actual, tanto desde un punto de vista teórico como meramente práctico.

Principios generales

Desde un punto de vista teórico, en efecto, el derecho del medio ambiente es, a día de hoy, una rama del ordenamiento propia y autónoma. Una disciplina jurídica con su propio objeto, que es obviamente el medio ambiente, que cuenta con sus propios principios estructurales y funcionales y, con una finalidad propia y específica: alcanzar un alto nivel de protección del medio ambiente, en tanto que éste se considera un bien en sí mismo digno de protección jurídica.

Desde un punto de vista práctico el derecho ambiental se hace presente en nuestras casas y hogares (reciclaje de basuras, normas sobre condiciones ecológicas de edificación, aparatos electrodomésticos, generación de ruidos, posibilidad de sanción a los ciudadanos, etc.). Pero del mismo modo, condiciona y limita la acción de Administraciones públicas (no se permite que un ayuntamiento, una Administración autonómica o estatal ponga en marcha políticas o proyectos concretos, sin tener en cuenta la vertiente ambiental de los mismos). Por supuesto, también condiciona a las empresas y agentes económicos privados (es de todos conocido, que las sociedades y compañías se ven constantemente obligadas a cumplir un sin número de leyes).

Así pues parece necesario conocer el “sustento o sustrato” de este derecho que

tiene tanta incidencia y que se ha incorporado a nuestras vidas. Es decir, hemos de hablar de sus principios generales. Pero, ¿qué es o qué se entiende por principio general del derecho? Mejor, dado que no pretendemos hacer un estudio profundo sobre este concepto, será pensar en qué funciones cumplen para el derecho, sea éste de la rama que sea, estos principios.

Triple función

La respuesta es un tanto compleja, pues cumplen con una triple función: son fundamento del orden jurídico, son orientadores de la labor interpretativa y son fuente en caso de insuficiencia o falta de ley y costumbre.

De forma un tanto simplista podríamos decir que son criterios de diversa naturaleza, generalmente extrajurídica (éticos, morales, sociales, etc.) que informan el derecho y lo orientan hacia lo que se entiende es justo y equitativo para la sociedad. De ahí que tenga esas tres funciones que planteábamos. Hay muchísimas sentencias judiciales basadas en principios generales del derecho, ante la falta de una norma o ley explícita aplicable al caso en cuestión.

Pero ya hemos comentado que el derecho medioambiental tiene sus especialidades, la primera de ellas es que hablar de este derecho implica, irremediablemente, hablar del derecho en el seno de la Unión Europea, cuyas peculiaridades y principios han sido determinados precisamente en ese ámbito. Por ello, trataremos en nuestro siguiente artículo los principios que informan el ordenamiento jurídico medioambiental comunitario, es decir, del principio de acción preventiva, del principio de corrección de atentados al medio ambiente, preferentemente en la fuente misma, y del principio de “quien contamina paga”. ■

*Experta jurídica en Derecho Ambiental.
Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Esteller y Esteban de la Torre, Premios Fundación Lilly 2009

Los Premios de Investigación Biomédica de la Fundación Lilly reconocen la trayectoria investigadora de los mejores científicos que desarrollan su actividad en España.

La Fundación Lilly ha otorgado los Premios de Investigación Biomédica 2009 a los doctores Manel Esteller, director del Programa de Epigenética y Biología del Cáncer en el Instituto de Investigaciones Biomédicas de Bellvitge, en la categoría de investigación biomédica preclínica; y Andrés Esteban de la Torre, jefe de servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Getafe y jefe de Grupo del CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), en la de clínica. El acto de entrega de los premios, que este año celebran su octava edición, tendrá lugar en las próximas semanas.



De izda. a dcha., los doctores Andrés Esteban, Manel Esteller y José Antonio Gutiérrez Fuentes.

Los Premios de Investigación Biomédica de la Fundación Lilly, que se concedieron por primera vez el año 2002, tienen como objetivo reconocer la trayectoria investigadora de los mejores científicos que desarrollan su actividad en España y favorecer su continuidad a través de la financiación de sus proyectos. Para el director de la Fundación Lilly, el doctor José Antonio Gutiérrez Fuentes, estos premios “contribuyen a fomentar la investigación biomédica de alta calidad en nuestro país y dar apoyo a trayectorias científicas de excelencia”.

El jurado de los Premios de Investigación Biomédica de la Fundación Lilly ha reconocido la labor del doctor Manel Esteller por su aportación al conocimiento del papel de la epigenética en el cáncer humano. Asimismo, el jurado ha premiado al doctor Andrés Esteban de la Torre por sus estudios e investigaciones clínicas sobre el síndrome de distrés respiratorio agudo.

Estos premios están dotados con 200.000 euros en la categoría de preclínica y 150.000 euros en la de clínica destinados a dar apoyo al inicio o continuidad de los proyectos de investigación de su grupo. ■



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, Nitrofurazol (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. Piodermatitis. 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 los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofurazol, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

Info **S**alvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Tecnología

Rediseñar los procesos hospitalarios



Oscar Gil García*

» Es habitual formar grupos de trabajo con los profesionales del centro para recoger las necesidades y consensuar el detalle de los circuitos que se van a poner en marcha.

» En la implantación de un sistema de información hospitalario, generalmente existe una primera fase en la que se realiza el análisis de situación actual y el rediseño de los procesos.

Cualquier proyecto de implantación de un sistema de información hospitalario requiere de una primera fase donde se realiza la revisión de los procesos actuales del hospital, principalmente con dos objetivos:

- Estudiar las posibilidades de mejorar dichos procesos mediante la utilización de las nuevas tecnologías que se van incorporar, en términos de eficiencia, de evolución hacia una atención más integrada, focalización al paciente, facilitación del trabajo de los profesionales, etc.

- La definición de las exigencias funcionales de las nuevas aplicaciones, que sirvan como guía de requerimientos para realizar la parametrización de los productos *software* que se van a implantar, el desarrollo de integraciones oportunas y requerimientos de explotación de datos. Para lograr este propósito es habitual formar grupos de trabajo con los profesionales del centro para recoger las necesidades y consensuar el detalle de los circuitos que se van a poner en marcha.

Para elaborar un rediseño de procesos y análisis de requerimientos del sistema de información que se adapte a las necesidades del centro, es necesario aportar el conocimiento y la experiencia necesaria que hagan posible que el resultado final del rediseño vaya más allá que una mera revisión de los procesos actuales para obtener los requerimientos funcionales y técnicos que permitan poner en marcha los sistemas, y que no se obtenga un resultado estratégico y funcionalmente impecable pero que no sean implantables en la práctica, en términos de capacidad de los productos, presupuesto y plazo. Lo contrario puede traer como consecuencia una mala gestión de expectativas de los profesionales que intervengan en los grupos de trabajo en el medio plazo.

En definitiva, en un proyecto de implantación de un sistema de gestión hospitalaria es imprescindible contar con el conocimiento y

experiencia suficientes para saber conjugar la doble visión, por un lado de la problemática específica de este tipo de implantaciones, y por otro, del conocimiento organizativo y de los procesos hospitalarios que hagan posible la transformación deseada con la incorporación del sistema. En el esquema general de implantación de un sistema de información hospitalario, generalmente existe una primera fase en la que se realiza el análisis de situación actual y el rediseño de los procesos.

Con todo, esta primera etapa de análisis de situación actual y rediseño, puede representarse como un proceso de transformación donde existe una entrada (el análisis de situación actual), un resultado (el rediseño de los procesos, requerimientos tecnológicos y plan de incorporación de funcionalidades), una metodología de transformación (los grupos de trabajo) y unos catalizadores que intervienen en dicha transformación (la aportación de experiencia y conocimiento tanto interno como externo).

La identificación de grupos de trabajo, la selección de sus miembros, el contenido y enfoque de los temas y la dirección de los mismos, deben realizarse sin perder de vista una serie de objetivos que pueden articularse en tres ejes: procesos, personas y tecnología.

Procesos: Optimizar los procesos haciendo uso de las nuevas herramientas y promoviendo la evolución estratégica deseada por el centro (creación de unidades funcionales, evolución del modelo de gestión, etc.).

Personas: Incorporar los perfiles adecuados que por su conocimiento y perfil aporten más en el rediseño, y al mismo tiempo, involucrar a las personas clave en este proceso de transformación para hacerlos coautores del mismo y garantizar el éxito del proyecto desde el punto de vista de la gestión de expectativas.

Tecnología: Alcanzar el detalle suficiente que permita la definición de los requerimientos para la implantación. ■

*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.
Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

PharmaMar obtiene la calificación de 'Excelente' del Plan Profarma

El Plan Profarma ha otorgado la calificación de "Excelente" a PharmaMar. Un total de 49 compañías farmacéuticas ven reconocida su labor, con su inclusión en este Plan.

El Comité de Coordinación del Plan de Promoción de la investigación científica, desarrollo e innovación tecnológicos (I+D+i) en la industria farmacéutica (Profarma) ha publicado la calificación de las empresas incluidas en la convocatoria 2008. En esta ocasión, el Plan ha otorgado la calificación de "Excelente" a PharmaMar, filial del grupo Zeltia, líder en el desarrollo de antitumorales de origen marino.

El Plan Profarma es una iniciativa conjunta del Ministerio de Industria, Turismo y Comercio y del Ministerio de Sanidad y Consumo que tiene como objetivo incrementar la realización de actividades e I+D+i en el sector farmacéutico.

Pueden acogerse a este Plan las empresas del sector farmacéutico productoras de materias primas y/o medicamentos de uso humano ubicadas en territorio nacional y que

realicen actividades de I+D+i en España. La clasificación de las empresas se realiza atendiendo a parámetros científicos, industriales y económicos.

PharmaMar, que obtuvo la calificación de "Excelente" en las anteriores convocatorias, está encuadrada en el Grupo A del Plan, que comprende compañías con actividad investigadora significativa con planta de producción o centro de I+D propio (básica o preclínica).

Con respecto a la convocatoria del año anterior, cabe destacar la entrada de Faes Farma y Sanofi-Aventis con la calificación de "Excelente" en las empresas de categoría A, un apartado reservado a compañías con actividad investigadora significativa con planta de producción o centro de I+D propio. Por otro lado, MSD y Salvat han pasado de "excelentes" a "muy buenas". ■



Sede de PharmaMar en Madrid.



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

Info **Salvat**

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Normativa

Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici*

Responsabilidad penal y diagnóstico prenatal

¿Qué hay que distinguir cuando un médico comete un error en un diagnóstico prenatal?

Cuando el profesional médico comete un error en un diagnóstico prenatal que revista entidad, deben distinguirse los supuestos de “falsos positivos”, es decir, aquellos casos en los que a los familiares se les informa de defectos genéticos en el futuro recién nacido, que después se descubre que son inexistentes; y los casos de “falsos negativos”, que son aquellos en los que la prueba inicial no detecta la condición de portador y supone a los individuos libres de anomalías cuando, de hecho, son heterocigóticos portadores.

En los supuestos de “falsos negativos”, se debe hacer constar que los errores de diagnóstico no generan responsabilidad penal, y así se mantiene por la doctrina tradicional del Tribunal Supremo: “No la constituye un mero error científico o de diagnóstico, salvo cuando constituyen un error cuantitativo o cualitativamente de extrema gravedad, ni cuando no se poseen unos conocimientos de extraordinaria y muy calificada especialización, y para evaluarla se encarece señaladamente que se tengan en consideración las circunstancias de cada caso concreto, con lo que se determinan grandes dificultades porque la ciencia médica no es una ciencia de exactitudes matemáticas y los conocimientos de diagnósticos y de remedios están sometidos a cambios constantes determinados en gran medida por los avances científicos en la materia”.

No obstante, si el error de diagnóstico prenatal radica en señalar la presencia de malformaciones y taras inexistentes que conducen al aborto eugenésico, en ese caso sí que se podrá encuadrar en un delito de aborto imprudente.

» En los supuestos de “falsos negativos”, se debe hacer constar que los errores de diagnóstico no generan responsabilidad penal, y así se mantiene por la doctrina tradicional del Tribunal Supremo.

» Se deberá notificar a la Agencia Española de Protección de Datos la creación de un fichero de videovigilancia, instalando un cartel informativo en zona visible.

Cámaras de videovigilancia

A efectos de protección de datos, ¿qué hay que hacer para instalar cámaras de videovigilancia?

La Agencia de Protección de Datos publicó para regular este aspecto la Instrucción 1/2006 de 8 de noviembre, sobre el tratamiento de datos personales con fines de vigilancia a través de sistemas de cámaras o videocámaras. En ese sentido, y para la instalación de cámaras de videovigilancia, se deberá notificar a la Agencia Española de Protección de Datos la creación de un fichero de videovigilancia, instalando un cartel informativo en zona visible advirtiendo que la zona está vigilada, identificando al responsable del fichero y comunicando una dirección a la que se deberán dirigir los afectados para ejercitar sus derechos.

Acceso al Registro de Instrucciones Previas

¿Quién puede acceder al Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid?

El Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid se encuentra previsto en la Ley 3/2005 de 23 de Mayo, y toda la regulación relativa al mismo tiene su fundamento en el Decreto 101/2006 de 16 de noviembre. Respecto a quién puede acceder al contenido de las instrucciones previas en el Registro, de conformidad con el artículo 5 del mentado decreto, podrán acceder, además de quienes son los más interesados, como es el caso del otorgante y del facultativo a quien van expresamente dirigidas, un tercero que, siendo portador de un poder bastante al efecto, dado por el otorgante, tenga el mandato de éste para inscribir las instrucciones o llevar a cabo una modificación, sustitución e incluso revocación. ■

*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.
Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

J O R N A D A

Avances en Sanidad y Dependencia en Extremadura



**Biblioteca Pública
Jesús Delgado Valhondo**

Avenida de la Libertad, s/n

Mérida, 14 de abril de 2009

Organizado por

Medical Economics

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

Con la colaboración de



Inscripción: se ruega confirmación de asistencia.

Srta. Rosana Sánchez

Tel.: 91 500 20 77 - info@medeco.es



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
800 80 60 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

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 «CE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «JLC» 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 hipertensión 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 colocarse 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 con stenosis bilateral de la arteria renal o estenosis 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 pueda 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 con stenosis 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, ketoconazol, 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], ritonavir, 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), cimelidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucemiantes 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: cimelidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámida. **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, oligohidramnion, 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 hipopotasemia. 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, <1/100); poco frecuentes (1/1.000, <1/1000); muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuente. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, gatastasia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaríngeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos 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. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos 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 sin haberse 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 sistólica 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 vasoconstrictor 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, Wimbleshurst 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 **REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiada. 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, High Hypertensive Patients: Subgroup Analyses of 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. *J Clin Hypertens.* 2007; 9: 355-364.



Club Médico

Informativo

CLUB MEDICO: Leganitos, 35 – 28013 MADRID – TELS. 91 5410279 – 91 5481866 Fax: 91 5410009 – Email: club-medico@arrakis.es Web: www.club-medico.com

ACTIVIDADES

- **Vacaciones de Semana Santa**
- **Residencia de San Juan**
- **Residencias Asistidas**
- **Politours Viajes**
- **Pullmantur Cruceros**
- **Apartamentos Club Médico**
- **Centro Médico Gran Vía**
- **Guía de Establecimientos Recomendados**



POLITOURS

Semana Santa 2009

Paris

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 378 €

Brujas

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 440 €

Roma

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 525 €

Estambul

AVION + HOTEL
5 DIAS / 4 NOCHES
DESDE 565 €

Berlín

AVION + HOTEL
4 DIAS / 3 NOCHES
DESDE 385 €

Dubrovnik

AVION + HOTEL
5 DIAS / 4 NOCHES
DESDE 650 €

Malta

AVION + HOTEL
5 DIAS / 4 NOCHES
DESDE 550 €

Nueva York

AVION + HOTEL
8 DIAS / 6 NOCHES
DESDE 1.560 €



Visite su Agencia de Viajes

CLUB MÉDICO • Leganitos, 35 - 28013 Madrid Telfs.: 91 541 02 79 - 91 548 18 66 / Fax: 91 541 00 09

E-mail: club-medico@arrakis.es • Cicma 1448

pullmantur

Sol:

f. Estrella del sistema solar bajo la que podrás disfrutar Semana Santa y el Puente de Mayo en tu Crucero Pullmantur.



Semana Santa

BRISAS DEL MEDITERRÁNEO

Salida el 6 de abril

8 DÍAS/7 NOCHES en el buque SOVEREIGN

DESDE SÓLO

832€

Y CON TODO INCLUIDO A BORDO

Visita tu agencia de viajes

Puente de Mayo

BRISAS DEL MEDITERRÁNEO

Salida el 27 de abril

8 DÍAS/7 NOCHES en el buque SOVEREIGN

DESDE SÓLO

752€

Y CON TODO INCLUIDO A BORDO

Visita tu agencia de viajes



Un Crucero **Pullmantur** es sano por definición.

Queremos ser la parte más relajante de tu vida.

Sumérgete en la experiencia del crucero Pullmantur Brisas del Mediterráneo.

Disfruta de un merecido descanso durante Semana Santa y el Puente de Mayo.

Reserva tu crucero Pullmantur ahora. Consulta en tu agencia de viajes.

CREA TU GRUPO
de **2** de **20**

hasta **60%** de descuento

www.pullmantur.es



SEMANA SANTA 2009



ESTANCIAS

COSTA AZAHAR

PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
PEÑISCOLA	HOTEL PEÑISCOLA PALACE ****	9-12/4	—	63,75 €	70,00 €	CONSULTAR
ALCOCEBER	GRAN LAS FUENTES ****	9-12/4	—	57,00 €	63,25 €	NIÑOS 50%
OROPESA	HOTEL MARINA D'OR ****	9-12/4	96,00 €	114,00 €	129,00 €	NIÑOS 50%
BENICASIM	HOTEL INTUR BONAIRE ****	9-12/4	61,25 €	67,50 €	78,75 €	CONSULTAR

COSTA VALENCIANA

PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
CULLERA	HOTEL SANTA MARTA ****	9-12/4	57,50 €	68,50 €	78,25 €	NIÑOS 50%
GANDIA	R-H HOTEL BAYREN ****	9-12/4	73,00 €	83,00 €	90,50 €	CONSULTAR
OLIVA	HOTEL OLIVA NOVA GOLF ****	9-12/4	86,75 €	125,50 €	157,75 €	NIÑOS 50 %
MIRAMAR	HOTEL PLAYA MIRAMAR ***	9-12/4	47,25 €	58,75 €	69,50 €	GRATIS

COSTA BLANCA

PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
DENIA	HOTEL PORT DENIA ALICANTE ****	9-12/4	—	77,25 €	79,00 €	CONSULTAR
CALPE	HOTEL ROCA ESMERALDA & SPA ***	9-12/4	66,50 €	74,00 €	84,50 €	CONSULTAR
BENIDORM	HOTEL VILLAITANA *****	9-12/4	93,75 €	125,00 €	—	CONSULTAR
ALICANTE	HOTEL MELIA ALICANTE ****	9-12/4	68,75 €	99,50 €	130,25 €	NIÑOS 75€

COSTA DEL SOL

PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
TORREMOLINOS	GRAN HOTEL CERVANTES ****	9-12/4	62,50 €	68,75 €	81,25 €	NIÑOS 50%
FUENGIROLA	HOTEL LAS PALMERAS ****	9-12/4	45,00 €	53,75 €	71,25 €	NIÑOS 50%
MIJAS	HOTEL TRH MIJAS ****	9-12/4	51,25 €	55,00 €	—	CONSULTAR
MARBELLA	HOTEL LOS MONTEROS *****GL	9-12/4	105,50 €	175,25 €	—	CONSULTAR

COSTA DORADA

PRECIO POR PERSONA Y DIA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
SITGES	HOTEL MELIA SITGES ****	9-12/4	68,25 €	88,25 €	—	NIÑOS 50%
LA PINEDA	HOTEL PALAS PINEDA ****	9-12/4	—	61,75 €	70,50 €	CONSULTAR
SALOU	REGINA GRAN HOTEL ****	9-12/4	50,50 €	55,00 €	62,75 €	NIÑOS 70%
CAMBRILS	HOTEL TRYP PORT CAMBRILS ****	9-12/4	62,50 €	75,00 €	—	CONSULTAR

Si desea más información puede contactar de las siguientes formas:

TELS: 915 41 02 79 — 915 48 18 66 — Fax: 915 41 00 09 — Email: club-medico@arrakis.es

CICMA 1448

Criticada en Internet: ¡Oh, no!



Gracias a Internet, todo el mundo puede valorar lo que otros hacen. La autora describe su desagradable experiencia con las críticas *on line*.

Por Christine Meyer

Todos los domingos por la mañana disfruto de tres cosas: una hora más de sueño, una taza de café y la lectura de la sección gastronómica del periódico. Saboreo las críticas a los restaurantes alegrándome para mis adentros de los frescos triunfos con un sutil aroma a cítrico, y encogiéndome ante los mordaces comentarios de la crítica a la que se sirvió una mediocre sosería en un plato frío y deslucido.

Nunca me había parado a pensar en la manera en la que cada chef debe responder a las valoraciones que la crítica hace de su restaurante, hasta una tarde en la que me vi identificándome con ellos. El día había sido similar a muchos otros: los niños al colegio, rondas en el hospital, recoger a mi hijo pequeño a tiempo para el almuerzo, ir a la consulta para cubrir el turno de noche, atender a los pacientes.

Dos años antes, había dejado a un grupo para comenzar a trabajar en una consulta de medicina interna junto a mi marido, pediatra. Sam

Johnson (no es su verdadero nombre), a quien había conocido en mi última consulta, era uno de los diecinueve nuevos pacientes que atendí esa semana. Después de intercambiar cumplidos, me explicó que había venido a verme porque estaba harto de la "insensibilidad" de mis ex compañeros. Como no estaba seguro de mi nueva dirección, había utilizado un conocido buscador de Internet para encontrar la ubicación de mi consulta, y más cosas. Me dio una hoja de papel y me dijo: "Si no la hubiera conocido de antes, habría cancelado mi cita".

Las críticas están de moda

Mi corazón palpitaba mientras miraba la página *web* que mi paciente había impreso: "... La peor médico que me ha atendido... malhumorada y poco comprensiva... se rió de un niño deficiente en la sala de espera, mientras yo escuchaba horrorizado". Tuve que contener las lágrimas. Con la mejor de mis caras, hablé con Sam, lo examiné y me despedí de él.



Esa noche, más tarde, contra mi propio criterio, busqué la página *web*. El sistema de votación era simple. Cualquiera con una dirección de e-mail podía registrarse (gratuitamente), pinchar en el nombre de un médico y valorarlo del 1 al 5 en tres categorías: puntualidad, amabilidad y conocimientos. La puntuación media quedaba registrada, junto a una cara feliz si el médico había conseguido una buena crítica o una cara triste si había obtenido un mal resultado. Los pacientes también tenían la posibilidad de escribir comentarios acerca de sus médicos.

«Los sitios web que dan a los pacientes la oportunidad de votar a los médicos no tienen ningún medio de establecer si quienes votan son realmente pacientes»

Christine Meyer, MD

Además de la crítica que había despertado mi atención, tenía otras tres más. Los pacientes me habían dado un 5 de media, y habían añadido brillantes comentarios sobre mi atención hacia ellos, mi competencia y mi comportamiento. La última crítica, aparte de describirme en términos burlones, me había dado la puntuación más baja en las tres categorías.

Intenté recordar si algún paciente se había ido enfadado de la consulta últimamente. Había echado a varios pacientes por conducta compulsiva de búsqueda de medicación. Tal vez alguno de ellos quería ajustar cuentas. Además, había estado muy cansada últimamente. ¿Había dejado que eso repercutiera en mi trabajo? ¿De verdad resultaba “malhumorada y poco comprensiva”? Me di cuenta, según me sentaba frente al ordenador, de que ni siquiera importaba si yo era realmente alguna de esas cosas; lo que importaba era la percepción que el paciente había tenido de nuestra interacción.

Entonces, comprendí algo escalofriante. ¿Y si el autor de la crítica ni siquiera era un paciente? Hacía poco nos habíamos visto involucrados en varios juicios consecutivos por incumplimiento de contrato con unos contratistas que habíamos empleado para que realizaran trabajos en nuestra casa. Ambos sabían que éramos médicos. De la manera en que estaba ideada la página *web*, cualquiera podía escribir comentarios perjudiciales.

Envié un e-mail a los administradores del sitio *web* y utilicé las palabras “difamatorio” y “malicioso”. Quitaron la crítica en seguida, pero mantuvieron las bajas puntuaciones.

Aparentemente contra mi voluntad, empecé a visitar la página prácticamente a diario. Además de comprobar lo que la gente decía sobre mí, leía las valoraciones de mis especialistas. ¿Qué opinaban los pacientes del cardiólogo a quien le remitía? ¿Y del médico que me hacía la competencia al final de la calle? ¿Y sobre los médicos de talla mundial que trabajaban en los hospitales universitarios?

Finalmente, llegué a tres conclusiones. Primero, no importa lo bien que creas que haces tu trabajo, siempre habrá pacientes a los que no puedas complacer. Segundo, las *web* que dan a los pacientes la oportunidad de “votar” a los médicos no tienen ningún medio de establecer si quienes votan son consumidores válidos; incluso las críticas “legítimas” suelen ser escritas por personas con opiniones extremas los que te quieren y los que te odian. Muy pocos observadores neutrales votarán. Tercero, la controversia es precisamente lo que ayuda a triunfar a este tipo de sitios *web*.

En la práctica, he sido un poco más prudente en mis encuentros con los pacientes, sobre todo con los más difíciles. Prefiero respirar hondo y responder a las mismas preguntas por quinta vez antes que despachar al paciente. Ahora, además de intentar ofrecer una buena calidad y una medicina rentable, procuro ganar más puntos de los votantes potenciales.

Por suerte, la mayoría de la gente sigue recomendaciones personales a la hora de elegir a su médico, así que no creo que este tipo de páginas marquen una gran diferencia en el éxito o el fracaso de una consulta médica. Al contrario del negocio del restaurador local, el mío es relativamente seguro. Pese a esto, espero que los administradores de estos sitios *web* desarrollen algún medio para confirmar que la gente que vota a los médicos son o al menos fueron sus pacientes.

Entre tanto, continuaré ejerciendo la medicina de la mejor manera que conozco: con compasión y auténtico interés por el bienestar de mis pacientes. Y cada domingo cruzaré los dedos por mis compañeros con diferentes chaquetas blancas. Quién sabe, hasta puede que vaya a un restaurante que, según el crítico, cocina demasiado el pescado. Después de todo, no es posible que sepas algo si no lo ves con tus propios ojos. ■



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 Continua 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.

PRÁCTICA PRIVADA

Cómo conseguir más pacientes en tiempos de crisis

¿Anuncios en los periódicos? ¿Internet? ¿Conferencias?

A continuación, le indicamos cómo elegir los métodos más eficaces para hacer crecer su negocio y evitar los que no funcionan.



El artículo de la edición americana de MEDICAL ECONOMICS que reproducimos a continuación es de un valor enorme, aunque a algunos de nuestros lectores les pueda resultar sorprendente que para captar pacientes en cualquier etapa de su actividad, haya médicos que trabajen y hablen de sus experiencias en temas tan especializados de marketing como son las distintas formas posibles de hacer publicidad. El texto va a ayudar a pensar y ver qué se puede reproducir en España, donde todavía hay médicos (afortunadamente cada vez menos) que se resisten a utilizar términos como “comercial”, “anuncios”, “promociones”, etc.

Y no digamos el ponerse a preparar un bien construido plan de marketing donde se articulen todos los parámetros a considerar. Peor para ellos.

Y es que ellos (los norteamericanos) ya están en un mercado (otra palabra todavía “tabú” para algunos) mucho más desarrollado que el nuestro donde se concibe que hay que conseguir unos buenos resultados de facturación con unos costes asociados para revertir los beneficios en mejoras para los pacientes y para la formación de los propios profesionales sanitarios.

Por eso citan términos como el uso de la guía de teléfonos, hacer camisetas, anuncios *ad hoc*

según características de los pacientes a impactar, etc., y otros muchos que todavía aquí son impensables y que se hacen en sitios que son considerados por su seriedad y rigor clínico como verdaderas “catedrales” de la ciencia. Así, ver patinadoras en centros comerciales promocionando nuestros servicios de estética, por ejemplo, o vender artículos de “souvenir” de determinados centros asistenciales de esos a los que los pacientes acuden porque les han dicho que “tienen mucho prestigio”, por ejemplo, no quitan valor a ningún tratamiento médico y, posiblemente, hagan conocer a más pacientes excelencias de ciertos servicios, sobre todo preventivos. Evidentemente hay que someterse a una ética y perseguir cualquier tentación de mensajes no rigurosos. Y denunciarlos.

Disfruten leyendo con atención el artículo, todo ello y más va a llegar muy rápidamente para nuestro bien, pues puedo asegurarles que los pacientes inmersos en esta sociedad de la comunicación actual, están bien preparados para recibir estos impactos, mucho más que los propios médicos en general.

José María Martínez

Por Gail Garfinkel Weiss

Peter E. Bentivegna, un cirujano plástico en Cape Cod, MA, dio conferencias en clínicas de su especialidad, y pasó de tener de cinco pacientes a diez por sesión. Katrina Hood y uno de sus socios establecieron su clínica pediátrica en Lexington, KY, y dieron charlas por su cuenta a los padres acerca de las enfermedades en las guarderías y también a los futuros padres en las clínicas prenatales. Jeffrey A. Eking se publicitó por la radio y duplicó el volumen de

afluencia a su clínica privada en Washington, DC. John C. Johnson, un especialista en urgencias en Valparaíso, IN, dice que la gente puede no necesitarte durante años, pero recuerdan ir en tu búsqueda cuando te necesitan”.

Para muchos profesionales, el marketing es una herramienta de supervivencia. Sin embargo, hay tantas maneras de publicitarse (organizar charlas, los medios de comunicación impresos, anuncios de radio, la *web*) que a veces los médicos utilizan cual-

quiera de ellas por azar, o directamente no las utilizan. “Uno de los mayores errores es no desarrollar un plan de marketing”, dice Keith Borglum, director de Gestión y Marketing en Santa Rosa, CA. “En términos médicos, es como hacer un tratamiento sin un diagnóstico”.

En marketing, como en medicina, hay muchas más probabilidades de alcanzar sus metas si usted se toma un tiempo para determinar cuáles son. Empiece por estable-

Sumana Reddy, por su parte, desea captar a distintos tipos de pacientes para su consulta en Salinas, CA. Para ello, ella y sus socios contrataron a un profesional que diseñara y promocionara diversos asuntos, incluidas medidas preventivas, ampliación de horario, la salud de las mujeres, etc. “Recientemente abandonamos la obstetricia y temimos que acudiesen a nosotros menos niños”, dice. “Puesto que los niños son lo más importante para nosotros, decidimos realizar un anuncio específicamente para ellos”.

Otro de los grupos más identificables que debe tener como objetivo en la campaña de marketing son los antiguos pacientes. Para ver cómo hacerlo, vea página 49.

Algo muy importante para lograr su objetivo es crear una página *web*. “Muchos médicos consiguen una buena por 500 dólares o menos”, dice Borglum. Debe ser fácil de leer y de navegar por ella, por lo que hay que evitar que sea difícil de cargar, los gráficos animados e imágenes de fondo que dificulten la descarga rápida de la página. Incluya fotos recientes y la biografía de sus profesionales sanitarios y del resto del equipo; sus horas de consulta, dirección y modo de contacto, y una breve explicación de los servicios que su consulta ofrece. Patricia Raymond, gastroenteróloga que depende de un flujo estable de nuevos pacientes para su consulta en Chesapeake en la que realiza colonoscopias, ofrece en su página *web* (www.simplyscreening.com) información y varios vídeos sobre el tema.

Para atraer más gente a la página *web*, haga que la página aparezca en un lugar destacado.

Un logotipo distintivo (una imagen visual relacionada claramente con su consulta) mejora el plan de marketing. Jonathan Pasterneck anunció su clínica pediátrica y juvenil en Delmar, NY, y utilizó la imagen de un bebé junto a la de un graduado en su logotipo. “Necesitará un diseñador para crear el icono adecuado, algo que la gente capte, recuerde y que le haga diferenciarse del resto”, dice Ken Hertz (MGMA) establecido en Alexandria, LA.

Hertz considera que además de una campaña de marketing eficaz y pulida, se requiere diligencia. Seleccione a un especialista en la materia de la misma manera que buscaría a un buen abogado, un censor jurado de cuentas o un auditor: entrevistan-

«Con los anuncios, la mejor forma de determinar si sus esfuerzos se están viendo recompensados es preguntando mediante algún formulario»»

cer parámetros cuantificables. ¿Cuántos pacientes desea atraer? ¿Su personal y sistemas internos son capaces de atender a ese número de nuevos pacientes? ¿Cuánto tiempo y dinero puede invertir en marketing? ¿Está usted buscando un perfil específico de paciente? Si desea captar entre 20 y 30 pacientes, por ejemplo, probablemente necesitará crear una página *web* y una campaña publicitaria destinada a atraer a la gente.

Y asegúrese de evaluar periódicamente lo que funciona y lo que no aporta resultados. Como dice Kenneth T. Hertz, consultor senior del *Medical Group Management Association* (MGMA) “con la reducción de los márgenes de la consulta, es cada vez más importante que el marketing produzca resultados”.

Perfil específico de pacientes

De la misma forma que las obras de teatro exitosas, la publicidad efectiva supone una buena oportunidad y da lugar a conocer a su público, además de tener un buen producto. Para atraer a los atletas a su consulta, John Pagliano, un podólogo en Long Beach, CA, patrocina algunas carreras. Su consulta se publica en cada uno de estos eventos a través de las camisetas y de los programas. Después de cada carrera, dispone clínicas móviles en los que los atletas tratan los problemas que han tenido a lo largo de la carrera. La prensa local habló sobre ello: en agosto de 2007, el *Daily Breeze* escribió un artículo sobre Pagliano en el que se le apodó “Doctor Distancia”.

Puntos clave

» Desarrolle un plan de marketing antes de llevar a cabo cualquier estrategia.

» Respalde su campaña de marketing con un logotipo fácilmente identificable y con una *web* profesional.

» Asegúrese de evaluar periódicamente lo que funciona y lo que no aporta resultados.

» El “boca a boca” puede ser la herramienta de marketing más efectiva.

«Uno de los mayores errores que cometen los médicos es no desarrollar un plan de marketing»

—Keith Borglum,
Director de Gestión y Marketing



do a los candidatos, ver cómo trabajan y pidiendo referencias. Otros aspectos a tener en cuenta:

► Antes de contratar a un profesional, determine el objetivo de la campaña de marketing. Baraje la posibilidad de contratar a otro médico, introducir nuevos servicios o, simplemente, el crecimiento de la consulta.

► Elija a alguien con experiencia en el marketing sanitario.

► Aprenda de él. Pregunte a sus candidatos de qué forma conseguirán alcanzar los objetivos a través de sus recomendaciones, campañas, anuncios, logotipos, etc.

► Sepa cuáles son las condiciones de pago. Los costes varían sustancialmente, dice Hertz. Algunos profesionales del marketing cobran por horas, otros lo hacen por proyectos. Tenga en cuenta que si el profesional que ha contratado para realizar la campaña cambia la dirección de la misma durante el proceso, eso incrementará el coste global.

► Para evitar que haya demasiada gente implicada, asigne una persona en concreto de la clínica para trabajar con el profesional contratado.

Hágase visible en su entorno

Puede anunciarse “gratis” organizando charlas en hospitales, colegios e institutos y en otros locales. También lo puede hacer realizando visitas voluntarias, asistiendo a congresos médicos o con cualquier otra actividad que atraiga a pacientes potenciales. Jeffrey M. Kagan de Newington, CT, especialista en medicina interna, envía de manera periódica comunicados de prensa con el fin de captar la atención de los medios. Logró atraer a bastantes pacientes tras aparecer una noticia en los periódicos sobre su iniciativa de llevar a estudiantes de medicina a realizar visitas a domicilio.

“Trate de ser una autoridad competente dentro de su especialidad en cualquier tema

(enfermedades contagiosas, tratamiento del asma, etc.), de esa forma será la persona a la que los medios recurrirán cuando necesiten entrevistar a alguien”, dice Hertz. “Ser catalogado como un experto aporta mucha más credibilidad al médico. Eso es algo que no tiene precio”.

Es más probable impresionar a los pacientes potenciales si sus conferencias están representadas por una “alta autoridad”, como pueden ser el hospital o una ONG. Un médico experimentado y reconocido puede allanar el camino a los médicos más jóvenes.

Además, los editores de los periódicos siempre buscan perspectivas locales o temas nacionales. Encargue a alguien de su clínica buscar nuevas historias y contacte con el periodista adecuado para contarlas. Por ejemplo, a un representante del ayuntamiento le han diagnosticado fibromialgia. Alguien de su clínica debe contactar con el reportero que cubre la noticia y decir: “Jane Doe, una endocrina que recientemente ha entrado a formar parte de nuestra clínica, tiene mucha experiencia en este campo y estaría encantada de responder a todas sus preguntas. Aquí tiene nuestros datos de contacto. Si quiere entre a visitar a la doctora Done y estaremos a su disposición”.

El “boca a boca” entre pacientes

John C. Johnson ha probado varios métodos de captación de pacientes a su clínica de urgencias. Algunos de sus intentos han sido:

► Anuncios breves (de 10 a 15 segundos) en la radio local: *efectivos*.

► Periódicos: *un importante gasto de dinero*.

► Páginas amarillas: *poco útil*.

► “Boca a boca”: *efectivo y sin gastos*.

Para una consulta médica, el “boca a boca” es el mejor método para atraer a los pacientes, que acuden con grandes expectativas (excelente médico y servicio). “Los pa-

Qué es útil para un médico

- Cuñas publicitarias en la radio
- “Boca a boca”

Qué no suele funcionar

- Páginas Amarillas
- Periódicos

cientes van a hablar de usted y de su consulta”, dice Kristin Baird, una asesora médica de Fort Atkinson, WI. “Por lo que usted debe crear una experiencia positiva y animar a los pacientes a que hablen de ellas”. Lo conseguirá si:

- ▶ Enseña a su equipo a dar la bienvenida a los pacientes (diciendo “hola”, mirando a los ojos y atenderles en lo que deseen).

- ▶ Asegura que la sala de espera está limpia y es cómoda (no tenga revistas antiguas ni plantas muertas).

- ▶ No hace esperar a los pacientes.

- ▶ Informa a los pacientes sobre las condiciones de cobro (de una manera amable).

«Si ha optado por poner tres anuncios en diferentes periódicos, pregunte cuál ha sido el que más ha llamado la atención»

—David Albenberg

Baird menciona a una pediatra que generó unos comentarios excelentes por su forma de llevar la clínica: llamaba a los padres de los niños enfermos que habían acudido a su consulta ese día para ver cómo estaban.



Además, teniendo en cuenta que cada día más gente se comunica electrónicamente, no desestime el valor de una nota escrita a mano para incrementar los comentarios positivos y la lealtad de los pacientes. Algo así como: “Bienvenido a nuestra clínica. Estoy encantado de que me haya elegido para atender sus necesidades médicas. Está en buenas manos, Daniel Brown”.

Para animar a los pacientes a que hablen bien de usted, dídeles que comenten a sus familias y amigos su intención de ampliar la clínica y de recibir a más pacientes, o cuelgue una nota en la consulta que ponga: “Actualmente aceptamos a más pacientes, apreciamos sus recomendaciones”.

Los miembros del equipo también pueden actuar como excelentes embajadores. Baird recomienda que anime a sus trabajadores a hacer referencias sobre su lugar de trabajo como, por ejemplo: “En mi trabajo los médicos hacen todo lo posible tanto por los niños como por los pobres ancianos que viven en residencias”.

Cómo saber lo que funciona

Como sucede con todo lo que supone un gasto económico, usted quiere que su inversión tenga unos resultados. Con los anuncios, la mejor forma de determinar si sus esfuerzos se están viendo recompensados es preguntando. Puede incluir en los formularios para los nuevos pacientes preguntas del tipo “¿Cómo ha sabido de nosotros?”, “¿Cómo podemos agradecerle sus recomendaciones?”. Después, un miembro de su equipo puede hacer una evaluación de los resultados.

Si ha optado por poner tres anuncios en diferentes periódicos, pregunte cuál ha sido el que más ha llamado la atención, dice Keith Borglum. Si uno de ellos es el que más destaca, prescinda de los otros dos.

David Albenberg, que dirige una consulta de Atención Primaria de “medicina al por menor” en la que los pacientes pagan en efectivo y presentan sus propias solicitudes al seguro, tiene una base de datos que contiene información sobre los resultados que han ofrecido sus distintas maneras de anunciarse. La base indica que uno de cada cinco pacientes ha acudido a su consulta

por el “boca a boca”, mientras que menos del 5 por ciento lo ha hecho a través anuncios de pago.

Preguntar a los pacientes cómo le han encontrado sólo le proporciona una parte de todo el conjunto, porque normalmente la gente decide acudir a un nuevo médico teniendo en cuenta varios factores. Después de oír a un amigo hablar del “doctor Smith” y ver sus tarifas, una persona que necesita a un especialista consultará las *Páginas Amarillas* y recordará su nombre. “Cuando esa persona llegue a la consulta del doctor Smith y le pregunte cómo ha sabido de él, seguramente ésta citará las *Páginas Amarillas*, pero es mucho más complicado que todo eso”, dice Borglum.

Albenberg también cree que se necesitan tres o cuatro anuncios de éxito antes de que pacientes potenciales llamen para pedir cita. “No es raro que los pacientes te digan que varias personas le han hablado de ti, que han leído artículos favorables sobre tu clínica y que han ido en coche hasta allí y han visto que el edificio tenía parking. No saben identificar claramente el motivo concreto. Pero cada uno de ellos hace reducir su resistencia y, finalmente, sienten que es una buena idea acudir y formar parte de tus pacientes”.

Sabiendo eso, Borglum recomienda una gran aproximación al marketing. Usted quie-

re que su nombre se encuentre fácilmente en las *Páginas Amarillas*, pero un anuncio por orden alfabético en el que se indique su especialidad es normalmente lo que se le pide a un médico de Atención Primaria. Borglum remarca la necesidad de incluir la dirección de su página *web* en el listado de las *Páginas Amarillas*. Eso ayuda a atraer a la gente desde el listín a su página *web*, dice Borglum. Se sabe que cada vez más gente inicia su búsqueda a través de Internet y no

«Trate de ser una autoridad competente en cualquier tema dentro de su especialidad»

—Kenneth T. Hertz

tanto a través del listín telefónico, tanto en lo que se refiere a la medicina como en otros muchos servicios.

Al final, se trata de investigar cuáles son los intereses de sus pacientes potenciales y qué es lo que les atrae hacia su clínica y hacia usted. “No sabemos si la gente viene a nosotros gracias a las campañas de marketing”, dice Sumana Reddy, “pero sabemos que el marketing afianza nuestra imagen y el conocimiento sobre lo que hacemos”. ■



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?

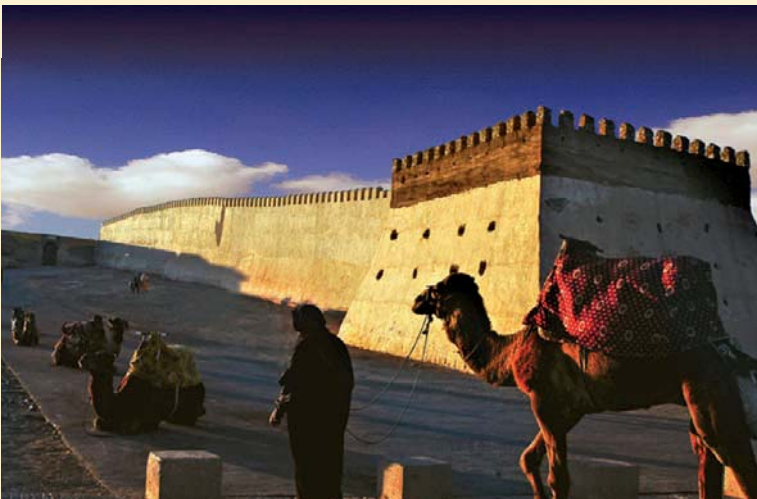
Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección:

medeconomics@drugfarma.com*

◆ Plazo de presentación de originales

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

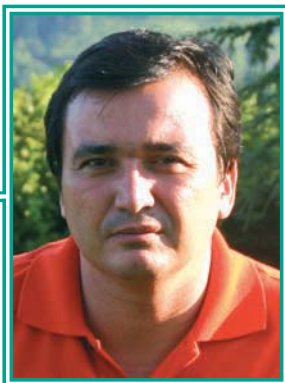
**Consulte las bases del certamen en www.medeco.es*



Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (VI)

El impacto presupuestario



Álvaro Hidalgo*

En este artículo vamos a introducir un nuevo tipo de estudio que suele acompañar a los trabajos de evolución económica: los modelos de impacto presupuestario (BIM, Budget Impact Model, en inglés). En la literatura se bautizó la inclusión de los análisis de evaluación económica como la cuarta barrera para el acceso al mercado de los medicamentos. Tradicionalmente las tres barreras que debía superar un nuevo fármaco para poder comercializarse y llegar a los pacientes eran: la seguridad, la eficacia y la calidad. Cuando la preocupación por la eficiencia comienza a incluirse como un requisito más, se generalizan los análisis de evaluación económica y los nuevos medicamentos antes de acceder al mercado debían demostrar no sólo que eran seguros, eficaces y de calidad, sino que además eran más eficientes que las alternativas existentes.

Sin embargo, una vez que hemos demostrado que el medicamento es eficiente, falta contestar a una pregunta adicional: ¿podemos pagarlo? En este momento es cuando es necesario demostrar un modelo de impacto presupuestario. De esta forma, algunos autores han señalado que los modelos de impacto presupuestario se constituyen cómo la quinta barrera para el acceso al mercado, ya que además de sortear las tres tradicionales y la cuarta impuesta por los análisis de evaluación económica es necesario demostrar que el nuevo tratamiento puede ser asumido desde un punto de vista financiero. Es evidente que los estudios de evaluación económica buscan maximizar la eficiencia y el valor como mecanismo de asignación de recursos. Los gestores sanitarios, igualmente buscan agregar valor, pero están sujetos a la restricción presupuestaria, es decir al equilibrio de sus ingresos y gastos.

Los trabajos de evaluación económica comparan los aumentos marginales en costes y beneficios para el paciente de una nueva tecnología sanitaria con el tratamiento usual para el paciente representativo. Por su parte, los modelos de impacto presupuestario esti-

man el impacto en el uso de servicios y recursos sanitarios después de la inclusión de la nueva tecnología en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Así, los aspectos necesarios para un tipo de análisis u otro son radicalmente diferentes.

Características y requisitos

Centrándonos en los modelos de impacto presupuestario es necesario conocer el grado de sustitución entre los tratamientos similares para cuantificar adecuadamente el presupuesto adicional que se va a necesitar, o bien, para averiguar cuánto vamos ahorrar con la inclusión de la nueva tecnología poder dedicarlo a otras tecnologías. El primer paso consiste en estimar el número de pacientes que vamos a tratar con la nueva tecnología, con lo que deberemos calcular al población diana y qué porcentaje de éstos serán tratados con el nuevo medicamento. Una vez identificados los pacientes, es necesario no sólo conocer el uso de la nueva tecnología, sino además estimar si su inclusión aumenta o disminuye el uso de otros recursos o servicios sanitarios, ya que una determinada tecnología puede ser inicialmente mas barata que la que sustituye, pero consumir más recursos sanitarios de otro tipo.

Otros aspectos relevantes en este tipo de estudios son que la perspectiva del modelo esté claramente definida y sea consistente con la visión del decisor. Igualmente, a la hora de establecer la comparación entre la nueva tecnología y las existentes se tiene que incluir el tratamiento mínimo aceptado. Es decir, el modelo debe considerar la tasa de adopción, difusión y sustitución de las nuevas terapias y/o el aumento de demanda de nuevos recursos sanitarios. Por ello es fundamental que un buen estudio de impacto presupuestario sea capaz de predecir el desplazamiento en el tiempo de unos recursos sanitarios a otros. Además, los modelos de impacto presupuestario deben permitir igualmente examinar indicaciones y subpoblaciones específicas. En

» Algunos autores han señalado que los modelos de impacto presupuestario se constituyen cómo la quinta barrera para el acceso al mercado.

» A la hora de establecer la comparación entre la nueva tecnología y las existentes se tiene que incluir el tratamiento mínimo aceptado.

cualquier caso, el horizonte temporal elegido debe adecuarse a la perspectiva del órgano decisor y ser congruente con la etiología de la enfermedad a tratar. Además, los modelos de impacto presupuestario deben cumplir los mismos requisitos que los estudios de evaluación económica respecto a la transparencia del modelo, los supuestos que se recogen y los cálculos que se establecen en los mismos. De la misma forma, deben tratar de forma figurada la presencia de la incertidumbre e incluir un análisis de sensibilidad.

Por último, comentaremos un ejemplo reciente publicado por Darbà y Restovic (2008) sobre "El coste del asma persistente de moderada a grave en España: impacto de la introducción de beclometasona/formoterol". El objetivo del trabajo es realizar un modelo de impacto presupuestario derivado de la introducción de la combinación de beclometasona/formoterol extrafina en el tratamiento del asma persistente de moderada a grave en España. Los autores desarrollan un modelo de impacto presupuestario con un horizonte temporal de cinco años y desde la perspectiva del SNS. Para actualizar los costes utilizan una tasa de descuento del 5 por ciento, aspecto necesario para expresar todos los datos monetarios en una misma unidad, que son los euros del año 2007. El punto de partida del trabajo es estimar la población actual con asma persistente de moderada a grave en mayores de 18

años, la carga económica actual de tratar a dicha población con las actuales opciones de tratamiento en combinaciones y la carga económica esperada después de la introducción de beclometasona/formoterol extrafina.

En el citado trabajo, los autores estimaron que la población diana, con asma persistente de moderada a grave, tratada en España con combinaciones sería cercana a los 384.635 pacientes en 2007, alcanzado los 498.385 pacientes en 2012, justificando este incremento por el aumento de la población española y al incremento de la prevalencia del asma. En cuanto a los costes, en el artículo se estima que el coste total del tratamiento en España del asma persistente de moderada a grave para los próximos cinco años sería de 2.295 millones de euros antes de la introducción de beclometasona/formoterol y en 2.253 millones después de su introducción. Por consiguiente, el coste medio anual por paciente tratado fue estimado en 982 euros antes de la introducción de beclometasona/formoterol y en 964 euros después de ésta.

En resumen, los autores concluyeron que con la introducción de beclometasona/formoterol en el tratamiento del asma persistente de moderada a grave, el nuevo escenario presentaría un coste medio por paciente menor y un ahorro de costes de 41,4 millones en los presupuestos del sistema sanitario en los próximos cinco años. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

José Antonio Sacristán. Fernando Antoñanzas. *Reflexiones sobre reglas de decisión, coste-efectividad e impacto presupuestario.*

Gaceta Sanitaria. 2008;22:585-9.

Josep Darbà, Gabriela Restovic (2008). *El coste del asma persistente de moderada a grave en España: impacto de la introducción de beclometasona/formoterol.* PharmacoEconomics -

Spanish Research Articles 5 (4): 134-146.

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>



Estrategias de I+D en la Sanidad de Castilla-La Mancha

La importancia de la investigación socio-sanitaria

Castilla-La Mancha no quiere perder el tren de la investigación biomédica. Por eso creará dos institutos de investigación hospitalaria dentro del Plan de Investigación en Ciencias de la Salud. Pero, al mismo tiempo, potencia la investigación socio-sanitaria, donde se siente fuerte y a la que las autoridades de la región conceden una importancia relevante.

Gonzalo San Segundo

“La formación y la investigación son dos de los elementos que dan calidad a nuestro sistema sanitario y le garantizan el futuro”, afirmó el consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha, Fernando Lamata Cotanda, en la inauguración de la jornada *Estrategias de I+D en la Sanidad de Castilla-La Mancha*. Y añadió: “Si tenemos profesionales bien formados haremos buena Medicina, buena enfermería, buena atención sanitaria. En términos generales, la Sanidad española es muy buena”.

Al acto, organizado por MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de Astellas, asistieron, entre otros, autoridades sanitarias, gerentes de hospitales y de Atención Primaria, directores de investigación y profesionales de la AP y de la atención especializada que están impulsando en la región castellano-manchega la política de investigación y desarrollo. El editor de esta revista, Manuel García Abad, dio la bienvenida a los ponentes y asistentes, y José María Martín Dueñas, director general de Astellas, señaló que la

compañía dedica el 17 por ciento de sus ventas a I+D+i, más que la media de la industria farmacéutica europea.

Pero no basta con tener profesionales bien formados. La formación hay que completarla con la investigación. Y en este sentido, Lamata, tras afirmar que “estamos utilizando la Sanidad como un campo de batalla político y partidario”, dijo que la investigación es un motor económico, de generación de conocimiento y de innovación en las prácticas diagnósticas terapéuticas y organizativas. Y apun-



De izda. a dcha., José María Martín Dueñas, director general de Astellas Pharma; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Honorio Bando Casado, vicepresidente de Idepro; Fernando Lamata, consejero de Salud y Bienestar Social de la Junta de Castilla-La Mancha; Gonzalo San Segundo, director asociado de *Medical Economics*; Juan Rodés i Teixidor, director del IDIBAPS; Vicente Martínez Vizcaíno, codirector del Centro de Estudios Sociosanitarios de la Universidad de Castilla-La Mancha; y Rodrigo Gutiérrez Fernández, secretario general del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

tó: “Hay un campo de investigación en los ámbitos de organización y gestión de los sistemas de evaluación que son muy interesantes y nos deben seguir dando información para mejorar”.

Se refirió a continuación a la investigación socio-sanitaria, que en Castilla-La Mancha tiene su expresión en el Centro de Investigaciones Sociosanitarias (CES) de Cuenca, que cuenta con apoyo universitario y de cuyos resultados se beneficia la práctica clínica. Lamata lo calificó como “el enfoque del nuevo paradigma de la sanidad en el siglo XXI”.

Dicho paradigma socio-sanitario se dibuja en el último libro de Honorio Bando, *Un compromiso con la Sanidad: La promoción integral de la salud*, que el consejero presentó, y que recoge la experiencia y el conocimiento del autor sobre las políticas de investigación y formación, lo que “da solidez a la obra”, en palabras de Lamata.

Juan Rodés i Teixidor, ex director general del Hospital Clínico de Barcelona y director del Instituto de Investigación Sanitaria IDIBAPS del mismo hospital, hizo un repaso a la investigación e innovación, en términos generales, para concretar esos aspectos en la realidad del IDIBAPS, “una experiencia que se puede extrapolar perfectamente a otros hospitales”, dijo.

Nadie duda de que la investigación biomédica ha contribuido de forma decisiva a cambiar el paradigma de las patologías, gracias a la incorporación de nuevos fármacos. Por tanto, la investigación ha sido útil para que nuestra sociedad alcance una esperanza de vida mucho más alta y una mejor calidad de vida. ¿Y cómo está España en investigación comparada con los países de nuestro entorno?

Investigación biomédica

Rodés apuntó que existe “una desconexión tremenda entre la práctica clínica y la investigación médica”. Y dio el dato de que menos del 5 por ciento de las publicaciones de revistas científicas de alto impacto tienen relevancia clínica. Y otro dato más: “Solamente el 10 por ciento de los tratamientos y de los diagnósticos de guías clínicas están basados en el conocimiento, no hay una evidencia clara entre el cuidado de la salud y la política sanitaria”. Lo que quiere decir que hay “una desconexión importante entre el saber y el conocimiento científico y la práctica clínica”. Y el único camino para mejorar esa situación es la investigación traslacional, “que ahora en España se empieza, por vez primera, a potenciar”.

¿Cómo se puede potenciar la investigación trasnacional en biomedicina? Rodés respondió que con la creación de ins-

titutos de investigación mixtos en torno a los hospitales, como ocurre en los países más avanzados del mundo occidental, en los que trabajan investigadores básicos y clínicos. Y en ese sentido ha iniciado España su camino, para que los conocimientos generados lleguen lo más rápidamente posible al ciudadano, al paciente. Es la única manera de que haya excelencia científica. La UE lo sabe, por eso está potenciando, con subvenciones, la creación de esos institutos.

Por otra parte, expuso el director del IDIBAPS, “la creación de estos institutos es importantísima para el desarrollo científico biomédico en nuestro país, porque da unas plataformas básicas que podrán ser compartidas”. Por ejemplo, los biobancos, muy caros de mantener desde el punto de visto económico, aspecto en el que España “puede ser un líder mundial porque disponemos de una red de hospitales públicos excelentes”. Se trata de crear una red de conocimiento potente alrededor de los hospitales públicos.

La creación del Instituto de Investigaciones Biomédicas Augusto Pi i Suñer (IDIBAPS), consorcio formado por el hospital, la Generalitat de Cataluña y la Universidad de Barcelona, al que se asoció después el CSIC, marcó un hito fundamental. Hoy trabajan en él —recuerda su director— 58 equipos de investigación,



De izda. a dcha., Manuel García Abad, Fernando Lamata y José María Martín Dueñas, durante la presentación de la jornada.



De izda. a dcha., Ana Berta Hernández, directora de Enfermería del Hosp. Gutiérrez Ortega y Jesús Gutiérrez, subdirector de Calidad y Atención al Usuario, de Valdepeñas; M^o Isabel Camarenas, directora de Enfermería y Vicenta Naranjo, de Formación Continuada del Hosp. Virgen de Altagracia; con Rodrigo Gutiérrez.

más de 300 investigadores acreditados y más de 300 becarios contratados por dinero que procede muchas veces de ensayos clínicos. Su producción científica es la más alta de España y una de las primeras de Europa.

Sin subvenciones oficiales, el IDIBAPS, acreditado como instituto de investigación sanitaria, dispuso el año pasado de 54 millones de euros para investigación. Rodés precisa: “Hemos tenido la oportunidad de que Esther Koplowitz nos diese un donativo para crear un edificio que podrá albergar a unos 300 investigadores”.

La investigación socio-sanitaria se alza como un eslabón entre la Atención Primaria y la especializada

No sólo de investigación biomédica vive la Sanidad. La investigación socio-sanitaria se alza como un eslabón entre la Atención Primaria y la especializada y como un elemento coadyuvador de la medicina preventiva. En este campo, Castilla-La Mancha, como glósó Vicente Martínez Vizcaíno, codirector del Centro de Estudios Sociosanitarios (CES) de Cuenca, está realizando trabajos muy destacables y meritorios.

Según el codirector del CES, la investigación socio-sanitaria “implica a todos los profesionales que quieren investigar

sin tener una línea muy definida”, y resulta “un nicho de negocio excelente que nosotros podemos abordar”. Lo socio-sanitario implica cada día a más personas, va a necesitar más recursos y va a tener que ser mucho más eficiente, sobre todo a partir de la Ley de Dependencia.

Las prioridades de investigación del CES se centran, según Martínez Vizcaíno, en el bienestar de los mayores, los problemas de salud mental y de fragilidad y la obesidad, entre otros. El reto es que la atención socio-sanitaria “pase de ser un gasto a ser una inversión”. En este sentido, a las personas mayores, que son un foco de negocio, se las excluye como ciudadanos, “porque no se les está haciendo consumidores”. Se les monta en un autobús con destino Benidorm y no se les pregunta si es

eso lo que les interesa. A juicio del codirector del CES, las tecnologías de la información y comunicación y la falta de información/comunicación “es el reto que debemos poner en el centro de la calidad de vida de los mayores”, una vez que tienen atención universal de salud y que su enfermera y su médico de familia se están encargando continuamente de que no suban sus cifras. “Nosotros pensamos —dijo Martínez Vizcaíno— que las tecnologías de la información se deben relacionar con la promoción de la acti-

vidad física, con la calidad de los cuidados y la adherencia del tratamiento, la ayuda mutua, la prevención de la fragilidad, la mejora de las relaciones sociales, la salud mental y el deterioro cognitivo. Son un buen nicho de investigación y de negocio”. Así lo entienden los países del norte de Europa.

¿Quién debe hacer investigación socio-sanitaria?, se pregunta Martínez Vizcaíno. Y responde que los centros de investigación en combinación con la Administración, empresas, industrias farmacéutica, industrias de prestación de cuidados y de nuevas tecnologías. “Vivimos de espaldas a ellos, uno crea las tecnologías y los contenidos los tendríamos que poner los que estamos más relacionados con los mayores”.

El objetivo fundamental del CES —explicó su codirector— es aumentar la masa crítica para la investigación en temas como la obesidad infantil, “que si la dejamos en manos de los endocrinólogos nunca lo van a solucionar”. También en la fragilidad de los mayores o la promoción del ejercicio físico.

¿Qué ha hecho el CES? Investigación propia y apoyar a personas o grupos que quieren investigar. “Nosotros hacemos formación fundamentalmente dirigida a aumentar la masa crítica, es decir, los másters que proponemos no son másters profesionales, de hecho el último que nos ha aprobado nuestra universidad es en investigación socio-sanitaria”. También se imparte un máster de rehabilitación psi-



José Luis Rodríguez, de Astellas Pharma (izda.); Honorio Bando, vicepresidente de Idepro; y Enrique González Morales, de Medical Economics.



Carlos Armendáriz, secretario general del Sescam (izda.) con Rodrigo Gutiérrez.



Equipo de investigación de los hospitales de Albacete y Ciudad Real.

cosocial y, desde hace cuatro años, un doctorado de investigación socio-sanitaria que atiende bastante demanda.

¿Cuáles son los resultados? Realizan publicaciones en todas las áreas de calidad de vida y actividad física en niños, calidad de vida y menopausia, calidad de vida y trastornos de agudeza visual (“operamos más cataratas que nadie en el mundo”), factores de riesgo de las enfermedades de más prevalencia, costes de la dependencia, violencia de género, prevención de factores de riesgo cardiovascular fundamentalmente en niños y en dos proyectos europeos: homogeneidad de títulos de grado en la UE y proyecto Care MTV, de cuidados a domicilio donde hay mucha dispersión geográfica o mucho aislamiento social.

Uno de los máximos exponentes de la I+D en la comunidad castellano-manchega es el Hospital de Paraplégicos de Toledo. Lo recordó Rodrigo Gutiérrez Fernández, secretario general del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), al hablar del proyecto Nervios, que consiste en construir una matriz con diferentes tipos de microestructuras y biomateriales, que se podría colocar en la zona de la lesión medular para facilitar el crecimiento celular y axonal.

Otro de los ejemplos de investigación relevantes lo constituyen los proyectos FEES en oncología. Gutiérrez Fernández los detalló: “En el complejo hospitalario universitario de Albacete tenemos papilomavirus humano y carcinoma epider-

moide en la región genital externa, y en el complejo hospitalario de Toledo tenemos otros dos proyectos muy importantes de linfomas en la zona marginal y marcadores terapéuticos en gliomas”.

Plan de Investigación

Además de los equipos de investigación que en Castilla-La Mancha están conectados a los CAIBER (uno en el complejo hospitalario de Albacete, que recibirá 200.000 euros), las redes temáticas de investigación RETIX, y los CIBER, la Consejería de Salud y Bienestar Social mantiene programas de estabilización de investigadores: “En 2008 tenemos un investigador y un técnico estabilizados y en el 2009, también en el complejo hospitalario de Toledo otro investigador estabilizado, que permite aumentar el número de investigadores clínicos con contratación más fija y más estable”, explicó el secretario general del Sescam.

En el ámbito regional, la planificación de la investigación se hace desde la propia consejería de Salud y Bienestar Social y el Sescam. “Lo destacable —dijo Gutiérrez Fernández— sería potenciar la coordinación y los esfuerzos conjuntos para obtener ventajas o sinergias adicionales en esta materia”. Es lo que pretende, precisamente, el Plan Regional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación, que puso en marcha la Consejería de Educación y Ciencia. Y, concretamente, el Plan de Investigación en Ciencias de la Salud 2008-2010.

Dicho plan pretende, según el secretario general del Sescam, incrementar y mejorar los recursos humanos y las infraestructuras científicas y tecnológicas de la región, mejorar la conexión con el propio sistema productivo y empresarial, promover la innovación empresarial y fomentar la cultura de investigación e innovación entre los propios ciudadanos”.

También establece una serie de objetivos, entre los que cabe destacar el establecimiento de una oficina técnica de apoyo a la investigación, que acaba de poner en marcha una nueva *web* donde aparece información, documentación, recursos y que evalúa y hace un seguimiento de la producción científica; la coordinación de la actividad investigadora, la formación y el fomento de la investigación; financiación, gestión y apoyo administrativo, y la promoción de institutos de investigación: uno abarcaría las provincias de Ciudad Real, Toledo y Guadalajara, y el otro estaría centrado básicamente en Albacete y Cuenca. El objetivo último del plan es que el 2 por ciento del gasto sanitario se destine a investigación.

Gutiérrez Fernández recordó que la Consejería de Salud y Bienestar Social firmó un convenio para crear un centro de investigación biomédica, el CRIB, que tiene 44 profesores, una serie de becarios de investigación en tres *campus* de la universidad (Toledo, Albacete y Ciudad Real), con varias unidades de investigación: envejecimiento, farmacología, investigación traslacional, etcétera. ■



José Antonio Martínez Pérez (izda.) y Felipe Chavida, de Idepro.



Miguel A. Carrasco, gerente del Hosp. de Paraplégicos de Toledo; y Jesús Fernández, gerente del Hosp. General de Ciudad Real.



Juan Diz (izda.) y Miguel Ángel Hernando, de Carestream Health.



Juan Rodés i Teixidor (izda.) con Rafael Peñalver, gerente de Inspección del Sescam.

Plazos y atribución de ingresos

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Plazos para presentar la declaración

¿Qué plazos tengo para presentar la declaración del IRPF?

Un año más, puntual a su cita, Hacienda inicia la campaña del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF). El pistoletazo de salida fue el pasado 2 de marzo; desde entonces y hasta el 23 de junio de 2009 podemos solicitar a la Agencia Española de Administración Tributaria (AEAT) los datos fiscales y el borrador de declaración del IRPF de 2008. Después, desde el 1 de abril y hasta el 30 de junio podemos confirmar el borrador de declaración que tenga resultado negativo (cero), a devolver, o a ingresar pero sin domiciliación en cuenta, o cuando se renuncie a la devolución. El plazo termina el 23 de junio si confirmamos el borrador de una declaración con resultado a ingresar y pedimos la domiciliación en cuenta del importe que resulte.

En el caso de que no se confirme el borrador, el plazo para presentar la declaración-liquidación del IRPF (modelo D-100) se inicia el 4 de mayo y finaliza el 30 de junio, ambos inclusive, salvo que el resultado sea a ingresar con domiciliación en cuenta, en cuyo caso el plazo finaliza el 23 de junio.

Imputación de rentas

¿A quién deben imputarse cada una de las rentas objeto del IRPF?

En esta primera entrega de la serie "Campaña Renta 2009" analizamos algo tan importante como a quién deben imputarse cada una de las rentas objeto del IRPF. Este asunto es relevante para las personas casadas, especialmente si lo están bajo el régimen de gananciales, y para los que sean copropietarios de bienes y derechos que produzcan rendimientos. Lo primero que ha de tenerse en cuenta es que, fiscalmente, y con independencia del régimen económico del matrimonio elegido, las rentas objeto del IRPF han de atribuirse

a cada cónyuge en función de su origen o fuente, lo que en muchas ocasiones implica que la titularidad civil no coincida con las normas de imputación fiscal.

Rendimientos del trabajo

¿A quién se atribuyen los rendimientos del trabajo?

Los rendimientos del trabajo, con carácter general, se atribuyen exclusivamente al cónyuge que haya realizado personalmente el trabajo que se remunera. Curiosamente, los rendimientos derivados de pensiones y haberes pasivos se imputan a los beneficiarios. En el caso de un matrimonio formado por un abogado y una cirujana, donde él trabaja en la asesoría jurídica de un banco y ella en un hospital de la Seguridad Social, ambos en régimen laboral, cada uno de ellos deberá consignar en su declaración-liquidación del IRPF los rendimientos del trabajo que haya percibido en el ejercicio.

Por su parte, la viuda de un cirujano vascular deberá integrar en su declaración-liquidación del IRPF, como rendimientos del trabajo, el cien por cien de la pensión de viudedad percibida en el ejercicio como consecuencia del fallecimiento de su esposo.

Rendimientos del capital mobiliario e inmobiliario

¿A quién hay que imputar los rendimientos del capital mobiliario e inmobiliario?

Los rendimientos del capital mobiliario e inmobiliario se atribuyen al titular (propietario o usufructuario) del elemento patrimonial del que provengan los rendimientos. En el caso de los dividendos derivados de unas acciones compradas por el matrimonio, el rendimiento de capital mobiliario se atribuye por mitad a cada cónyuge por tratarse de un rendimiento que procede de un bien (las acciones) cuya titularidad es ganancial.

Los intereses generados por un depósito constituido con dinero privativo de uno de los cónyuges se han de imputar en su tota-

» Desde el 1 de abril y hasta el 30 de junio podemos confirmar el borrador de declaración que tenga resultado negativo (cero), a devolver, o a ingresar.

» En el caso de que no se confirme el borrador, el plazo para presentar la declaración-liquidación del IRPF (modelo D-100) se inicia el 4 de mayo y finaliza el 30 de junio.

lidad al cónyuge titular del dinero depositado, por tratarse de rendimientos de capital mobiliario procedentes de un bien (dinero) de titularidad privativa.

El rendimiento derivado de la venta de unas obligaciones del Estado adquiridas por donación por uno solo de los cónyuges, ha de imputarse en su totalidad al cónyuge a favor del cual se hubiesen donado dichas obligaciones por proceder, el rendimiento, de un bien privativo de uno solo de los cónyuges.

El rendimiento derivado del cobro de una renta vitalicia inmediata constituida a favor de uno solo de los cónyuges, pero cuyas primas se han pagado con dinero ganancial, debe imputarse por mitad a cada cónyuge por proceder, el rendimiento de capital mobiliario, de un bien (dinero) de titularidad ganancial.

Los rendimientos del capital inmobiliario procedentes del arrendamiento de un bien inmueble del que es usufructuario uno sólo de los cónyuges han de atribuirse exclusivamente al cónyuge usufructuario, por ser el derecho del que procede el rendimiento de titularidad privativa.

Rendimientos de actividades económicas

¿Y los rendimientos de actividades económicas, a quién se atribuyen?

Los rendimientos de actividades económicas se atribuyen a quien realice la actividad económica. Así, los rendimientos obtenidos por un estomatólogo por el ejercicio de su actividad por cuenta propia en su clínica privada, constituida con cargo al dinero del matrimonio, se imputan exclusivamente al cónyuge que ejerce la actividad, en este caso al estomatólogo.

Ganancias y pérdidas patrimoniales

¿A quién se imputan las ganancias y pérdidas patrimoniales?

Las ganancias y pérdidas patrimoniales se imputan al titular del elemento patrimonial del que provengan. La ganancia patrimonial obtenida por la venta de un inmueble adquirido por el matrimonio se imputa

a cada uno de los cónyuges por mitades al proceder la ganancia de un bien titularidad del matrimonio. La pérdida patrimonial obtenida por la venta de unas participaciones, adquiridas por uno de los cónyuges antes de casarse, ha de imputarse al cónyuge que compró las participaciones, por proceder la pérdida de un bien (las participaciones) titularidad privativa de uno sólo de los cónyuges.

Imputación de rentas inmobiliarias

¿A quién y en qué cuantía se han de imputar las rentas inmobiliarias?

Los propietarios de bienes inmuebles urbanos que no se destinen a la vivienda habitual, que no estén afectos a actividades económicas o que no estén arrendados (personas que tienen un inmueble urbano a su disposición) o los titulares de derechos reales de uso o disfrute que recaigan sobre los mismos, deben imputarse en su declaración-liquidación del IRPF en la cantidad que resulte de aplicar el 1,1 del valor catastral del inmueble (si está revisado o modificado) o el 2 por 100 de dicho valor si no lo está. Renta que se imputará al cónyuge titular del inmueble o del derecho real que recaiga sobre el mismo.

Si los inmuebles carecieran de valor catastral, o éste no se hubiera notificado aún al titular, para calcular la cuantía que ha de imputarse se tomará la mitad del valor de adquisición, y a esa mitad se le aplicará el 1,1 por ciento.

En los supuestos de copropiedad sobre un inmueble la renta se imputará en función del porcentaje de participación.

Así, en el caso de un matrimonio casado en gananciales, formado por un profesor y una enfermera, donde la esposa es propietaria del 10 por 100 de un apartamento heredado de sus padres y que permanece desocupado, al ser el inmueble de titularidad privativa (por haberse adquirido por herencia), la esposa deberá imputar en su declaración-liquidación del IRPF, el 10 por cien de la cantidad que resulte de aplicar el 2 por cien al valor catastral del apartamento (o el 10 por cien del 1,1 por cien del valor catastral si éste estuviese revisado). ■

FORO CIENTIFICO SEXOLOGIA 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 y 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 tarde, 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:



AES



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 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.

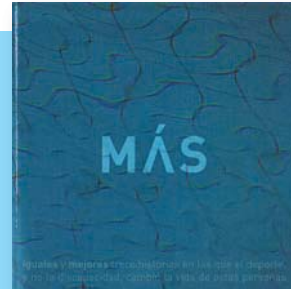
Cultura

LIBROS

Trece historias de superación

Tras el éxito de nuestros deportistas paralímpicos, la Fundación Sanitas ha publicado el libro *Más. Iguales y mejores*, una obra que recoge las historias de trece deportistas paralímpicos españoles, en las que el deporte, no la discapacidad, cambió sus vidas. En él se pueden encontrar retratados, en cuerpo y alma, los auténticos reyes españoles de los últimos Juegos Paralímpicos de Pekín: el joven y completísimo nadador Enhamed y la veterana Teresa Perales, con cuatro oros el primero y cinco metales la segunda (tres oros, una plata y un bronce).

La publicación de este libro forma parte del Programa Discapacidad de Sanitas, un proyecto de gran envergadura que refleja su compromiso con el avance en el acceso a la salud de las personas con discapacidad y el fomento del conocimiento en discapacidad y salud.



Título: "Más. Iguales y mejores"
Edita: Fundación Sanitas.

EXPOSICIONES

Vida y obra de Picasso

La exposición se ha articulado a partir de obras (pinturas, dibujos, grabados, esculturas, carteles, fotografías y libros) representativas de Pablo Picasso, autor del texto teatral:

El deseo atrapado por la cola, y de los distintos actores que participaron en la lectura. Asimismo, se ha seleccionado obra y documentos gráficos relacionados con algunos de los espectadores más destacados: Henri Michaux, Jean Cocteau, Jean Marais, Pierre Reverdy, Valentine Hugo, etc. Organizada por Bancaja, la muestra se puede visitar hasta el 22 de mayo en el madrileño Círculo de Bellas Artes (C/Alcalá, 42).



Los carteles de Alphonse Mucha

La muestra *Alphonse Mucha: arte, seducción y utopía*, recoge una selección de las principales obras del artista checo. En el primero de los espacios podremos ver las obras que Mucha creó para el mundo del teatro como decorador, diseñador de vestuarios y autor de carteles. Un segundo ámbito está ocupado por obras que se inspiran en las ciudades, en especial las relacionadas con la Exposición Universal de París de 1900, que supuso la consolidación del "art nouveau". A continuación, vemos un espacio dedicado a "Belleza. La mujer como musa e icono". La muestra se puede visitar hasta el 10 de mayo en el CaixaForum de Palma de Mallorca (Plaza de Weiler, 3).



CINE

El esperado regreso de Pedro Almodóvar

Protagonizada por la reciente ganadora del Oscar a la Mejor Actriz Secundaria, Penélope Cruz vuelve a acompañar a Pedro Almodóvar en un nuevo trabajo. *Los abrazos rotos* es una historia de amor loco, dominada por la fatalidad, los celos, el abuso de poder, la traición y el complejo de culpa. Una historia emocionante y terrible cuya imagen más expresiva es la foto de dos amantes abrazados, rota en mil pedazos. Pasión y tragedia se cruzan de nuevo en la que será la película de mayor metraje de Almodóvar, en torno a las dos horas y media. Acompañan a Cruz en el reparto, Lola Dueñas, José Luis Gómez, Lluís Homar y Blanca Portillo.



PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



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:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Internet

Internet y la televisión de pago serán negocio hasta 2012

Lo mercado publicitario global se contraerá el 0,2 por ciento en 2009 —asegura la agencia ZenithOptimedia—, pero con una salvedad: la publicidad *on line*, que se incrementará en el conjunto de países en torno al 18 por ciento, un dato que confirma *el Informe Global Entertainment and Media Outlook* (GEMO), encargado por PricewaterhouseCoopers, que atribuye un incremento del 19,5 por ciento al gasto publicitario en la red, de aquí a 2012.

El estudio GEMO abarca los medios de comunicación, el entretenimiento y el ocio, y evalúa el comportamiento del mercado en los próximos cinco años, pronosticando una cifra de negocio conjunta de 38.100 millones de euros al final del período, en 2012, una vez superada la crisis económica global que padecemos.

España será uno de los países desarrollados —según el informe— con un mayor grado de implantación de los negocios

vinculados al ocio, el entretenimiento y los medios, con un crecimiento del 7,9 por ciento, superior al crecimiento del conjunto del mundo, que se cifra en el 6,6 por ciento.

Por lo que respecta a la influencia de Internet, su aportación al volumen de facturación será superior en el conjunto del planeta que en España, de modo que el gasto publicitario *on line* se elevará el 19,5 por ciento frente al 12,8 por ciento. Lo que más crecerá en España será la televisión de pago; y, a continuación, los casinos, con un incremento del 16,5 por ciento y el 15,7 por ciento respectivamente.



España será uno de los países con mayor grado de implantación de negocios vinculados al ocio.

Si examinamos los datos globales resulta que la televisión de pago verá incrementada la facturación publicitaria sólo el 10,1 por ciento, frente al 10,3 por ciento los videojuegos, el 12,1 por ciento, los accesos a Internet, y —como se ha escrito más arriba— el gasto en publicidad para Internet, que será del 19,5 por ciento. ■

Sección patrocinada por

Web de @
MUJER

La ciencia del sueño

Los sueños dicen algo más de lo que aparentan. He aquí un completo diccionario para interpretar los sueños que nos dejan pensativos.

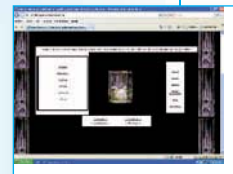
<http://www.euroresidentes.com/suenos/diccionario.htm>



Francis Bacon

Si ya has visto la magnífica exposición de Bacon en el Museo del Prado, querrás ver más del artista irlandés. Si no has ido, también. La *web* incluye, además, reseñas de libros sobre el pintor y piezas de audio.

<http://www.francis-bacon.cx/>



CIBERCONSEJOS

La CMT criticada por Astel

La Asociación de Empresas Operadoras y de Servicios de Telecomunicaciones (Astel) denunció las medidas adoptadas por la Comisión del Mercado de Telecomunicaciones (CMT) en la nueva regulación de la banda ancha en España, al considerar que las mismas no favorecen la competencia. La CMT prevé que las conexiones medias de acceso a Internet en España rondarán los 20 megas en 2011, frente a la velocidad media actual entre los 3 y los 6 megas.

Yoigo con iPhone

Las tiendas Smol de Yoigo venden el iPhone en España libre por 199 euros, aunque vinculado a un contrato con Yoigo. Smol, que vende exclusivamente productos de la operadora móvil, ha iniciado su venta recientemente. Quien lo quiera libre, deberá pagar como mínimo 639 euros. Los que provienen de otras compañías deberán tramitar la portabilidad y tendrán que esperar entre seis y ocho días para hacerla efectiva.

Golf



VII Torneo Benéfico Síndrome de West Gran Premio Groupama Seguros

Los toreros ganan a los periodistas

En el Club de Campo Villa de Madrid se recaudaron cerca de 60.000 euros.

El Club de Campo Villa de Madrid volvió a ser, una vez más, el magnífico escenario del torneo benéfico que cada año enfrenta a toreros y periodistas a favor de la Fundación Síndrome de West. En esta ocasión, más de 200 personas disfrutaron de una maravillosa jornada primaveral que concluyó con una exquisita comida de gala.

Entre los matadores de toros que aportaron su granito de arena se encontraban figuras como Palomo Linares, Óscar Higares, Miguel Abellán, Juan Diego, Ambel Posada o Cristina Sánchez. Defendiendo el buen hacer de los periodistas estuvieron, Iñaki Cano, Nacho Aranda, Valentín Requena, José Ángel de la Casa, Fernando Fernández-Román, Guillermo Salmerón y Paco Montesdeoca, entre otros.

Como en años anteriores, no faltó la ayuda desinteresada de los jugadores profesionales de golf. Mientras que Carlos Balmaseda, Miguel Ángel Martín y Vicente Blázquez jugaron con todos los participantes del torneo, los menos expertos disfrutaron de un *clinic* impartido por los hermanos José María y Guillermo Aparicio, junto a algunos de los más destacados profesores madrileños.

Muchos fueron los jugadores que consiguieron trofeo. Juan García de las Heras, con un total de 38 puntos, se impuso en primera categoría, seguido de Javier Díez de Polanco, con 35 puntos. En segunda categoría, la victoria fue para Evaristo Alonso, con 43 puntos, mientras que Jorge Iglesias se proclamó subcampeón con 40 puntos. En los pares 3 triunfó Francisco Ramírez (10 puntos), seguido de Pablo Ciprés (7). Los premios especiales recayeron en Palomo Linares (42); José Martínez (40) y Diego Boluda (38), que fueron los primeros clasificados en el ranking de Toreros, Periodistas y Amigos de la FSW, respectivamente.

En la Ryder Cup particular que desde hace ya siete años enfrenta a toreros y periodistas, la victoria cayó por segundo año consecutivo del lado de los matadores, con un total de 113 puntos, por 108 de los informadores. ■



Los ganadores del torneo junto a Miguel Ángel Barbero, presidente de la Fundación Síndrome de West.

Davies jugará la Comunitat Valenciana Europea Nations Cup

La inglesa Laura Davies, una de las mejores golfistas profesionales de todos los tiempos, disputará la Copa de Europa Femenina, torneo profesional por países patrocinado por VCI (Valencian Community Investments), que se celebrará por segundo año consecutivo en el campo alicantino de La Sella, en Denia, entre el 23 y el 26 de abril. Laura Davies cuenta con un palmarés deportivo impresionante en el que destacan más de 30 triunfos en diversos torneos del Circuito Europeo Profesional, así como 20 en el Circuito Americano, con el mérito añadido de que ha ganado alguno ininterrumpidamente, a excepción de 2005, desde que accediera al profesionalismo en 1985, cuando se impuso en el Open de Bélgica. Desde entonces y hasta nuestros días, Laura Davies ha construido un palmarés apabullante iniciado con las menciones de 'Rookie del Año' y Número 1 del Orden de Mérito en 1985, una distinción como mejor jugadora del Circuito Europeo que ha sido acaparada por la inglesa nada menos que en siete ocasiones.