

La innovación
como factor
de satisfacción

16

Cómo incorporar
nuevos
profesionales

22

La carga
de la enfermedad:
el asma

50

Rendimientos
del capital
inmobiliario

52

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 110

24 de abril de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

La profesión médica en el siglo XXI

Pág. 26

ADEMÁS

Entrevista con Juan
José Rodríguez Sendín,
presidente de la OMC



Pág. 14

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

MÁS DESCUENTOS, MÁXIMA TRANQUILIDAD

A.M.A. cuida de usted para que pueda disfrutar de la máxima tranquilidad. Por eso ahora, cuantos **MÁS SEGUROS** contrate con nosotros, **MÁS DESCUENTOS** conseguirá en sus pólizas.



Y además...
al contratar su seguro A.M.A.
participará en el sorteo de un
viaje **PARA DOS PERSONAS**
A LA RIVIERA MAYA.*



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

A. M.A. Central 91 764 47 00
Sta María Magdalena, 15 28016 MADRID
www.amaseguros.com

A través de internet: www.amaseguros.com

* Promoción válida desde el 15 de abril hasta el 31 de agosto de 2009. Sorteo ante Notario: 21 de septiembre de 2009. Consulte las bases y política de protección de datos en www.amaseguros.com

26 | EN PORTADA

MEDICAL ECONOMICS recoge los contenidos principales del I Congreso Nacional de la Profesión Médica, celebrado en Valencia el pasado mes de marzo. Los problemas de la Atención Primaria, el presente y futuro de los colegios médicos, la demografía médica (necesidades de especialistas médicos, su distribución, importación y exportación) y la necesidad de la formación continuada, fueron los temas centrales del Congreso.

- **Atención Primaria** 28
- **Presente y futuro de los colegios médicos** 35
- **Formación continuada** 40
- **Demografía médica** 43

La profesión médica en el siglo XXI

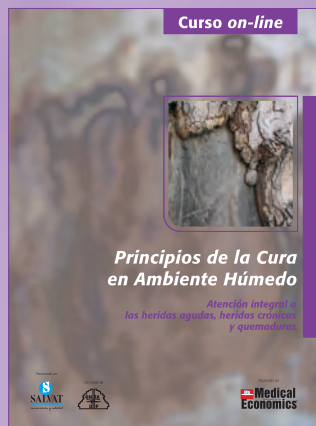
ENTREVISTA

14 **Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC**

Tras ser elegido el pasado sábado 18 de abril, presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín, nos desvela algunas de las líneas de su mandato, entre otras, modificar los estatutos de la OMC y el código de ética.



14



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.



antiseptia 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.

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 Termómetro

14 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

16 Gestión Profesional

La innovación como factor de satisfacción

18 Gestión de Calidad. Medio Ambiente

El principio de prevención

20 Normativa

22 Renta 2009 (III)

Rendimientos del capital inmobiliario

50 Economía de la Salud

La carga de la enfermedad: el asma

52 Gestión en AP

Incorporar nuevos profesionales

Y ADEMÁS...

6 Lo último publicado

10 Atención al paciente

53 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Es partidario de la colegiación obligatoria?

Participe a través de nuestra web:
www.medeco.es

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de www.medeco.es en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

CURSOS ON LINE

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

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con: www.medeco.es

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: www.medeco.es



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
Secretaría General de Fenin

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

Juan Ramón Arias Irigoyen
Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano
Director General de Farmaindustria

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

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

Honorio Bando Casado
Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

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

Antonio Bartolomé Sánchez
Presidente
Federación Española de Clínicas Privadas

Carlos Belmonte Martínez
Director
Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada
Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

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

Fidel Campoy Domenech
Director General de Salud. DKV Seguros

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 Geriátrica
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González
Director de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

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

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

Julián Ruiz Ferrán
Socio Director de Medical Finders

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

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

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

Guillermo Sierra Arredondo
Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

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

Luis Truchado Velasco
Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo
Presidente de Renta 4 Sociedad
de Valores

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

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García
Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho
Ambiental

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

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

Derecho/Malpraxis

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

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

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

Impuestos/Finanzas

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

José Ignacio Alemany
Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

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

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo
Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García
Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

María Dolores Navarro
Subdirectora Fundación Biblioteca
Josep Laporte. UAB

PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



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

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>).

ONCOLOGÍA

El consumo ligero de alcohol está asociado al riesgo de cáncer en la mujer

J Natl Cancer Inst. 2009;101:296-305. [Marzo, 2009]

Consumir alcohol incluso en cantidades bajas puede aumentar el riesgo de padecer determinados cánceres en la mujer, según un estudio de la Universidad de Oxford en el Reino Unido. El consumo creciente de alcohol se asoció a un mayor riesgo de cáncer de boca, faringe, esófago, laringe, recto, hígado y mama, además de otros tipos de cánceres. Sin embargo, también se asoció a un menor riesgo de cáncer de tiroides, linfoma no hodgkiniano y carcinoma de células renales. Los riesgos asociados al alcohol en relación con el cáncer aerodigestivo alto se encontraron sólo entre los fumadores en activo.



■ El riesgo de suicidio es mayor tras el estrés postraumático

Arch Gen Psychiatry. 2009;66:305-311. [Marzo, 2009]

El trastorno de estrés postraumático posterior a un acontecimiento traumático en la infancia, pero no el trauma en sí, puede predecir de forma independiente el riesgo de intentos de suicidio, según investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore. Se observó que una gran parte de los participantes (81%) habían estado expuestos a por lo menos un acontecimiento traumático durante la vida; de éstos, el 8% desarrollaron TEPT. Se halló una asociación marcada y significativa entre el hecho de haber presentado TEPT después de un acontecimiento traumático y la probabilidad de realizar posteriormente algún intento de suicidio (el riesgo aumenta 2,7 veces después de ajustar otros factores). El trauma no acompañado de TEPT no se asoció a un mayor riesgo de intentos de suicidio.

■ La ira produce inestabilidad cardíaca y arritmias

J Am Coll Cardiol. 2009;53:774-778. [Marzo, 2009]

La alternancia de la onda T —un marcador de inestabilidad de la repolarización— inducida por la ira predice arritmias ventriculares en los pacientes con cardioversores-desfibriladores implantables, lo que relaciona el estrés con la muerte súbita, según investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale en New Haven, Connecticut. Durante un seguimiento de al menos un año, 10 pacientes con arritmias corregidas por un CDI presentaron significativamente más alternancias de la onda T inducidas por la ira. Las arritmias fueron más frecuentes en los pacientes del cuartil superior de alternancias de la onda T inducidas por la ira durante el seguimiento ampliado.

■ Identificadas las variables que predicen el cáncer tras la mamografía

Radiology. 2009;250:648-657. [Marzo, 2009]

En las mujeres que presentan cáncer de mama invasivo después de haber hallado anomalías mamográficas, los factores que mejor predicen el cáncer son las masas y las calcificaciones, teniendo las asimetrías y las distorsiones arquitectónicas un valor pronóstico positivo mucho menor, según investigadores de la Universidad de California en San Francisco. La mayoría de los cánceres invasivos se identificaron al encontrar masas (68%), seguidas de calcificaciones (21%), distorsiones arquitectónicas (6%) y asimetrías (5%).

■ El síndrome metabólico está asociado a determinados cánceres hepáticos

Hepatology. 2009;49:851-859. [Marzo, 2009]

Un estudio francés ha hallado que, en los pacientes con carcinoma hepatocelular cuyo único factor de riesgo de hepatopatía es la presencia de un síndrome metabólico, el cáncer aparece normalmente sin que

haya fibrosis importante en el tejido hepático de alrededor. Los pacientes con síndrome metabólico tenían más probabilidades de que el hígado circundante careciera de fibrosis importante al compararlos con el grupo con causas obvias. Además, los carcinomas estaban bien diferenciados en el grupo con síndrome metabólico más a menudo que en el grupo con causas obvias.

■ Disparidades raciales en la evolución tras un ataque cardíaco

Ann Intern Med. 2009;150:314-324. [Marzo, 2009]

En los pacientes con infarto de miocardio, los resultados globales son significativamente peores en los negros que en los blancos. Pero las diferencias se atenúan después de ajustar las características del paciente que difieren en relación con la raza, como el nivel socioeconómico y la comorbilidad, según comunican investigadores del Mid America Heart Institute de Kansas City en Missouri. Se ha hallado que los pacientes negros presentaban tasas de mortalidad y rehospitalización mayores, y una calidad de vida menor, que la de los blancos. Sin embargo, después de ajustar las características del paciente, los investigadores encontraron que estas diferencias desaparecían en su mayoría y que los pacientes negros mostraban en realidad tendencia a presentar una tasa de rehospitalizaciones menor.

■ La vacuna de la tosferina no se asocia a un mayor riesgo de asma infantil

Pediatrics. 2009;123:944-950. [Marzo de 2009]

Un estudio suizo de 6.811 niños de Inglaterra no halló pruebas de ninguna asociación entre la vacuna de la tosferina en la lactancia y un mayor riesgo posterior de sibilancias o asma, y no confirmó los informes de que la vacunación contra la tosferina podría aumentar significativamente el riesgo de padecer asma infantil. “Nuestros hallazgos contradicen varios estudios previos que habían encontrado un riesgo significativamente mayor de padecer asma o trastornos atópicos en los niños vacunados de la tosferina”, escriben los autores. “Deben esclarecerse los mecanismos biológicos por los que las vacunas a edades tempranas de la vida podrían afectar a la historia natural del asma y la alergia”.

■ La ciclosporina tópica es beneficiosa para el síndrome del ojo seco

Arch Ophthalmol. 2009;127:146-152. [Febrero, 2009]

En los pacientes con síndrome del ojo seco moderado o grave que no responden al tratamiento lubricante convencional, la administración de una emulsión tópica de ciclosporina mejora la calidad de vida y es rentable, según refieren expertos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia. Los investigadores hallaron que la ciclosporina tópica (al 0,05%) se asocia a una mejora media de la calidad de vida del paciente del 4,3%.

■ La dronedarona podría resultar beneficiosa para la fibrilación auricular

N Engl J Med. 2009;360:668-678. [Febrero, 2009]

Un estudio alemán descubrió que, en los pacientes con fibrilación auricular, el uso de dronedarona, que tiene un perfil parecido al de la amiodarona, se asociaba a una menor tasa de hospitalizaciones y muertes a causa de episodios cardiovasculares. A lo largo de un seguimiento medio de 21 meses, el criterio de valoración principal –la primera hospitalización por un episodio cardiovascular– fue significativamente menos frecuente en el grupo tratado con dronedarona. Las muertes por causas cardiovasculares también fueron menos frecuentes en este grupo, al igual que las muertes por arritmias cardíacas.

■ Gen vinculado a una menor supervivencia en los pacientes con cáncer colorrectal

JAMA. 2009;301:745-752. [Febrero, 2009]

Los pacientes con cáncer colorrectal que tienen ganglios linfáticos histológicamente negativos pero que producen cierto marcador de metástasis linfáticas presentan un tiempo más breve hasta la recurrencia y una menor supervivencia sin enfermedad, según expertos de la Universidad Thomas Jefferson de Filadelfia. Al cabo de una media de 24 meses, estos investigadores encontraron que los ganglios linfáticos de 32 pacientes (12%) eran negativos para la guanilil-ciclasa 2C (GUCY2C) y que 30 de ellos seguían sin presentar patología (tasa de recurrencia del 6,3%). Entre los 225 pacientes con ganglios positivos para la GUCY2C, 47 (20,9%) presentaban recurrencias de la enfermedad. Después de ajustar los factores de confusión, la expresión de GUCY2C en los ganglios linfáticos predecía el pronóstico de forma independiente.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



rubéola, **gripe**, tosferina, meningitis,
sarampión, rabia, hepatitis-B, tétanos,
**cáncer de cuello de útero por
virus del papiloma humano**,
herpes zóster, sarampión, meningitis,
tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis
**gastroenteritis pediátrica por
rotavirus**, neumonía neumocócica,
difteria, rubéola, **varicela**, sarampión



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

El Termómetro

Un cambio de modelo

En todas las conferencias, tertulias, foros y reuniones se habla de la necesidad de internacionalizar nuestro tejido productivo y de conocimiento y fomentar la innovación como eje fundamental y estratégico de nuestro desarrollo ulterior. Esto, que es una necesidad urgente, debería ser consecuencia no de una reacción ante unos acontecimientos sobrevenidos, sino de una visión a medio y largo plazo.

Veamos el ejemplo de Singapur, un país pequeño del sudeste asiático. Desde todas las instancias se está primando la inversión en innovación y tecnología. El resultado ha sido la creación de una ciudad del conocimiento, Biopolis, cuya esencia encierra una iniciativa gubernamental para atraer a Singapur investigadores e inversión de capitales. La política de simpatía con la investigación "biotech" del Gobierno de Singapur conlleva además la dotación de grandes fondos e ingentes inversiones gubernamentales.

El proyecto da a los investigadores en el campo biotecnológico y a sus familias un lugar donde vivir y trabajar; hoy dicho cluster es un punto de atracción de científicos y expertos de primer nivel y genera no sólo un valor añadido directo, sino también indirecto en cuanto a creación de empleo altamente cualificado y producción científica en forma de patentes, que generan pingües ingresos a la economía del país, así como grandes retornos de la ingente inversión realizada por compañías e instituciones de todos los sectores, que refuerzan su presencia en el mundo.

Hace unos días se celebró en Madrid un interesante encuentro de reflexión en este ámbito, el foro "Innovae. La innovación como solución", promovido por el Gobierno de España a través del Ministerio de Ciencia e Innovación y el FECYT (Fundación Española para la Ciencia y la Tecno-

logía). En él se dieron cita expertos que pusieron de manifiesto a través de sus experiencias diferentes ángulos y perspectivas de esta área imprescindible para el presente y el futuro.

El vicepresidente ejecutivo de Nokia y embajador del Año Europeo de la Creatividad y la Innovación, Esko T. Aho, con una renombrada experiencia en las políticas de promoción de la innovación para la salida de la crisis finlandesa en los años 90 como primer ministro de Finlandia y como ex presidente de la Agencia Finlandesa de Innovación (SITRA), enfatizó la importancia de distinguir la innovación de la investigación y el desarrollo. La primera, dijo, está relacionada con la gestión del conocimiento para generar valor y, la I+D, con la gestión de la tecnología con ese mismo objetivo. La fusión de ambos contextos y la apuesta decidida por su integración es el reto que las organizaciones privadas o públicas vienen desarrollando y requiere de una apuesta cada vez más patente por parte de las administraciones central y autonómica de forma sinérgica y coordinada. Esko T. Aho refleja este tipo de coordinación y sinergias en la publicación de la que es autor, *Documento Aho Creating an Innovative Europe (2006)*, un informe de la Unión Europea que aboga por un pacto europeo por la innovación.

Por su parte, el profesor y premio Nobel de Economía 2008, Paul R. Krugman, abogó por la huida de recetas comunes para afrontar la crisis e hizo hincapié en la necesidad de resolver las causas estructurales que subyacen a este periodo.

Estos tres elementos conforman buena parte de la solución a este reto que tenemos encima y que dotará de sostenibilidad a una sociedad que desgraciadamente ha perdido la confianza en un sistema inadecuado para los tiempos que afrontamos. ■



Fernando Mugarza*

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

La atención al paciente somos todos

Todas las personas que forman parte de una organización, tengan o no contacto directo con el paciente, son responsables de la atención al paciente que se dispensa. El 65 por ciento de las reclamaciones y quejas de los pacientes están relacionadas con el trato recibido por parte del personal del centro.



Vanessa Ajenjo*

¿Qué lleva a un paciente a asistir a un centro sanitario u otro? Existen varios motivos: el número de especialidades y subespecialidades que componen su cartera de servicios; la categoría profesional de los médicos que prestan sus servicios en las distintas unidades; el nivel de formación del personal asistencial y no asistencial; la tecnología médica instalada puesta al servicio de diagnósticos, la curación y la prevención de enfermedades; los servicios de apoyo —cocina, cafetería, limpieza, lavandería, aparcamiento, mantenimiento, seguridad— de vital importancia para que los pacientes se sientan cómodos y a gusto en los centros sanitarios; por la calidad y funcionalidad de los edificios —que sean luminosos, con espacios abiertos, sin ruidos—; y por la tasa de éxito de los diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.

Está claro, existen distintos motivos por los que los pacientes escogen un centro hospitalario u otro, pero deben tener claro que en lo que más se van a fijar los pacientes y sus acompañantes es en aquellos aspectos sobre los que tienen más información, conocimiento, y se sienten con mayor fuerza para opinar y exigir: los servicios de apoyo: cocina, cafetería, limpieza, lavandería, aparcamiento, mantenimiento, seguridad. Pocos somos los que como pacientes entendemos de tecnología: resonancias de más o menos teslas, abiertas o cerradas, TAC de 16 ó 32 cortes, etc. Poco podemos hacer sobre la estructura física de un edificio antiguo de 30 ó 40 años de vida, poco podemos influir en la formación del personal del centro —damos por seguro que todos tienen las titulaciones requeridas—; poco podemos hacer sobre el éxito o no en la tasa de

diagnósticos —el médico, su experiencia y los recursos en los que desarrolle su actividad serán básicos para realizar su trabajo correctamente y tener éxito en los diagnósticos—; sin embargo, como pacientes, nos sentimos “fuertes” y “seguros” para valorar todos los servicios de apoyo con criterio suficiente, ya que forman parte de nuestra rutina diaria, y además toda esta valoración se ve altamente influenciada por el trato humano de la organización y de todos los empleados con los que interactuamos en los distintos servicios por los que somos tratados como “pacientes”.

En este sentido, todos sabemos cuándo la comida llega caliente o a la temperatura adecuada a la habitación; todos evaluamos a nuestra manera una buena o no tan buena limpieza de pasillos, baños, habitaciones; si existe opción de aparcamiento para los familiares o por el contrario hay que estar dando vueltas y vueltas para poder dejar el coche para que alguien te venga a visitar al hospital, todos apreciamos con mayor o menor entendimiento, la tecnología utilizada —termómetros digitales *vs* de mercurio, sistemas de toma de constantes manuales *vs* automáticos—; si las puertas hacen ruido al abrirse o cerrarse, si hace calor o frío —lo que connota un mejor o peor sistema de aire acondicionado—; en definitiva, un sin fin de valoraciones que nos hacemos en un abrir y cerrar de ojos. Pero toda esta apreciación que realizamos de manera natural cuando entramos en un centro sanitario como pacientes, se verá influenciada positiva o negativamente, en mayor o menor medida en función del trato que hayamos recibido de las distintas personas/empleados con los que hayamos interactuado. Y nos pasa a todos en nues-

» Es en base a nuestro comportamiento, trato, respuesta y capacidad de solucionar, por lo que se valorará el conjunto de servicios que forman la organización.

» En lo que más se van a fijar los pacientes y sus acompañantes es en aquellos aspectos sobre los que tienen más información, conocimiento, y se sienten con mayor fuerza para opinar y exigir.

SECCIÓN
PATROCINADA POR:

tros quehaceres diarios, sin más. Cuando vas a un restaurante, al supermercado, a una cafetería a la que no has entrado nunca si te reciben con amabilidad, respeto y buen humor, repetirás e incluso no te importará pagar un poco más.

La elección del paciente

Para ello es importante que todos los que formamos parte de una organización, sobre todo sanitaria, seamos conscientes de la influencia que tiene en la decisión de elección este factor, desde el personal que está en la recepción, pasando por celadores, auxiliares, enfermeras, médicos (a los que también quiero incluir y sobre los que me gustaría hablar en otro capítulo), administrativos, responsables de mantenimiento, y sobre todo el equipo directivo. El responsable de Atención al paciente/usuario en los centros, no es más que el representante de la organización y que puntualmente es la persona a través de la cual el paciente puede manifestar sus inquietudes, necesidades y agradecimientos, pero quienes realmente son los verdaderos responsables de atención al paciente, somos todos y cada uno de los que formamos parte de la organización, tengamos o no contacto directo con el paciente y/o sus familiares.

Es en base a nuestro comportamiento, trato, respuesta y capacidad de solucionar, por lo que se valorará el conjunto de servicios que forman la organización (edificio, tecnología, profesionales, servicios de apoyo, etc.), y que comentaba al principio que hace que un paciente escoja un centro u otro.

Y es que si analizamos un poquito más allá las reclamaciones y quejas que expresan los pacientes y/o familiares en los centros, (y bienvenidas quejas y reclamaciones) soy de las que opina que es una fuente de información buenísima para mejorar e identificar puntos críticos en la organización y en su cadena de valor (que en la mayoría de ocasiones acostumbramos a

penalizar el mecanismo de gestión de las mismas y la información que contienen), nos daremos cuenta que en la mayoría de ocasiones (65 por ciento) se hace referencia al trato del personal: “que si me ha contestado mal, en un tono de voz que no corresponde, que si no me ha dado respuesta a la pregunta que le he solicitado, que si nadie me da información, que si la enfermera no me ha dado el medicamento y cuando se lo he reclamado me ha contestado mal...” No pondré más ejemplos, porque estoy segura que todos saben perfectamente de lo que les hablo.

Ahora está muy de moda hablar de “crisis”, optimización de procesos, identificación de ineficiencias, etc., sí, son motivos importantes para que las organizaciones en momentos de crisis elaboren un plan de optimización y eficiencia para hacer frente a tales las circunstancias económicas negativas, sin embargo, vuelvo a insistir en lo mismo. Cumplir en mayor o menor medida con los motivos que pueden influir en la decisión del paciente a la hora de elegir un centro u otro, y no cumplir, con el requisito básico de trato humano hacia ellos, puede hacer que al final podamos llegar a tener hospitales Hi-Tech, pero sin pacientes.

En conclusión, el trato humano, el cariño, el respeto y la empatía deberían ser requisitos ineludibles para trabajar, y más si cabe, en el sector sanitario. Es en este aspecto donde debemos poner nuestra atención para ofrecer a nuestros pacientes un servicio de “máxima calidad”. Y no entendiendo por calidad la tecnología puntera, los mejores edificios, el mejor equipo médico, los mejores profesionales asistenciales. No, nada de todo esto sirve si al final no somos capaces de que, tanto las organizaciones como los equipos de personas que las componen, desarrollen su trabajo con respecto, cariño, humildad, buen humor y aplicando sobre todo sentido común. ■

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

52.500

plazas en total tenían los centros de día para mayores en 2008.

10

por ciento más que en el período 2006-2007.

20

por ciento más de plazas públicas.

5

por ciento más de plazas privadas.

43

por ciento del total son financiadas por el sector público.

Fuente: Informe Especial de DBK: "Centros de Día para Mayores".

SEIS CONDENAS TIPIFICADAS COMO DELITO DE ATENTADO

En Andalucía se registraron diez condenas por agresiones al personal sanitario en el primer trimestre de 2009

Los servicios jurídicos del Servicio Andaluz de Salud (SAS) han obtenido, en el primer trimestre de este año, un total de diez condenas por agresiones sufridas por profesionales de los centros sanitarios en el desempeño de su labor. En concreto, las sentencias notificadas corresponden a cuatro agresiones sufridas por profesionales en la provincia de Granada, tres en Sevilla, dos en Almería y una en Málaga. Según informaciones oficiales, de las condenas conseguidas en estos tres primeros meses del año, seis de ellas tipifican como delito de atentado a funcionario público la agresión sufrida por los profesionales en el desempeño de su actividad sanitaria. Además, conllevan condenas por falta de amenazas y lesiones. En concreto, las sentencias se refieren a tres agresiones registradas en Granada, una en Almería, una en Málaga y una en Sevilla.



CAMBIO EN EL REPARTO DE FONDOS

Dependencia, protagonista de la nueva etapa del ministerio de Sanidad

Tras presidir por primera vez el Consejo Territorial de la Dependencia integrado por los responsables autonómicos en asuntos sociales y representantes del ministerio, la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, aseguró que el Gobierno premiará a las comunidades autónomas que mejor desarrollen la Ley de Dependencia. Este hecho supone un cambio en el reparto de los fondos, aprobado por mayoría en el encuentro entre consejeros, y que tiene como objetivo que el denominado "nivel acordado" de financiación de la ley deje de distribuirse únicamente en función de la población.



Trinidad Jiménez.

CAÍDA DE LOS PRECIOS

La inflación ha registrado por primera vez en España una tasa negativa

El IPC anual se ha situado en el -0,1 por ciento al descender ocho décimas en marzo y registrar su octavo descenso consecutivo. Pese a ello, los precios subieron un 0,2 por ciento respecto a febrero.

La caída de los precios es consecuencia del continuo abaratamiento del petróleo y, en menor medida, de la moderación de los precios de los alimentos y la restauración, que reflejan el efecto de la crisis del consumo. El secretario de Estado de Economía, David Vegara, ha descartado una vez más la posibilidad de que la economía española entre en un periodo de deflación, debido a que ésta es una bajada de los precios generalizada y "de manera continuada".



CENTROS DE FORMACIÓN DE POSTGRADO

Los hospitales madrileños Sanitas La Zarzuela y Sanitas La Moraleja ya son centros docentes del sistema MIR

Los hospitales madrileños Sanitas La Zarzuela y Sanitas La Moraleja ya están acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo para formar a médicos especialistas (MIR). La Agencia Lain Entralgo, el Comité de Acreditación y la Comisión Permanente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de Salud han sido los responsables de evaluar favorablemente la petición de Sanitas Hospitales para convertirlos en centros de formación de postgrado para los médicos. Iñaki Peralta, director general de Sanitas Hospitales, está convencido de que "la inversión en una formación especializada de calidad es una de las bases esenciales para la sostenibilidad del sistema sanitario público y privado en España".



ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En 2008 aumentaron las diferencias retributivas entre los médicos rurales del Sistema Nacional de Salud

A lo largo de 2008 se incrementaron las diferencias retributivas del médico de Atención Primaria Rural en España, como se pone de manifiesto en el estudio comparativo de los Servicios de Salud que ha vuelto a realizar Vicente Matas Aguilera, vocal de AP del Consejo Andaluz de Médicos. De acuerdo con los resultados del estudio, en 2008 no sólo se mantuvieron las diferencias retributivas entre los Servicios de Salud sino que, en contra del proceso de homologación en marcha, se incrementaron. Según señala el estudio, las diferencias negativas con la media nacional han sobrepasado los 1.000 euros al mes y los 13.400 euros al año. Asimismo, se han incrementado las diferencias negativas con el máximo nacional, hasta superar los 1.600 euros/mes y los 20.700 euros al año.



SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA PRESTACIÓN

Extremadura pone en marcha la Tarjeta Electrónica Sanitaria

La Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura ha iniciado la puesta en circulación de la Tarjeta Electrónica Sanitaria y de la Dependencia. Cuenta con una banda magnética como la de las actuales y un chip que almacena los datos del titular de forma que, una vez conectada al terminal que se habilitará en los centros sanitarios, permitirá realizar cualquier transacción dentro y fuera de la comunidad autónoma, ya que será legible en todo el Sistema Nacional de Salud. A través de esta tarjeta se puede acceder a los datos del ciudadano y a su historial clínico digital, introducidos en el chip de forma segura, y dispensar la receta electrónica en las farmacias.

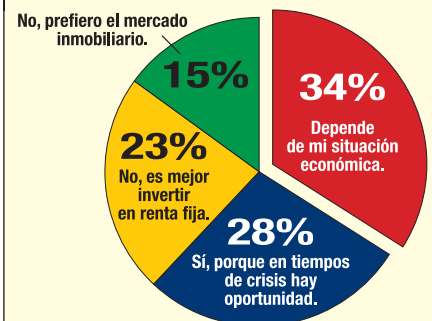


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Cree que es un buen momento para invertir en Bolsa?



La mayor parte de nuestros lectores (34 por ciento) consideran que invertir en Bolsa en el momento actual, dependiendo de su situación económica, mientras que un 28 por ciento, sí invertiría en Bolsa, pues en tiempos de crisis hay oportunidad. Mientras, un 23 por ciento cree que es mejor invertir en renta fija y un 15 por ciento en el mercado inmobiliario.

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

Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC

“No consentiremos que los poderes políticos cuestionen por sistema a los colegios de médicos”

Tras ser elegido presidente de los médicos españoles en sustitución de Isacio Sigüero, Juan José Rodríguez Sendín desvela algunas líneas que marcarán su mandato. Una de ellas es la no supeditación de las corporaciones médicas a los caprichos de los políticos, y otra es abrir un debate acerca de la colegiación obligatoria de los médicos (ver monográfico La profesión médica en el siglo XXI, pág. 26). Y más: modificar los estatutos del Consejo General de Colegios de Médicos y el Código de Ética. Rodríguez Sendín, charro de Vitigudino y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, obtuvo, en candidatura única, 41 votos a favor y 11 en blanco. Vinculado a la OMC desde 1986, ocupaba la Secretaría General desde 2002.



PREGUNTA: ¿Qué le impulsó a presentarse a la elección de presidente de los médicos españoles?

RESPUESTA: Las mismas razones que me impulsaron a presentarme a la vocalía nacional y luego a la Secretaría General hace siete años. En el fondo son las mismas cosas en diferentes momentos. Es una continuación del proyecto de 2002. Tenía los apoyos y, además, me lo propusieron. Yo confío extraordinariamente en la organización, a la que conozco bien, y es la gran solución para trasladar los valores de la profesión médica en el tiempo con el fin de garantizar que somos capaces de gobernarnos como profesión y como médicos.

P. ¿Qué proyectos concretos piensa impulsar o llevar a cabo?

R. Si promuevo un alto consenso de la asamblea para continuar como presidente, quiere decir que lo que estábamos haciendo no debe de ser desagradable a los ojos de la asamblea. Aunque la palabra continuidad (continuidad del proyecto corporativo, porque luego cada uno tiene sus matices) nunca está bien vista, seguiremos un rumbo parecido que seguíamos hasta ahora. En esta casa no hay proyectos personales, y el que lo diga se equivoca. Hay planteamientos, formulación de ideas que la asamblea tiene que aprobar. La OMC es una estructura corporativa asamblearia. No tiene ningún sentido poner sobre la mesa proyectos personales mientras no sean confirmados por la asamblea.

P. Pero la profesión médica tendrá unas necesidades que la OMC deberá satisfacer o al menos afrontar...

R. Hay que coordinar bien todo lo que representa la profesión médica. Para eso está el Foro de la Profesión Médica, pero hay que reforzarlo. En segundo lugar, hay que dar un cambio importante a los estatutos de la OMC. Decirlo es muy fácil, pero hacerlo es complicado. Hay unos cambios en los estatutos necesarios

Por Gonzalo San Segundo

porque hay varias cuestiones que incomodan y no tienen satisfecha a la asamblea general. No voy a decir qué vamos a cambiar, pero prepararemos un modelo que nos permita conocer cuáles son los cambios que la asamblea general desea realizar. Y hay que hacerlo pronto. Otro punto: modificación del Código de Ética, que lleva diez años, y hay un montón de pasajes que precisan modificaciones o actualizaciones, ya que la sociedad cambia a unos ritmos de vértigo.

P. ¿Qué cosas hay que cambiar y/o introducir?

R. Por ejemplo, hay que contemplar las malas prácticas con relación al dopaje, las nuevas fórmulas de mala conducta de los médicos, las faltas que cometen los representantes de los médicos, etcétera. Una serie de planteamientos que no estaban previstos. Y otra cosa importante: precisamos modernizar, hacer una nueva estructura interna de la organización para ajustarla más a sus objetivos y presupuestos.

P. ¿Cuáles son los principales problemas o espadas de Damocles que penden sobre la profesión médica?

R. Nosotros siempre estamos con espaldas de Damocles encima. Siempre hay una especie de controversia permanente entre lo que interpreta el poder político y lo que interpreta la profesión médica. Probablemente detrás está el que nos ocupamos de la salud, de la vida y de la muerte desde diferentes perspectivas: ellos desde la perspectiva política y económica, y nosotros desde la perspectiva sanitaria. En este momento, los planteamientos más importantes son: abrir el melón en la redistribución de funciones en las profesiones sanitarias. Por ejemplo, los farmacéuticos y los enfermeros están reclamando espacios que nosotros, los médicos, consideramos que no les competen. Tenemos divergencias que parece que son permanentes. Y habrá que plantearse si hay que transferir funciones de unas profesiones a otras, pero no solamente de los médicos hacia los demás, sino también de los demás hacia otras profesiones.

P. *¿Y respecto a las necesidades de profesionales médicos?*

R. Es otra de las cuestiones que tenemos que resolver. Y está sin resolver simplemente porque el poder político, las comunidades autónomas, no lo han deseado. Tendrán que explicar las razones, pero no han deseado buscar una planificación, están más cómodas con el follón actual que tenemos. No sabemos muy bien lo que tenemos y, aunque lo preveía la LOPS hace cinco años, no se ha querido o no interesa que se desarrolle el modelo previsto en la misma para establecer registros de profesionales en el Sistema Nacional de Salud. Otra de las cuestiones que también preveía la LOPS, y que tampoco se ha desarrollado, es establecer los sistemas de homologación de títulos a médicos extracomunitarios. En este caso, no resuelto, la situación actual es absolutamente contradictoria. En este momento podemos encontrarnos en un centro de salud con un médico de un país iberoamericano, que no va a tener nunca el título de médico de Familia porque no existe ese título en ese país, haciendo de médico de Familia; mientras, tenemos residentes de segundo y tercer año que no pueden ejercer de médico de Familia porque to-

avía no han acabado la residencia; y un médico español después de 1995 que, teóricamente, tampoco podría hacerlo. Ésta es una situación que requiere ser normalizada.

P. *¿Y el compromiso de los médicos con la sociedad?*

R. Tenemos que acreditarlo de otra manera, con más fuerza. Los médicos en activo están dispuestos a servir bien a la sociedad, pero necesitan una revalidación, una recolección periódica, una especie de ITV voluntaria. Cuando decimos revalidar, estamos hablando de qué requisitos debemos reunir los médicos, todos en general, para que nos den un certificado donde conste que, como médicos colegiados, no estamos sometidos a ningún expediente disciplinario, tenemos unas capacidades físicas y psíquicas adecuadas, que hemos trabajado en los últimos años con normalidad. No se trata de una evaluación de conocimientos, pues se supone que el médico que está ejerciendo los tiene. Si un médico está trabajando con normalidad y buenos resultados, para mí esa es la mejor garantía que hay.

P. *La colegiación está siendo cuestionada...*

R. Nuestras imperfecciones son obvias, también las tiene el sistema democrático, pero no por ello es cuestionado. Diferenciamos entre las instituciones y los fallos que sus miembros puedan tener. Los colegios, la OMC, se ven sistemáticamente cuestionados cada vez que no son proclives a lo que en cada momento dicta el poder político. Y esto no es serio, no lo podemos consentir y no lo consentiremos. No podemos estar al vaivén de los políticos. Queremos dar estabilidad a las corporaciones profesionales, y lo único que el poder político debe hacer es exigir el máximo posible, los mejores rendimientos de las mismas. Éste es otro de los graves problemas a resolver o por lo menos a denunciar. El presidente de un colegio se puede equivocar y su junta directiva hacerlo muy mal, pero eso no quiere decir que haya que cuestionar al colegio. Luego, la gran asignatura pendiente es que tendremos que abrir el debate sobre la necesidad de la colegiación obligatoria.

P. *¿Tiene recetas para resolver estos problemas?*

R. Claro que sí. En principio, la mejor receta y la mejor referencia es que esta institución (la OMC) a pesar de tener un nivel de jerarquización muy bajo, porque cada colegio es dueño y señor de su destino y de su programa, es absolutamente autónomo, a pesar de eso, esto funciona. Hay que recordar que la estructura de los colegios que tenemos es mucho más antigua que las actuales estructuras del Estado. Y nos ha permitido llevar hasta aquí la profesión médica, que en este momento es la más valorada en el país.

P. *¿Y cómo evitar el que la OMC esté al vaivén de los políticos?*

R. Evitarlo es imposible, pero es un vaivén excesivo, que marea. Entre los políticos y la Organización Médica Colegial tiene que haber compenetración, acuerdo y lealtad, y también confrontación, porque interpretamos la realidad sanitaria de forma distinta.

P. *¿Es partidario de dar entrada en la OMC a representantes de los pacientes?*

R. No. De lo que soy partidario es de que los pacientes tengan encuentros con los médicos y se creen foros permanentes para intercambiar opiniones y ver cuáles son sus necesidades. Ésta es otra de nuestras asignaturas pendientes. Tenemos un espacio permanente de encuentro con el Foro Español de Pacientes, pero yo no estoy satisfecho, porque no hemos sido capaces todavía de ensamblar un mecanismo de relación profesional con las asociaciones de pacientes. Lo que sí hemos hecho es encontrar un espacio de encuentro para los estudiantes de Medicina. Ahí está el Estatuto de Precolegiado.

P. *¿Qué le pedirá a la nueva ministra de Sanidad cuando se reúna con ella?*

R. Le pediré un formato de relaciones estable, un calendario de trabajo y un método para llevarlo a cabo. Y relanzar el pacto de Estado para la Sanidad. La relación tiene que ser leal y fluida y creo que será excelente. Le dará al ministerio más potencia política, pero habrá que ver de qué gente se rodea. ■

Gestión Profesional

La innovación como factor de satisfacción



Jose María Martínez García*

» La clínica innovadora presenta un cierto número de características particulares, que se pueden reunir en dos: las competencias estratégicas y las competencias organizativas.

» El proceso de transferencia de tecnología puede ser muy beneficioso para una clínica que ha iniciado, o ha mejorado, alguna innovación.

La innovación como capacidad de producir, asimilar y explotar con éxito una novedad, es indispensable para toda clínica, pues va a permitir satisfacer mejor las necesidades de los individuos que la integran y constituyen.

Las tres líneas de innovación y creación y posterior transferencia de conocimientos más frecuentes en las que actualmente ya se mueven muchas clínicas son: el fomento de sistemas de información más sofisticados y completos, vía informática; la educación, formación y difusión de resultados clínicos; y la participación en investigaciones coordinadas con otros centros.

La clínica innovadora presenta, por ello, un cierto número de características particulares que pueden reunirse en dos grandes. Por un lado, las competencias estratégicas: visión a largo plazo, aptitud para determinar o incluso anticipar las tendencias del mercado, voluntad y capacidad de recopilar, tratar e integrar la información económica y tecnológica. Por otro lado, las competencias organizativas: control del riesgo, cooperación interna entre los diferentes departamentos funcionales y externa con la investigación pública, los gabinetes de asesoría, los pacientes y los proveedores; implicación de la clínica en el proceso de cambio e inversiones en recursos humanos.

La investigación, el desarrollo y la utilización de nuevas tecnologías, en una palabra, el factor tecnológico, son elementos clave de la innovación, pero necesitan de actuaciones positivas sobre la propia organización, adaptando sus métodos de asistencia médica y de gestión. Y los recursos humanos, de nuevo, aparecen como el factor fundamental de la innovación y su desarrollo.

El proceso de transferencia de tecnología puede ser muy beneficioso para una clínica que ha iniciado, o ha mejorado, alguna innovación. No tiene por qué referirse a un complicado nuevo equipamiento diseñado

para diagnóstico en alguna extraña patología o un dibujo (diseño) sofisticado de algún instrumental en concreto, sino que puede ser la puesta en marcha de una nueva maniobra quirúrgica, unos nuevos procedimientos de calidad, etc.

Para todo lo relacionado con la innovación existen distintos organismos que nos van a ayudar y que van a buscarnos socios colaboradores en los proyectos, nos facilitarán todos los trámites contractuales y burocráticos existentes y nos asegurarán probables vías de beneficio. Son las OTRI (oficinas de transferencia de la investigación) de distribución geográfica amplia y que siempre funcionan bien, según mi criterio.

La protección de la inversión en tecnología viene por la vía de la patente. La actividad de I+D, y de toda innovación, es cara, necesita personal muy especializado y cualificado, equipos sofisticados e información exhaustiva, pero es absolutamente necesaria. Por ello, en clínicas ya maduras (únicas que pueden y deben abordarla), es tan necesario asegurar la rentabilidad de la inversión y la recuperación del capital inicial. El mejor método para asegurar un margen de beneficio para las empresas es, sin duda, la patente.

Hay multitud de empresas dedicadas a trabajar en esta función de protección e intermediación, pero mi sugerencia siempre es que antes de acudir directamente a una de ellas, se consulte a dichas OTRI's. También juegan un papel asesor importante, en materias de innovación general, organismos como las Fundaciones Universidad-Empresa, las universidades politécnicas y los institutos tecnológicos y de la pequeña y mediana empresa, distribuidos por toda España.

A lo mejor nos ha llegado el momento de hacer un buen acuerdo de colaboración con la universidad local u otras entidades y ello nos va a dar prestigio frente a la sociedad que, ¿por qué no?, utilizaremos en todos los frentes. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

La reputación corporativa de las empresas, a examen

El "Informe Merco", que este año ha alcanzado su novena edición, evalúa el prestigio y la imagen corporativa de las empresas.

Sanitas ha sido elegida, por tercer año consecutivo, empresa con mejor reputación corporativa en el área de asistencia sanitaria del Ranking de Empresas Merco 2009. La compañía mantiene el primer puesto en este sector, alcanzado ya en 2007, entre todas las empresas del ámbito sanitario y se convierte en la segunda compañía de seguros del ranking general, sólo por detrás de Mapfre. Además, se ha consolidado en el ranking general de las 100 compañías mejor valoradas de España, ascendiendo en tres años un total de 28 posiciones.

Por sectores, Nestlé, Mapfre, Sanitas, PWC, Santander, Holcim, Acciona, Indra, IKEA, El Corte Inglés, Inditex, L'Oréal, Nokia, Iberdrola, IE, Adecco, lideran los sectores de alimentación, aseguradoras, asistencia sanitaria, auditoría, banca, cementos, construcción, consultoría, distribución hogar, distribución generalista, distribución moda, droguería, electrónica, energía, escuelas de negocio y trabajo temporal, respectivamente. Mientras, NH, Novartis, Microsoft, Planeta, Repsol, Basf, Siemens, Telefónica, Renfe y MRW ocupan el primer lugar en los sectores de hoteles, farmacéutica, informática, medios de comunicación, petróleo, química, tecnología, telecomunicaciones, transporte de viajeros y transporte urgente, respectivamente.

Líderes empresariales

Convertido ya en toda una referencia en el mundo empresarial español, el Merco está compuesto por un lado, por ranking general y sectorial de las cien empresas españolas con mejor reputación corporativa, y por otro, por un ranking general y otro sectorial de los cien líderes empresariales mejor valorados en España. Para su elaboración tiene en cuenta la calidad, la ética y la responsabilidad social, además de los resultados económico-financieros, la reputación interna y la innovación.

Para realizar este ranking, se consultó entre noviembre y diciembre de 2008 a un total de 15.000 directivos de empresas que eligieron a las cien empresas entre 665. Posteriormente, cinco muestras de expertos formados por analistas, responsables de ONG, miembros de sindicatos, dirigentes de asociaciones de consumidores y líderes de opinión valoraron los resultados financieros, la RSC, la calidad laboral y de producto de las empresas. ■



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

crystalmina

ANTISEPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

CRISTALMINA Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN QUÍMICA:** 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 píodos. 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. **POSOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goleteado 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:

Crystalmina solución 1% envase 500 ml
Crystalmina solución 1% envase 125 ml
Crystalmina solución 1% envase 25 ml
Crystalmina solución 1% monodosis

OTRAS PRESENTACIONES:

Crystalmina film 1% gel envase 100 g
Crystalmina film 1% gel envase 30 g
Crystalmina Plus solución 1% envase 30 ml

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

El principio de prevención



Elisa Herrera Fernández*

>> El principio de prevención trata de tomar todas las medidas preventivas necesarias para evitar el daño, mientras que el principio de rectificación en la fuente se centra exclusivamente en el agente contaminante.

>> Como complemento al principio la acción preventiva, surge el principio de cautela. La diferencia entre el principio de prevención y el principio de cautela radica en el grado de conocimiento del riesgo.

Cualquier aplicación de la legislación ambiental, nos lleva irremediablemente a comprobar cómo uno de sus principios inspiradores es el principio de acción preventiva que se recoge en Tratado de la Comunidad Europea y su Acta Única.

Para defender el medio ambiente resulta lógico pensar que han de tomarse medidas que eviten que se produzcan daños al mismo. Pues bien, el desarrollo científico y tecnológico de las últimas décadas, ha permitido predecir ciertos daños con bastante exactitud, por lo que gracias a la ciencia puede afirmarse con seguridad que ciertas amenazas derivadas de actuaciones humanas se convierten en daños a la naturaleza. En la medida en que tales predicciones eran fiables, el legislador pudo entonces dictar normas tendentes a la prevención de tales daños. Es decir que no se trata pues de remediar un daño ya causado, sino de quedarse en el paso anterior, es decir prevenirlo, surge así el principio de prevención.

Este principio de prevención se basaba en la certeza de la predicción del daño, en definitiva en la seguridad de que, dada cierta actividad humana, se producirán determinados daños a la naturaleza. La protección del derecho ambiental debe estar guiada por el cumplimiento de prioridades, efectivamente el desarrollo económico provoca que la sociedad deba asumir un riesgo que sea tolerable, pero al fin y al cabo es riesgo. Frente a la alternativa de reprimir, mediante la imposición de grandes multas y sanciones, no se garantiza la protección del medio, sino en todo caso, la restauración del daño causado. Por ello, el mayor nivel de protección es no causar el daño, sino prevenirlo. Esa es la filosofía del derecho ambiental. Por eso es necesario priorizar la aplicación del principio de prevención, y así se constata en la legislación vigente.

El principio de prevención puede estudiarse desde dos perspectivas: las fuentes de contaminación y el entorno contaminado. En

cuanto a las fuentes de contaminación, el principio de prevención puede materializarse en la regulación legal de los procesos de producción o en las evaluaciones de impacto ambiental de algunos proyectos antes de obtener autorización administrativa; así mismo, pueden dictarse normas sobre ciertos productos. Por lo que se refiere al entorno contaminado, el principio de prevención se hará valer limitando las cantidades máximas de sustancias contaminantes en el medio ambiente, o bien declarando áreas de especial protección.

El principio de prevención trata de tomar todas las medidas preventivas necesarias para evitar el daño, mientras que el principio de rectificación en la fuente se centra exclusivamente en el agente contaminante.

Podemos ver por tanto tres aplicaciones claras del principio de prevención: el establecimiento de umbrales de prevención, el de la utilización de la mejor tecnología disponible y el uso de la evaluación del impacto ambiental.

Como complemento al principio la acción preventiva, surge el principio de cautela. La diferencia entre el principio de prevención y el principio de cautela radica en el grado de conocimiento del riesgo. La prevención se basa en certezas que descansan en la experiencia acumulada sobre qué grado de riesgo conlleva una acción. La relación causa-efecto es una realidad en el ámbito del principio de prevención y las medidas preventivas se encaminan a evitar el riesgo de que sobrevengan tales efectos nocivos. Por el contrario, el principio de cautela entra en juego cuando el riesgo de que sobrevenga un efecto perjudicial no puede demostrarse irrefutablemente por la ciencia; existe cierto grado de incertidumbre sobre las consecuencias de una acción.

El principio de prevención juega un papel primordial en la protección al medio ambiente, y así lo demuestra el hecho de que en la legislación vigente podemos encontrar claros ejemplos de medidas de ambientales basadas en este principio inspirador. ■

*Experta jurídica en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Nueve mil extremeños reciben ya las prestaciones de la Ley de Dependencia

La jornada se inscribe dentro del ciclo de sesiones que Medical Economics y Astellas Pharma organizan conjuntamente para analizar diversos aspectos de la Sanidad en las diferentes comunidades autónomas.

Cerca de 17.000 personas, un 3 por ciento del total de beneficiarios de la Ley de Dependencia en España, son extremeños. La mitad de este número de este número, 8.500 personas, ya reciben estas ayudas. Estas cifras fueron presentadas por María Jesús Mejuto Carril, consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, en la inauguración de la Jornada Avances en Sanidad y Dependencia en Extremadura, organizada por Medical Economics, con la colaboración de Astellas Pharma. José María Martín Dueñas, director de la compañía, aseguró que "Astellas está comprometida con el sector sanitario, con la investigación y también con la formación de los profesionales".



M^{ra} Jesús Mejuto flanqueada por Manuel García Abad, editor de *Medical Economics* (izda.) y José María Martín Dueñas.

Por su parte, María Jesús Mejuto se mostró satisfecha por el desarrollo de la Ley en Extremadura, a la que la Junta de Extremadura ya se había adelantado con la creación del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SEPAD). Según explicó su director Gerente, Juan Carlos Campón Durán, "la Consejería cuenta con un presupuesto inicial de 200 millones de euros para el desarrollo de las prestaciones contempladas en la Ley". La sesión se completó con una mesa dedicada a la formación e investigación sanitaria, con la aportaciones del presidente del Consejo Extremeño de Colegios de Médicos, Pedro Hidalgo y Felipe Chavida, presidente del Instituto para la Formación y el Desarrollo Profesional (Idepro). ■



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-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofuril (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. Piодermitis. 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 nitrofuril, 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.

InfoSalvat
904 50 50 50
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Normativa

Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici*

» El responsable del fichero debe adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad.

» Siempre que se prevea la comunicación de datos a un tercero, se deberá informar al interesado y solicitar su consentimiento.

Consentimiento informado

¿En qué casos se puede otorgar el consentimiento informado por representación?

La Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 5.3 que cuando el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. De igual modo el artículo 9.3 se refiere a la prestación del consentimiento por representación en los siguientes casos.

1. Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.

2. Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

Todo ello sin perjuicio de la facultad que se les confiere a los médicos para llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud de los pacientes.

Fondo de Garantía Salarial

¿Para qué fue constituido el Fondo de Garantía Salarial?

La finalidad para la que fue constituido el Fondo de Garantía Salarial, de conformidad con el artículo 31 de la Ley 16/1976, de 8 de abril, de Relaciones Laborales, fue la de configurarse como una institución que garantizase los créditos salariales ante la insolvencia del empleador. Fundamentalmente tiene atribuido el abono a los trabajadores de los salarios e indemnizaciones que las empresas para las que trabajan no han podido satisfacer por encontrarse en situación legal insolvencia o por haber sido declaradas en situación de concurso.

Protección de datos

¿Cuáles son las obligaciones de los responsables de los ficheros?

La Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) establece una serie de principios en los que se basan las obligaciones que los responsables de los ficheros deben cumplir. Con carácter general, será el responsable del fichero el titular de la clínica, ya sea una persona física o jurídica. En ese sentido los responsables, para cumplir con la ley, deben observar los siguientes principios.

1. Inscripción de los ficheros. Deberá notificarse a la Agencia Española de Protección de Datos.

2. Principio de calidad de los datos. Sólo se podrán recoger datos de los pacientes cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos.

3. Principio de información. Antes de la recogida de los datos se debe informar a los pacientes de la existencia de un fichero, de la finalidad, de la identidad y dirección del responsable del fichero y de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

4. Principio de consentimiento. El tratamiento de los datos requiere el consentimiento inequívoco del afectado.

5. Principio de seguridad de los datos. El responsable del fichero debe adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad.

6. Deber de secreto. El responsable del fichero y todas las personas que intervengan en el tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional.

7. Principio de comunicación de los datos. Siempre que se prevea la comunicación de datos a un tercero, se deberá informar al interesado y solicitar su consentimiento.

8. Derechos de las personas. Hay que informar a los pacientes de la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. ■

*Socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.

Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es



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

Publicaciones

Precio*

	Números	Instituciones	Profesional
<input type="radio"/> Allergy	6	101 €	69 €
<input type="radio"/> Gerokomos	4	68 €	47 €
<input type="radio"/> Medicina y Seguridad del Trabajo	4	120 €	80 €
<input type="radio"/> Medical Economics	20	140 €	113 €
<input type="radio"/> Seminars in Oncology	6	97 €	65 €
<input type="radio"/> Sexología Integral	4	68 €	47 €
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	97 €	65 €
<input type="radio"/> Dental Practice	10	100 €	70 €
<input type="radio"/> DPM	4	30 €	30 €

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

Nombre y Apellidos: CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia: C.P.:

Especialidad:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Forma de pago

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

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

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



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



el apósito de espuma que mimra la herida y su entorno



"NO ADHESIVOS"
FINANCIADOS
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

InfoSalvat

900 80 50 00

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Rendimientos del capital inmobiliario

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Rentas del capital inmobiliario

¿Qué rentas se consideran rendimientos de capital inmobiliario?

Se consideran rendimientos de capital inmobiliario los ingresos que proceden del arrendamiento de inmuebles, tanto rústicos como urbanos, así como los que se derivan de la constitución o cesión de derechos o facultades de uso o disfrute sobre los mismos. No todos los inmuebles generan rendimientos de capital inmobiliario. Por ejemplo si el doctor Gómez tiene una casa en la playa que sólo usa en vacaciones, ésta no genera ningún tipo de renta real; sin embargo, el doctor Gómez deberá integrar en su declaración de IRPF una imputación de renta por ser titular de un derecho real de disfrute sobre un inmueble. Esta imputación será el 2 por ciento al valor catastral del inmueble o el 1,1 por ciento si el valor catastral ha sido revisado.

Ahora bien, si el doctor Gómez decide alquilar su casa durante los meses de octubre a diciembre, la renta que obtiene tendrá la consideración de rendimiento de capital inmobiliario, pudiendo deducir de los ingresos los gastos correspondientes a dicho período. También deberá realizar una imputación de rentas por la parte correspondiente a los meses de enero a septiembre sin deducción de gasto alguno.

Minoración del rendimiento del capital inmobiliario

¿Qué gastos puedo incluir en mi declaración que minoren el rendimiento de capital inmobiliario?

Se pueden restar de los ingresos obtenidos por el arrendamiento de un inmueble todos los gastos que se acrediten como necesarios para conseguir dichos rendimientos, incluyendo la amortización de los inmuebles.

Suponiendo que el doctor Gómez tiene la casa de la playa alquilada todo el

año por 1.000 euros al mes, puede deducirse los gastos de mantenimiento y conservación, como puede ser pintar la casa o arreglar alguna instalación; así mismo, si compró la casa mediante un préstamo, podrá deducirse los intereses y demás gastos de financiación de la adquisición. La suma de los gastos de reparación (400 euros) y conservación (750 euros) y los gastos de intereses y financiación (1.350 euros) no puede exceder de los alquileres del inmueble al que correspondan (12.000 euros). Si un año los gastos de reparación ascienden a 15.000 euros, los de conservación a 800 euros y los financieros a 1.400 euros, la suma de todos ellos (17.200 euros) excedería a los alquileres (12.000 euros). El exceso (5.200 euros) no puede deducirse ese año, pero podrá hacerse en los cuatros años siguientes siempre que, año a año e inmueble a inmueble, no se supere el límite de los alquileres.

Además, y sin límite alguno, son deducibles los gastos por las primas de contratos de seguro, los tributos y recargos no estatales, así como los estatales, como pueden ser el recibo del IBI, las tasas de basura, limpieza o alumbrado. También son gastos deducibles las cantidades devengadas por terceros como consecuencia de servicios personales, como pueden ser los gastos de administración, guarda o vigilante jurado, portería, jardinería y similares. Adicionalmente puede deducirse la amortización del piso, cuyo importe será el 3 por ciento del valor de adquisición, o del valor catastral si es superior, pero sin contar el valor del suelo. También puede deducirse los gastos jurídicos para la formalización del arrendamiento como para la defensa de su derecho, bienes o rendimientos. Por ejemplo, si el inquilino deja de pagar la renta y el doctor Gómez contrata los servicios de un abogado podrá deducirse los honorarios del abogado y los gastos. Todos estos gastos pueden superar el importe de los al-

» Son deducibles los gastos por las primas de contratos de seguro, los tributos y recargos no estatales, así como los estatales, como pueden ser el recibo del IBI, las tasas de basura, limpieza o alumbrado.

» Se pueden restar de los ingresos obtenidos por el arrendamiento de un inmueble todos los gastos que se acrediten como necesarios para conseguir dichos rendimientos.

quileres y dar rendimiento del capital inmobiliario negativo. Los gastos que pague el inquilino, como pueden ser los gastos de luz, agua, teléfono, etc. no serán deducibles para el doctor Gómez.

El que el inquilino no pague el alquiler no es motivo para que el doctor Gómez no lo considere como rendimiento del capital inmobiliario, pues la ley dice que son tales las cantidades que "deba satisfacer" el arrendatario, lo haya hecho o no. No obstante, el citado doctor podrá considerar como gastos los importes de los alquileres no cobrados si ha llevado a cabo gestiones para su cobro y entre el momento de la primera gestión y el 31 de diciembre han transcurrido más de seis meses.

Arrendamiento de inmueble destinado a vivienda

¿Existe algún beneficio fiscal por arrendar un inmueble destinado a vivienda?

Siempre que se arriende una vivienda, el rendimiento neto, calculado por la diferencia entre la totalidad de los ingresos íntegros y los gastos necesarios que tengan la consideración de deducibles, se reducirá en un 50 por ciento. Esta reducción es aplicable incluso cuando el rendimiento neto es negativo.

La reducción será del 100 por cien si el inquilino presenta al arrendador, con anterioridad al 31 de marzo del año siguiente, una comunicación con el siguiente contenido.

- Nombre, apellidos, domicilio fiscal y NIF del arrendatario.
- Referencia catastral o, en defecto de la misma, dirección completa del inmueble arrendado objeto de la comunicación que constituyó su vivienda en el período impositivo anterior.
- Manifestación de tener una edad comprendida entre los 18 y los 35 años durante todo el período impositivo anterior o durante parte del mismo, indicando en este último caso el número de días que cumplió tal requisito.
- Manifestación de haber obtenido durante el período impositivo anterior unos rendimientos del trabajo o de actividades económicas superiores a 7.381,33 euros.
- Fecha y firma del arrendatario.
- Identificación de la persona destinataria de la comunicación

Si existen varios inquilinos en una vivienda, esta reducción se aplicará sobre la parte del rendimiento neto que proporcionalmente corresponda a los arrendatarios que cumplan los requisitos establecidos. ■

* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante.
Artículo escrito con la colaboración de Marisa Ramírez Prieto.
Para contactar: info@alescab.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**

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?

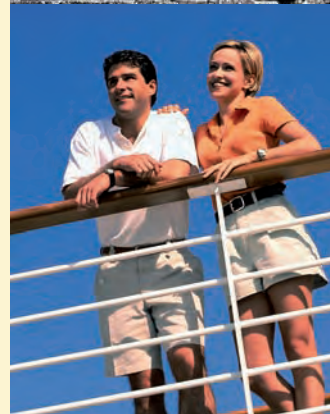
Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección:

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*



La profesión médica en el siglo XXI

Por Gonzalo San Segundo
Director asociado



A finales de 2004, se celebró en Sitges (Barcelona) el Primer Congreso de la Profesión Médica en Cataluña, evento que MEDICAL ECONOMICS reflejó, como tema de portada, con generosa profusión de contenidos en sus páginas. En esta ocasión hacemos algo similar con el I Congreso Nacional de la Profesión Médica, celebrado en Valencia el pasado mes de marzo. Entre ambas fechas, la profesión médica en este país, en esencia, no ha variado mucho, más bien ha empeorado. A los problemas de antes, la mayoría agravados, se suman nuevos problemas derivados de la aplicación de varias leyes: LOPS, Autonomía del Paciente, Protección de Datos Personales y otras normativas.

Dichos problemas se centran, sobre todo, en la Atención Prima-



Manuel Cervera, consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana (en el centro), durante la inauguración del Congreso.

ria, que continúa más desatendida y con sus profesionales más soliviantados que antes; en la función de los colegios de médicos, con un presente muy cuestionado y un incierto futuro; en la formación continuada del médico, cada vez más exigente en sí misma y poco eficientemente tutelada por las administraciones sanitarias, y en un polémico cuestionamiento acerca de las necesidades de especialistas médicos, su distribución, importación y exportación. Parece que para dar cumplida respues-

ta a esos (y otros) asuntos concernientes a la profesión médica, los expertos han llegado al consenso de la necesidad —y urgencia— de establecer un pacto de Estado parara la Sanidad. Y en esas estamos. Mientras tanto, disfruten leyendo las páginas que siguen.

Temas y autores

ATENCIÓN PRIMARIA: Albert Jovell Fernández, presidente del Foro Español de Pacientes; Luis Pablo Corral Collantes, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria; Carlos Paredes Cencillo, miembro del Comité Ejecutivo de la Asociación Española de Pediatría; Josep Fumadó Queralt, representante nacional de Atención Primaria Rural de la OMC, y José Antonio Herranz Martínez, presidente del Colegio de Médicos de Castellón.

COLEGIOS DE MÉDICOS: Jaume Padrós i Selma, secretario del Colegio de Médicos de Barcelona; Aser García Rada, de la Asociación de Médicos Internos Residentes de Madrid, y Marciano Sánchez Bayle, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

FORMACIÓN CONTINUADA: Alfonso Moreno González, presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y Jacques Domerge, presidente del Consejo Nacional de Cirugía de Francia y diputado de la Asamblea Nacional francesa.

DEMOGRAFÍA MÉDICA: Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la OMC; Miguel Ángel García Pérez, coordinador de Estudios de la Fundación CESM, y Antonio Arroyo Guijarro, presidente del Colegio de Médicos de Alicante.

Atención Primaria

El primer nivel asistencial, situado a ras de suelo, se hunde en problemas y reivindicaciones, lo que no sucede con la atención hospitalaria. Las quejas van desde la excesiva burocracia que soportan los médicos de AP, hasta las homologaciones dudosas, pasando por las dificultades para trabajar en equipo. Todo ello provoca un malestar general que, de una u otra forma, repercute en el sistema sanitario y, concretamente, en la relación médico-paciente.

I. Hay malestar, desafección institucional y dificultades para trabajar en equipo

La crisis que hay en el mundo es una crisis de las profesiones y creo que es un buen momento para que la profesión médica explique a la opinión pública que, durante los últimos años, no hemos sido tentados por la avaricia ni por la especula-

que menos confianza tenía la sociedad, mientras que entre las que más se confiaba estaban los médicos y los científicos. Y es bueno que la profesión médica salga ante la opinión pública a explicar que hemos hecho las cosas de manera diferente, sostiene Albert Jovell Fernández, presidente del Foro Español de Pacientes.

En los profesionales médicos hay malestar, una cierta desafección institucional que es preocupante, baja autoestima, una cierta sensación de falta de gobierno (los médicos no han de esperar a ser gobernados, sino que han de gobernar, que es una cosa diferente) y hay dificultades para trabajar en equipo. Y estas dificultades vienen de cómo educamos a los médicos en las facultades de Medicina. Hemos educado durante muchos años a los profesionales a competir entre ellos y a ser individualistas, y esto acaba perjudicando a la asistencia a los pacientes.

¿Qué puede cambiar en la Atención Primaria? En la AP vemos algo más que cuadros clínicos; vemos temas relacionados con la dependencia, con el envejecimiento, con las adicciones, con las insatisfacciones, con el desempleo y con la inmigración, o sea, temas sociales. Por tanto, el abordaje de la Atención Primaria y el futuro va a ser lo que se llama la empresa social. Posiblemente, en los próximos años veremos una transferencia de responsabilidades desde los gobiernos hacia la ciudadanía y hacia los profesionales, a los que



ción y sí hemos sido tentados por distribuir salud, y nos hemos dedicado a quien tenía menos salud. Eso es importante porque lo que está en crisis posiblemente es el modelo social actual. Un estudio que hicimos en 2005 con la Universidad de Harvard, con una muestra de 3.010 ciudadanos españoles, demostraba que las profesiones que gobernaban en ese año en España eran en las

se les pedirá que organicen la prestación sanitaria de la AP. Esto está pasando ya en Québec y en Inglaterra. Y para ello tendremos que cambiar nuestras organizaciones sanitarias, que son excesivamente burocráticas y poco funcionales.

¿Qué pasa con los profesionales de la salud? Que creen en su competencia pero no se sienten estimados. Hay respeto pero no hay confianza. El problema de los médicos no es un problema de salario. Las cuatro primeras cosas que piden las profesiones son: sentirse estimados, que se les reconozca la competencia, que se les respete la autonomía en la organización de su trabajo (ésta es una queja continuada cuando hacemos estudios con médicos), y tener un sentido de pertenencia hacia la organización en la que trabajan. Estos elementos en el medio-largo plazo pesan mucho más que el elemento salarial.

Cuando preguntamos, ¿confía en su médico de Atención Primaria?, el 90 por ciento de los ciudadanos confía mucho o bastan-

te. Por tanto, la idea de que la AP no tiene prestigio, de cara a la ciudadanía no es así; de cara a los compañeros de profesión o de cara a otros, es otra historia. Y cuando le preguntas al ciudadano español si sabe el nombre de su médico de Atención Primaria, el 81 por ciento lo saben; si les preguntas por el nombre de su consejero de Salud, sólo lo sabe el 16 por ciento.

Los pacientes esperamos básicamente de los profesionales de Atención Primaria que nos cuiden bien y que se pueda confiar en ellos, los detalles los ponen ustedes. El que la confianza en los médicos sea tan alta por parte de la población tiene mucha responsabilidad y es que es una confianza que se hace desde la vulnerabilidad. El paciente no se puede permitir el lujo de no confiar en su médico y, por lo tanto, es un elemento que dota a la profesión de una gran responsabilidad. Lo que queremos evitar es que haya una fractura en la relación entre médicos y pacientes, para poder hacer cosas juntos y que haya una buena comunicación entre nosotros. ■

II. El presupuesto disminuye, aumenta la burocracia

Tenemos una demanda ilimitada con una provisión gratuita y los recursos económicos, por desgracia, son limitados. Todos los sistemas aspiran a dar una buena salud a un coste bajo, con una satisfacción considerable por parte de los proveedores y usuarios y que exista una equidad tanto a nivel médico como financiero, expone Luis Pablo Corral Collantes, presidente del Colegio de Médicos de Cantabria. En los últimos 25 años, en nuestro país hemos pasado de un sistema sanitario financiado por las cotizaciones a la Seguridad Social a otro financiado por los impuestos generales.

Con las transferencias, la financiación de la Sanidad llegó a integrarse dentro de la financiación general de cada comunidad autónoma. El reparto de recursos no fue sólo dividido por la población, sino que también se tuvo en cuenta la edad y la insularidad, y el Gobierno, durante los tres pri-

meros años, se obligó a cumplir que el gasto de sanidad iba a ser parejo al crecimiento del Producto Interior Bruto. Pero enseguida surgieron los problemas, debidos al exceso de gasto en personal y en farmacia.

En 2005, se introdujeron algunos elementos de mejora en la financiación autonómica y se dio a las comunidades autónomas una mayor capacidad normativa en determinados impuestos, el famoso céntimo sanitario, el pago por la asistencia sanitaria por accidente de trabajo y enfermedades profesionales y el plan de calidad a nivel nacional, que dotaba a cada comunidad de una cierta cantidad de dinero, entre otras medidas de diversa índole, como el uso racional del medicamento y, en teoría, un aumento de recursos y una capacidad de solución mayor en Atención Primaria, con un desarrollo posterior de la atención domiciliaria.

De forma global, podemos decir que en el año 2005 el gasto sanitario fue de 50.000

millones de euros, un 15-16 por ciento del gasto de las administraciones públicas. Pero el gasto crece sin parar. Por el lado de la demanda, el crecimiento de la población y el envejecimiento, una tasa de cobertura de mayores servicios sanitarios a la diferente población y, sobre todo, las expectativas y la medicalización de la vida. En la oferta, las nuevas tecnologías o el aumento del carácter del servicio fueron dos factores a considerar.

En principio, para controlar ese gasto las medidas se encaminaron a restringir oferta, bien disminuyendo el número de instalaciones, el número de profesionales, o bien medidas para modificar el comportamiento de profesionales, guiándoles hacia una práctica más de coste efectiva. Todo ello mediante más información, más formación o mediante la incentivación por tratamientos más económicos.



Una valoración que en 1999 realizó el Ministerio de Sanidad y Consumo de los años 91 a 96, pone de manifiesto que el gasto farmacéutico crece tres veces más que cualquier otro gasto; que existe un escaso gasto en salud pública, en formación y en investigación de profesionales y en una gestión más eficiente del sistema, y sobre todo, llama la atención que hay un menor porcentaje, de hasta tres veces menos, de gasto de la Atención Primaria que en atención hospitalaria. En el período 1995-2002, el gasto hospitalario y el gasto en AP decrecen, pero en Atención Primaria decrece el doble que en atención hospitalaria. Esto se repite en años posteriores y se sigue manteniendo. Datos muy actuales indican que el gasto sanitario dedicado a Atención Primaria puede oscilar entre el 10-16 por cien-

to del gasto sanitario, con un incremento anual escaso.

Dos palabras sobre la burocracia en Atención Primaria. Uno de los problemas es la excesiva demanda asistencial, unas veces explicada por la presión a la que estamos sometidos con una media de por encima de los 25-30 pacientes por profesional al día y, por otro lado, por la frecuentación de algunos de nuestros pacientes, valorada en 6,5 consultas por paciente y año. Uno de los factores clave del exceso de esta demanda es la burocracia en la consulta, que está estimada entre un 20-40 por ciento de las consultas.

Un estudio realizado en Cantabria en 2005, cuyo objetivo era cuantificar la disminución de la presión asistencial y el tiempo ganado por profesional, concluyó que un 33-35 por ciento de las consultas en AP eran por cuestiones administrativas. Des-

glosadas dichas consultas, se valoró en un 5 por ciento los informes de cualquier tipo, en un 54 por ciento las recetas de los pacientes crónicos, en un 12 por ciento un programa que se lleva a cabo en Cantabria, que es la anticoagulación y que se lleva desde Atención Primaria, y un 26 por ciento en partes de confirmación de incapacidad laboral transitoria.

El contrato de gestión para los dos próximos años de mi comunidad autónoma, de la Gerencia de Atención Primaria Santander-Laredo, nos habla, en el apartado de médico de familia como objetivos comunes, de mejorar la imagen institucional en los términos establecidos en el Anexo I. Pues bien, en los resultados de la medición que nos va a valorar a los médicos de familia si cumplimos o no este tipo de objetivos, el apartado 6 nos habla de si los baños están limpios, si disponen de papel higiénico, si las puertas de los aseos cierran, si las cisternas funcionan correctamente, si en los espacios de uso público faltan o hay bombillas fundidas, sillas, bancadas estropeadas u otro tipo de elementos deteriorados. Yo ya no sé si a esto llamarlo burocracia o realmente qué es. ■

III. Homologaciones dudosas y desmadre vacunal

En España tenemos 1,1 por ciento de estudiantes por cada 10.000 habitantes y un 0,6 por ciento de facultades de Medicina por cada millón de habitantes, por encima de países como Canadá, Inglaterra, Estados Unidos y Alemania. Debemos tener en cuenta que en el último año, en facultades de Medicina como Salamanca, Santiago y la Autónoma de Madrid habían ingresado un 25 por ciento de alumnos extranjeros que no habían sufrido las pruebas de selectividad que tienen nuestros propios estudiantes. Además, cada año se homologa a unos 3.000 médicos extranjeros; que en el Colegio de Valencia se ha colegiado alrededor de un 25 por ciento de los homologados, muchas veces con títulos o convalidaciones un poco dudosos. ¿Y qué sucede en Pediatría?, se pregunta Carlos Paredes Cencillo, miembro del Comité Ejecutivo de la Asociación Española de Pediatría.

A finales de 2008, en este país, único en Europa donde existen pediatras en Atención Primaria, en un colectivo de unos 9.000 pediatras, faltan 2.000. Y el modelo español ha servido de ejemplo a otros muchos que nos han intentado plagiar este modelo. Estamos en grave peligro de perder un sistema que ha sido modélico para toda Europa.

A la falta de previsión en la formación de especialistas, se suma la fragmentación del sistema sanitario español. Cada autonomía es diferente y en este momento al médico o al pediatra se le están haciendo subastas económicas para que se vaya de una comunidad a otra, con horarios y acuerdos diferentes, más a nivel de Primaria que especializada. Lo que no puede ser es que comunidades como Castilla-La Mancha estén ofreciendo emolumentos mucho mayores que la Comunidad Valenciana, por poner un caso. Por otra parte, ha habido comunidades con jubilaciones a los 65 años, lo ha dado lugar a una falta de pediatras en Atención Primaria. También intervendría el tema de la feminización en medicina y el aumento de la tasa de natalidad y la población inmigrante. Lo que no ha ido paralelo es la creación de más plazas de pedia-

tras y el incremento de plazas MIR. En 2016 el déficit de pediatras estaría en el 15 por ciento, lo que sería muy grave. Ya estamos en un 10 por ciento como mínimo en algunas comunidades.

Hay que conocer las necesidades de cada uno. Cada comunidad autónoma debería dar un registro vivo de pediatras, señalando incluso el país en que se han formado, el lugar de ejercicio, sus edades, etcétera. Lo que se puede hacer, y esto es evidente, es dotar más hospitales y centros de Atención Primaria para la formación MIR en un sistema mixto, como ya se ha empezado a hacer. Y además se podría ver cómo acreditaríamos a pediatras de Atención Primaria, que están perfectamente formados,



para iniciar esta docencia y esta formación. También AP necesita un desarrollo mayor de las unidades docentes de pediatría y creo que sería muy conveniente que existieran tutores perfectamente formados dentro de la Primaria y que no fuera sólo dentro de la hospitalaria. Tendremos que ver si a nuestros mestos les hicimos un examen para poderlos integrar dentro del colectivo de pediatras, ¿cómo es posible que se estén convalidando títulos de especialistas a profesionales extracomunitarios que no han sufrido ningún tipo de pruebas?

Otro tema son los calendarios vacunales. A finales de 2008 teníamos 21 calendarios vacunales distintos: las 17 comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, el Consejo Interterritorial de Salud y la Asociación Española de Pediatría. ¿Por qué Cataluña vacuna de la hepatitis A? ¿Por qué el País Vas-

co vacuna de la tuberculosis? ¿Por qué esta famosa vacuna del papiloma en algunas niñas se está poniendo a los 14 años y en otras comunidades a los 12? ¿Pero cómo puede ser que una niña que nazca en Almería y que ahora tenga 14 años, se le ponga la primera dosis de la vacuna del papiloma, se vaya a vivir a Cataluña y no pueda seguir la vacunación sin que la paguen sus padres? Este desajuste, esta falta de armonía entre las diferentes comunidades es un tema tan importante como pueden ser los calendarios vacunales.

No existe ningún criterio epidemiológico para que tengamos esas diferencias. No se ven más que criterios económicos y políticos. No puede ser que partidos del mismo signo que están en el poder vacunen en la Comunidad de Madrid a los niños de forma gratuita con la vacuna antineumocócica y los padres valencianos se estén rascando el bolsillo pagando esa vacuna. Y es-

tamos a 350 kilómetros y tenemos el mismo signo político, lo que es inconcebible. Lo mismo ocurre con la vacuna de la varicela. ¿Por qué en Navarra se puede vacunar de la varicela gratuitamente y en Valencia no? Se tienen que esperar hasta los 11 años porque nuestros políticos han dicho que hay que vacunar a los 11 años cuando ya la mayoría de los niños han pasado la varicela y lógicamente esto supone un ahorro económico importante. Esto da lugar a que los padres y los propios profesionales tengan una confusión importantísima, porque si ya es difícil aprenderse el calendario vacunal con todas las modificaciones que estamos haciendo progresivamente, más difícil aún es para unos padres, sobre todo si cambian de comunidad. Como cambien de comunidad están perdidos porque entonces el lío es enorme. La lástima es que los niños no votan y, por lo tanto, los políticos no les hacen mucho caso. ■

IV. Del médico de pueblo, a la troncalidad

Cuando era pequeño, comenta Josep Fumadó Queralt, representante nacional de Atención Primaria Rural de la OMC, mi médico de cabecera era un médico que hacía domicilios cada día en tres pueblos. Yo soy médico del mismo pueblo. En aquella época, el médico de pueblo era médico, hacía



de celador, de secretario cuando no era ayudado por su mujer, pero era un médico respetado, un médico polivalente. Sobre todo, un médico muy respetado. Con la reforma sanitaria, todos los médicos de este país hemos ganado mucho: en horarios, en mejoras laborales, en formación. Pero en esta última década el aumento de la vida media de la población, la inmigración, la emigración de los compañeros médicos y la mala planificación de las diferentes administraciones ha hecho que lleguemos al momento en que estamos: la escasez de profesionales y unos pacientes que no tienen nada que ver con los de hace 20 años. Son pacientes informados y exigentes.

Y los médicos tenemos exigencias desde diferentes ámbitos: de los pacientes, de la Administración, y, además, tenemos la autoexigencia, que es innata. Somos médicos con muchas exigencias. Y esto nos lleva a que, debido a los pocos estímulos profesionales y económicos, algunos de estos médicos lleguen a quemados, el *burn out*, y emigren a otros países, lo cual favorece la escasez de médicos. Tenemos 17 carreras profesionales, pero hay desequilibrios. Por ejemplo, en docencia

e investigación, no es lo mismo hacer de médico en Valencia capital que en un pueblo del Maestrazgo. Nosotros hemos denunciado e insistido en que estos desequilibrios hay que reequilibrarlos para que sea un poco más justo para todos los profesionales. Pero hasta el momento ha habido oídos sordos. Pero en Primaria tenemos otras amenazas.

Tenemos farmacéuticos que hacen de médicos. No se puede hacer, pero es una realidad. Tenemos unas enfermeras que también prescriben y diagnostican. En la Comunidad Valenciana, Enfermería está haciendo cursos de auscultación, y tenemos la enfermera que hace la selección en Urgencias. El acto médico lo debe hacer un médico, un buen profesional que sepa hacer una buena exploración. Para la medicina privada esto ha sido bueno, se ha notado mucho desde que hay enfermeras seleccionando enfermos en Urgencias, pero esto no puede ser así.

Hay escasez de médicos. Hay autónomas que son muy exigentes ante el Ministerio de Educación para que hagan homologaciones express. Se ha dicho que no siempre todas las homologaciones cumplen los requisitos necesarios de exigencia y calidad que se exigen a los españoles. Para paliar esta escasez de médicos que sufrimos y para que no ocurra en un futuro se ha inventado la troncalidad. Desde Primaria vemos la troncalidad muy bien, porque tiene aspectos muy positivos, y habría que destacar que el que todos los médicos hagan un tronco de dos años y pasen por Primaria es bueno para todos. Serán buenos conocedores del sistema, con lo cual no

“Que todos los médicos hagan un tronco de dos años y pasen por Primaria es bueno para todos”

existirán los problemas de descoordinación que existen entre Primaria y hospitalaria. Hay un inconveniente en la troncalidad y es que hay que ser especialistas para poder ir luego a las pasarelas. Es decir, si un médico que es geriatra quiere pasar a médico de Familia tiene que ser especialista en Geriátrica, y así podrá pasar a médico de Familia; o si un médico de Familia quiere pasar a anestésista porque está cansado de hablar con tanta gente y quiere descansar de oír a pacientes, puede pasar a anestésista. Pero sigue habiendo un problema histórico que no se resolvió en su momento: los médicos generales que no disponen del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria no podrán hacer una segunda especialidad. Esto lo hemos denunciado y creemos que es un error, porque es una oportunidad histórica de solucionar un

problema para siempre.

Tampoco se han desarrollado las áreas de capacitación que la LOPS ya nombra, es decir, el médico de Primaria que quiera hacer una segunda subespecialidad no tiene todavía la posibilidad de desarrollarse más a nivel profesional. Es curiosa la contradicción de que, en unos momentos en que hay falta de médicos, se dé prioridad a la atención farmacéutica, a las consultas de Enfermería, a la homologación de títulos extranjeros y se maltrate a los médicos de este país. A los que quieren desarrollarse más habría que ponerles alfombras. Los políticos sanitarios deberían entender lo que hacemos los médicos: observar, escuchar, explorar. Pero no escuchan ni exploran. Pido a las administraciones sanitarias que escuchen a la Atención Primaria. ■

V. El tren de la AP21 nunca llegará a su destino

Desde la reforma de los años ochenta, la Atención Primaria ha ido perdiendo potencia, incluso no se han llegado a desarrollar algunos de los paradigmas esenciales, como los referidos a la atención familiar o a la perspectiva comunitaria de la asistencia. Las frecuentes declaraciones políticas poniendo énfasis en el papel central y

fundamental de la Atención Primaria para el buen funcionamiento del conjunto del sistema sanitario nunca se han visto traducidos en la práctica en una mejora sustantiva de la asignación de unos refuerzos presupuestarios suficientes para hacerla realidad, resultando paradójicos los deseos de algunos políticos que siempre coinciden en prometer aumen-

tar la capacidad resolutoria de los médicos de Primaria, reducir los trámites burocráticos, asegurar un número ideal de pacientes y, como guinda del pastel, potenciar la investigación. José Antonio Herranz Martínez, presidente del Colegio de Médicos de Castellón, desarrolla así su exposición crítica.

La actual Atención Primaria está cada vez más circunscrita a la asistencia clínica individual realizada en las consultas y por unos profesionales cada vez más presionados por una demanda creciente, sin el tiempo necesario para visitar con garantías a los pacientes, desanimados y escépticos ante un futu-

del porcentaje de errores médicos. También se produce una mayor derivación de pacientes a otros servicios especializados junto a un mayor número de solicitudes de exploraciones complementarias. Por tanto, esto nos lleva a sospechar que la sobrecarga en las consultas gran parte de las veces no es el resultado del capricho de los pacientes, sino de los cupos superpoblados y sobre todo de la falta de recursos empleados. En contrapartida también se pueden encontrar casos en los que el exceso de demanda está originado por una falta de organización de la propia consulta del médico, siendo el

mismo el que genera la demanda y crea una dependencia excesiva del paciente. Esta última situación puede evitarse con una adecuada formación en Atención Primaria.

La Medicina no es una profesión burocrática, sino que, al igual que la abogacía o la arquitectura, es una profesión liberal en su más profundo sentido, sin que ello conlleve ideologías ni partidismos. Asimismo creo que el que un grupo de médicos asociados que se ofrezcan para gestionar y atender la salud de una población concreta y lo hagan mediante la asignación de unos presu-



puestos públicos, también controlados por entidades públicas, no es privatizar nada. Diversificar los modelos de gestión creo es positivo y en cualquier caso no tiene que ser negativo para el ciudadano. Resulta pertinente dar una oportunidad a los profesionales sanitarios mediante la diversificación de los modelos de gestión. La implicación directa del médico en la gestión de un presupuesto no sólo servirá como incentivo, sino también como un instrumento creador de nuevos recursos e ideas para abordar los problemas de salud de la población. Es de la unión médico-paciente, y no desde los despachos de los gestores, de dónde deben surgir las soluciones. Creo que no es el momento de tener más miedos a los cambios de modelo y sí el de, de una vez por todas, asumir nuevas responsabilidades y nuevos retos. Los médicos deben abandonar la posición funcional retornando a un nuevo liberalismo profesional. ■

ro que vislumbran negativo si se persiste continuar por el mismo camino. Para combatir este deterioro progresivo se han puesto en marcha muchas iniciativas por parte de distintos colectivos sindicales, profesionales y de sociedades científicas. El propio Ministerio de Sanidad elaboró, con el consenso de sociedades, colegios y administraciones autonómicas, un famoso plan que se llama Estrategias AP21, que se intenta aplicar en las distintas comunidades. Un tren lento al que se va subiendo alguna nueva iniciativa, pero con un ritmo tan pausado que todos tenemos la impresión de que nunca llegará a su destino. Hasta la fecha ninguna de estas acciones ha conseguido cambiar nada la situación actual.

La falta de tiempo provoca prisa en la consulta, produciendo una ansiedad permanente en el médico que conduce a una falta de profundización y de rigor en la anamnesis y en la exploración de los pacientes, lo que desemboca en un aumento

de una vez por todas, asumir nuevas responsabilidades y nuevos retos. Los médicos deben abandonar la posición funcional retornando a un nuevo liberalismo profesional. ■

Presente y futuro de los colegios de médicos

Los colegios de médicos y, por extensión, la Organización Médica Colegial, tienen muchos retos ante sí, como ganar autoridad moral. Y dilemas que resolver, tal que el modelo de colegiación. Lo que parece claro es que si no se renuevan, con el fin de constituirse en un referente de prestigio, desaparecerán. En medio de este rifirrafe, los profesionales se preguntan por la función de los colegios en la formación continuada.

I. Ganar autoridad moral es el reto más importante

La primera función que tienen los colegios de médicos es la de garantía social de la calidad del ejercicio profesional, a través de instrumentos: evitando el intrusismo, el código de deontología y el análisis de la praxis médica. La segunda es la representación de los médicos ante terceros y, al mismo tiempo, la defensa de los intereses de la profesión médica, recuerda Jaume Padrós i Selma, secretario del Colegio de Médicos de Barcelona.

Debe haber una comisión de deontología de prestigio, competente, con autoridad moral, y un régimen sancionador con carácter más rehabilitador que punitivo. Y, evidentemente, una regulación de la competencia, proporcionando instrumentos de formación, de acreditación periódica y de reconocimiento individual. Esa vigilancia y control del ejercicio profesional debe tener un objetivo, que es la garantía adecuada a la praxis médica, el concienciar al profesional de su responsabilidad. De-

Los colegios del futuro

- ▶ Han de mantener el equilibrio entre las funciones básicas de garantía social, representatividad y defensa de los intereses profesionales.
- ▶ Han de aparecer ante la sociedad como un aliado en defensa del bien común y no como una asociación de profesionales que se autoprotegen.
- ▶ Han de tener voluntad de respetar los intereses dentro de la profesión.
- ▶ Han de defender los intereses profesionales mediante cobertura del riesgo profesional atendiendo a sus necesidades de formación y previsión social.
- ▶ Han de tener independencia de los grupos sociales y políticos y huir del enfrentamiento sistemático con la Administración.

bemos primar la ética sobre el Derecho, la persuasión *versus* la coacción, el prevenir *versus* la sanción y el habilitar *versus* la inhabilitación.

El consejo del Colegio de Médicos de Cataluña realiza la representación de la profesión ante la Administración sanitaria, los medios de comunicación, los empleadores y las mutuas. La defensa de los intereses profesionales nos lleva a la defensa del rol social y del prestigio del médico, la prevención y defensa de reclamaciones judiciales, la promoción de la autonomía del profesional, la acreditación de la competencia, las mejoras de las condiciones de trabajo y las retribuciones, una política de servicios muy específica y la ayuda a los médicos con problemas. Y disponemos de una póliza de responsabilidad civil que nos lleva a tener un servicio propio, la gestión de todo lo que son las reclamaciones y demandas y el poder desarrollar actividades formativas en responsabilidad profesional.

Otra de las funciones del colegio es la promoción de la autonomía profesional, el apoyo a la creación de equipos de base asociativa en el ámbito del Atención Primaria. Y el apoyo al médico emprendedor, con la colaboración de escuelas de negocios, como ESADE, IESE o EADA. Nos hallamos ante un fuego cruzado. Por un lado, representamos a la profesión, y por otro somos un órgano de registro y de control, lo que genera contradicciones. Los afiliados nos exigen eficacia, mejores salarios, sistemas de promoción, y la Administración no acepta las críticas que les hacemos y los ciudadanos nos acusan de corporativismo.

¿Cómo pueden los colegios afrontar debidamente el futuro? Ganando y estimulan-

do el liderazgo moral de la profesión, recuperar la credibilidad social, minimizar la hostilidad de la Administración y mejorar la defensa de los profesionales. Debemos dotarnos de un discurso autoexigente de verdad basado en los valores del profesionalismo, velando por las necesidades de los más débiles, estableciendo lazos estables de cooperación con la universidad, sociedades científicas y otras organizaciones profesionales; garantizando el cumplimiento de las normas deontológicas, velando por la competencia profesional, haciendo actuaciones con

impacto social y proyección sensata en los medios de comunicación a través de un discurso positivo.

Debemos minimizar la hostilidad de la Administración, evitar la confrontación

sistemática buscando complicidades, ser interlocutor adecuado, defender los intereses de los profesionales con las coberturas y necesidades de previsión y protección social, aproximando a los profesionales a las tecnologías de la información, asegurando una cobertura del riesgo profesional y creando empresas de servicios con el fin de mantener unas cuotas colegiales bajas, para mantener la independencia, para permitir financiar proyectos, para facilitar el acceso a ciertas prestaciones a los afiliados y sus familias y para, en definitiva, aumentar la adhesión grupal.

No tenemos más capacidad para exigir si no desarrollamos nuestras funciones que ya tenemos otorgadas y no exploramos las fronteras que disponemos, y todo ello para ganar autoridad moral, que para mí es el reto más importante. ■

“Entre las funciones del colegio destacan la promoción de la autonomía profesional y el apoyo a la creación de equipos de base asociativa en el ámbito de la AP”

II. Renovarse, para ser un referente de prestigio, o desaparecer

Desde mi posición, una persona de 31 años, seis años colegiado, sólo conozco un colegio, el de Madrid, relata Asier García Rada, ex portavoz de la Asociación de Médicos Internos y Residentes de Madrid

(Amircam). Me interesa la prensa y leo un poquito lo que pasa en el ámbito sanitario. ¿Qué percepción tengo ahora mismo del Colegio de Médicos de Madrid y de la OMC? Me parece que el colegio es bastante ajeno, o por lo

menos los profesionales lo sienten bastante ajeno, y es algo que se ve en las elecciones al colegio. En el nuestro votaron un 19 por ciento de los colegiados. La percepción que tenía yo y que tiene mucha gente, por lo menos mucha gente con la que yo me relaciono, mucha gente de mi edad, es que el colegio sólo organiza actividades para jubilados. El colegio tiene que tener una función que se escape a ese mero ámbito social.

En la Comunidad de Madrid hay un gran conflicto sanitario en muchas áreas. Se han abierto ocho nuevos hospitales, no hay profesionales, se plantea una gerencia única, los modelos de gestión se cuestionan, si se privatiza o no se privatiza. Hay una serie de temas muy polémicos, y me da la sensación de que el Colegio de Madrid, que entre otras cosas tendría que ser un punto de control a la acción política en la comunidad, desde que se ganaron las últimas elecciones, no he visto en los medios de comunicación ni un solo comentario del colegio ante ninguna de estas cosas que ocurren a diario en nuestra comunidad. En Madrid, como no hay profesionales para llevar a los hospitales nuevos, se presiona de forma intolerante a médicos, incluso amenazándoles con no volverles a contratar en la sanidad pública. Lo sé porque les ha pasado a compañeros míos. Se presiona para, en un momento dado, como se sabe que va a venir el fotógrafo de determinado periódico, dar altas e ingresar a gente de Urgencias.

Respecto a la OMC, hace cosas bien. Por ejemplo, es de agradecer y felicitar la defensa que hicieron de los médicos ante el Parla-

mento Europeo. Gracias a eso hemos conseguido que la situación laboral no empeore. Pero lo que trasciende en los medios sistemáticamente son rencillas internas, luchas de quién está, si soy yo, si no soy... Una ventaja para la OMC y para los colegios de médicos es que muchos profesionales no saben lo que hacen los colegios de médicos ni la OMC, y la ventaja es que no se dan cuenta de ese tipo de cosas que si lo supieran algunos se echarían las manos a la cabeza como nos echamos las manos a la cabeza los que sí lo sabemos.

A mi juicio, el futuro de los colegios de médicos debería ser el siguiente. Los colegios de médicos, desde el punto de vista legal, no son imprescindibles. Si las profesiones tituladas tuvieran que estar todas colegiadas, ahora mismo los periodistas estarían incumpliendo la Constitución, porque no tienen colegio profesional, salvo en Cataluña. Creo que se tienen que hacer imprescindibles. Para mí, un colegio de médicos tendría que ser un referente de prestigio que hace que esa institución sea estimada e influyente, no sólo para los profesionales, porque se debe también a la sociedad. El control deontológico es fundamental, pero no deja de ser en muchas ocasiones una labor meramente burocrática y, además, no es una labor que entusiasme.

Creo que de hecho los colegios tendrían que renovarse o desaparecer. Y no va a ser una opción que podamos postergar, porque, en el momento en que se plantee que la colegiación no sea voluntaria, los profesionales no se van a ir en masa de los colegios, pero probablemente, a medida que vea que no les dan

Cuestiones con envidia

- ▶ ¿Estamos dispuestos a ejercer de verdad la autorregulación?
- ▶ ¿Defendemos el profesionalismo en los congresos sólo "de boquilla"?
- ▶ ¿Qué entendemos por corporativismo bien entendido?
- ▶ ¿Cuándo plantearemos de verdad una recertificación con garantías?
- ▶ ¿Nos explicamos bien ante los médicos?
- ▶ ¿De qué les sirve el colegio a los médicos, es sólo para pagar cuotas?
- ▶ ¿Qué modelo de colegio vamos a defender?
- ▶ ¿Estamos dispuestos a ser evaluados y a actuar con transparencia?
- ▶ ¿Hasta cuándo los colegios provinciales?

lo que ellos quieren, que no se entusiasman, lo irán dejando. Los colegios tendrían que englobar toda la actividad que los médicos tenemos a nuestra disposición: la parte científica, la investigación, la parte laboral. No creo que tengan que dedicarse a realizar una actividad sindical, que eso le corresponde a un sindicato, pero sí que pueden marcar unas líneas laborales. La parte humanista es fundamental y, por supuesto, la parte de política sanitaria.

¿Qué criterios tiene que seguir la actuación del colegio de médicos? Los criterios científicos fundamentales y los humanistas, también los criterios políticos, que son más cuestionables que los anteriores, pero a ningún colegio se le va a reprochar que tome decisiones políticas en asuntos que no funcionen; lo que se le va a reprochar es que no tome decisiones políticas. Creo que los colegios de médicos tienen que ser pioneros. Hacer este congreso es algo pionero, esto me parece muy importante, porque aquí ponemos en común ideas y esto es algo que tendría que ser lo que guiará a los colegios de médicos. Tendrían que tomar iniciativa política en todos los temas que ahora son candentes. No pueden ser los po-

líticos los que guíen la actuación de las decisiones que se toman en el ámbito sanitario. Los temas como el aborto, la regulación de la muerte digna, los diferentes modelos de gestión... Todos esos temas los tendríamos que proponer los médicos, que somos los que realmente conocemos esas áreas.

Desde los colegios se tendría que ofrecer una visión del médico diferente, porque nos debemos a la sociedad. Creo que tendríamos que quitarnos la bata y hacer un acercamiento de los profesionales a la sociedad. La sociedad ha cambiado y los médicos ahora mismo ya no somos el estamento que éramos antes, gracias a Dios. Ahora el médico tiene su prestigio cuando se acerca a la gente, y si nos quitamos la bata, estamos más cerca. La bata es un mero símbolo, me refiero a que tenemos que estar cerca de los problemas de la gente. ¿Quién sabe lo que hace el colegio de médicos? Todo esto se consigue con humildad. La humildad no es llevar la cabeza agachada. Humildad, *humilitas* viene de tierra, de *humus*. Se trata de estar en la tierra, de saber quiénes somos. Y somos médicos y, por tanto, científicos y humanistas. Invito a todos a que desde ahora cojamos más la tierra. ■

III. ¿Colegiación libre u obligatoria?

Hay tres tipos de problemas en los colegios: los que tienen que ver con las funciones que desarrollan, con el tipo de organización (en mi opinión, poco democrática) y con el hecho mismo de la

colegiación, señala Marciano Sánchez Bayle, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Lo primero que se pregunta cualquiera, y sobre todo cualquier médico, es si son útiles los colegios. Hay un porcentaje muy importante, seguramente mayoritario, que piensa que su utilidad es escasa. En general, la mayoría de la profesión piensa que es un mecanismo fundamentalmente para hacerle pagar una cuota cada cierto tiempo.

Muchas transformaciones que se están produciendo dentro del sistema sanitario, los colegios no han sabido o no han querido afrontarlas o analizarlas, como el tema del tabaquismo. Los colegios británicos o los americanos hicieron una cruzada importante con el tema del tabaquismo y han conseguido que haya unas leyes muy claras en esos países respecto a la utilización del tabaco en los espacios públicos. Otro tema



en el que tampoco se ha hecho mucho hincapié por parte de los colegios es el de la Ley de Autonomía de los Pacientes, que la mayoría de los profesionales no conocen, desgraciadamente.

De este tipo de informaciones, que son muy importantes y que además los profesionales nos los encontramos en la práctica diaria, ni la Administración se preocupa de que las conozcamos, ni las organizaciones profesionales se preocupan de que tengamos el conocimiento suficiente. Otro tema relevante es todo lo que tiene que ver con el control de calidad del sector privado, donde en algunos centros la calidad es absolutamente difusa, se hacen cosas con criterios muy distintos y, además, existe una presión económica importante a la hora de tomar determinadas decisiones.

El control de nuestro sector privado en España no lo está realizando nadie y la calidad de su práctica profesional, tanto en las clínicas como en las consultas, es totalmente variable. Sobre esto los colegios deberían haber desarrollado algún sistema de acreditación, control o supervisión, y no se ha hecho. En nuestro país hay un sistema de formación continuada excesivamente difuso, con competencias de muchísimas administraciones y organizaciones profesionales, entidades con intereses económicos en el tema. Al final, hay un panorama muy confuso y parece imprescindible que haya un sistema de coordinación, y eso también podría ser una iniciativa desde el ámbito colegial. Otro de los retos que se tendrían que haber planteado los colegios de médicos en España es la edición de alguna publicación científica de referencia internacional, al estilo del *New England* o el *British Medical Journal*, publicados por colegios de médicos.

Respecto a la organización de los colegios, ésta es muy vertical. Hay sistemas de elección mayoritarios que anulan la representatividad de cualquier grupo que no sea el mayoritario. Por poner un ejemplo, si las elecciones en el País Vasco se hubiesen hecho con los estatutos del Colegio de Médicos de Madrid, solamente tendría representación el PNV. Hay poco o ningún espacio

para la minoría y probablemente eso es lo que explica la escasa participación que hay en las elecciones colegiales. La gente asume que es muy difícil obtener una representación, que esto está cantado y al final la gente no participa, y creo que eso es negativo para los colegios. Unos colegios que tienen poca representación, tienen poca capacidad de acceso a la sociedad y tienen también poca credibilidad de cara a la Administración sanitaria.

Luego está el tema de la colegiación. A mí me parece que la libre colegiación tendría dos ventajas clarísimas. Primero, que la colegiación podría ser el correlato del prestigio profesional y de los conocimientos profesionales. Yo me colegié en el año 72 y desde entonces sigo colegiado y el colegio no ha utilizado ningún mecanismo para saber si mi cualificación profesional ha mejorado o ha empeorado. Los colegios

podrían poner en marcha sistemas de reacreditación, recertificación, etcétera. La mayoría de las sociedades profesionales tienen un altísimo nivel de afiliación. ¿Por qué? Porque los profesionales

entendemos que son de utilidad y nadie nos obliga a estar ahí, pero estamos.

Hay varias comunidades autónomas, como saben, que han establecido la posibilidad de que aquellos médicos que trabajan sólo en el sistema público no estén colegiados. El hecho de que en algunas comunidades se dé esta situación y en otras no crea una situación que en la práctica es ciertamente discriminatoria. Cuando se produzca la sentencia del Tribunal Constitucional al respecto, que probablemente dé la razón a los que han legislado hasta el presente en ese aspecto, habrá que replantearse el tema, porque no tiene lógica que en Andalucía haya unas condiciones de colegiación y en Madrid haya otras.

Los colegios se deben adaptar a una sociedad también profesional totalmente diferente, y la sociedad es muy plural, con intereses muy diversos y una situación social y política muy distinta. Si lo consiguen, sobrevivirán y tendrán fuerza, capacidad de prestigio y liderazgo profesional. Si no lo hacen, será todo lo contrario. ■

“El control de nuestro sector privado en España no lo está realizando nadie, y la calidad de su práctica profesional es totalmente variable”

Formación continuada

Existen dificultades de acceso y desconocimiento de la oferta formativa. A pesar de las 3.700 ofertas formativas que ofrece en 2009 la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid para todos los profesionales sanitarios, con un coste de 4,6 millones de euros, una gran parte de los profesionales no puede acceder a los cursos. En Francia disponen de mil millones de euros para evaluar la práctica profesional de los médicos.

I. Exceso de oferta y déficit de acreditación formal

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) dice que la formación continuada debe entenderse como el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios. Su fin es actualizar, mejorar conocimientos, mejorar habilidades, mejorar actitudes de los profesionales ante el avance científico y las necesidades sociales o del propio sistema sanitario. Me parece —opina Alfonso Moreno González, presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud— que esta definición es muy completa e incluye desde todos los ángulos lo que el profesional médico debe hacer desde el punto de vista de formación continuada.

¿Por qué es necesaria la formación continuada? Los conocimientos cada vez tienen una duración más corta debido al progreso científico y tecnológico, menor disminución cualitativa del conocimiento que se adquiere en las etapas anteriores. Las instituciones sanitarias demandan también la excelencia y la competencia de los profesionales sanitarios, porque una mayor eficiencia de los recursos humanos necesita de profesionales más competentes. Y no es necesaria porque la ley lo diga, sino porque la sociedad y el propio profesional así lo demandan.

¿Cuáles son los objetivos que tiene la formación continuada? Lo dice la ley: garantizar la formación de conocimientos para mejorar de forma continua la cualificación, potenciar la capacidad del profesional para hacer una va-

loración equilibrada de recursos sanitarios desde el punto de vista del beneficio individual, social o colectivo; generalizar el conocimiento del profesional sanitario en todos los aspectos (éticos, técnicos, científicos, legales, sociales, económicos), mejorar la percepción de su papel social como agente individual en un sistema general de atención de salud y facilitar la mejor comunicación entre profesionales.

La LOPS, del año 2003, dice que para la continuidad, para mejorar la calidad de esta formación continuada tiene que haber una comisión, cuyos fines fundamentales son armonizar las funciones y coordinar las actuaciones de las distintas administraciones sanitarias públicas en formación continuada. Está compuesta por representantes de las comunidades autónomas, por los colegios profesionales, por las universidades y por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Hasta donde yo sé, esta comisión de formación continuada todavía no está constituida tal como la ley dice que debe ser. Esta comisión es responsable de conocer, analizar y estudiar las necesidades de los profesionales y del sistema sanitario en formación continuada.

Esa comisión es la que tiene que adoptar programas para desarrollar actividades y actuaciones prioritarias y comunes en el conjunto del sistema sanitario; la que tiene que adoptar medidas planificadoras de armonización, de coordinación de todos los que actúan en el ámbito de la formación continuada; la que tiene que proponer procedimientos, criterios y requisitos de acreditación de actividades y de

centros; la que tiene que proponer también procedimientos, requisitos, criterios de acreditación y de acreditación avanzada de profesionales en un área funcional específica.

Dice la ley que las administraciones sanitarias podrán expedir diplomas de acreditación para certificar el nivel de formación conseguido por un profesional en un área funcional específica en función de las actividades de formación continuada acreditadas y desarrolladas por ese profesional. Es decir, que ese profesional podrá acreditar, podrá exhibir o pedir un diploma de acreditación avanzada que recoja la formación que ha alcanzado a través de las actividades que haya realizado sobre formación continuada. Dice también que habrá un registro público para inscribir a estos diplomas, y que los diplomas de formación continuada serán valorados como méritos en los sistemas de provisión de plazas.

Hay todo tipo de formación continuada: conferencias, talleres, cursos, jornadas, formación *on line*, congresos... Y hay un déficit de acreditación formal. Muchas de las actividades de formación continuada están acreditadas formalmente, pero no todas tienen los mismos grados. Hay un incumplimiento de objetivos, hay una dificultad de acceso del profesional a la formación continuada por muchos motivos, y hay una escasa valoración de la formación continuada en la carrera profesional. Éstas son circunstancias que no favorecen que el profesional acuda a la formación continuada.

Existen dificultades de acceso y desconocimiento de la oferta formativa. A pesar de las 3.700 ofertas formativas (con un total de más de 68.000 horas, con casi 100.000 plazas y 4.600.000 euros de coste) que ofrece en 2009 la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid para todos los profesionales sanitarios,

estoy seguro de que a una gran parte de los profesionales no les llegan las posibilidades de hacerlo. Excesiva presión asistencial y, por tanto, excesivos problemas para conseguir que otro profesional asuma la carga asistencial que deja ese profesional que se va a hacer formación continuada. Dificultades de la obtención de autorizaciones durante el horario laboral, pues el gerente o el director del centro no facilita la formación continuada del profesional.



Además, hay un escaso reconocimiento en la carrera profesional. Tenemos 17 carreras profesionales. Hay comunidades autónomas que no reconocen la formación continuada que se ha hecho en la comunidad de al lado, aunque haya sido una formación acreditada, con lo cual estamos dificultando más que el profesional se inmiscuya en esa formación continuada. ■

II. Francia dedica unos mil millones de euros a evaluar la práctica profesional de los médicos

Ln Francia, la formación profesional maneja mucho dinero, tanto público como privado. Son 26.000 millones de euros para todos los profesionales. Para los médicos es alrededor de mil millones de euros, que es

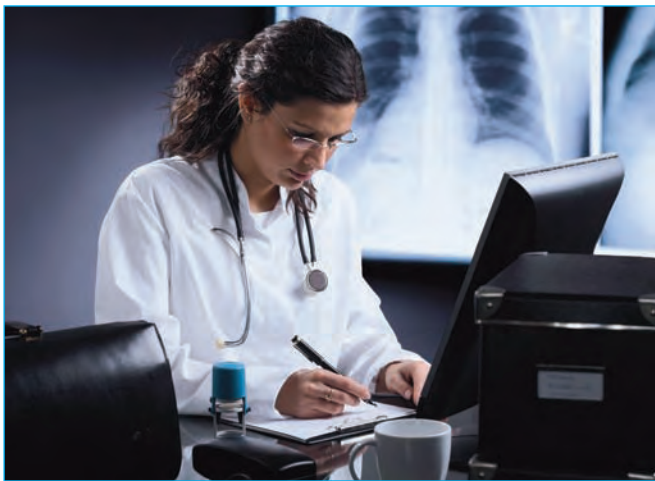
mucho. Y podemos decir que si se compara el dinero que está invertido y el resultado de la formación continuada para los médicos, el resultado no está al nivel de lo que se puede esperar. Recientemente hemos votado una nue-

va reforma de la formación continuada, porque el anterior sistema no funcionaba, comenta Jacques Domerge, presidente del Consejo Nacional de Cirugía de Francia y diputado de la Asamblea Nacional francesa.

En Francia había una formación continuada parecida a lo que hay en España y ahora hemos desarrollado un concepto que se llama "Evaluación de las prácticas profesionales". En un sitio está la formación y en otro la evaluación de esta formación. Y como se pone mucho dinero, hay que evaluar perfectamente los resultados.

La formación continuada en Francia es obligatoria, un sistema parecido al americano. Hay puntos de formación continuada. Si vas a un congreso, si haces un curso práctico te da puntos, y el médico tiene que validar un crédito cada año de 250 puntos. Pero el problema no es obtener los puntos, sino saber cuál es el nivel de los cursos que tienes y si realmente estos cursos están al nivel del dinero que se pone en la formación. Y esto es un problema.

En Francia, no es el Colegio de Médicos el que se ocupa de la formación continuada; hay un organismo especial encargado de la formación continuada. Y tenemos diferentes conse-



jos de formación continuada para los médicos asalariados privados y para los médicos públicos. Un médico privado paga todos los años el 0,15 por ciento de lo que cobra para la formación continuada; un hospital paga el 0,5 por ciento de los salarios de toda la gente que trabaja en el hospital, que es mucho dinero. Por ejemplo, en mi hospital yo he calculado que debe ser alrededor de medio millón de euros por año para la formación continuada. Pero los médicos más o menos no lo utilizan, es el otro personal sanitario quien lo usa.

Creo que en todos los países es igual. Tenemos una obligación de resultados para con los enfermos, una obligación de calidad de la seguridad de lo que hacemos a los enfermos, y por esta razón todos los gobiernos ponen mucho dinero en la formación, porque piensan que, si ponen dinero, todo va a salir bien, pero ponen dinero y no sale bien. Ése es el problema.

No tenemos la solución ideal para saber cómo se debe organizar, pero lo que es seguro es que si la organización es demasiado central, el sistema no funciona porque está demasiado lejos de los objetivos. Creo que el problema viene del hecho de que la Medicina, su nivel de conocimiento evoluciona muy rápidamente, y que cada siete años se debe cambiar el chip de los médicos. Por ejemplo, el objetivo y el trabajo del médico de Familia ha cambiado mucho en Francia. Antes, era el médico el que tenía que saber todo y ahora no sabe nada, porque no se han fijado los objetivos nuevos para este médico que no puede saberlo todo. Ahora voy a hablar de la experiencia que hemos tenido en cirugía para la formación continuada, porque los médicos y los cirujanos son un poco diferentes. La imagen ha entrado en la sala de operaciones, y el enfermo, la familia puede ver lo que pasa. Ahora, los que pagan, las compañías de seguros, se han implicado en el sistema de formación continuada, y si el cirujano no sigue los cursos, los seguros pueden ir en contra de los médicos. Y como la imagen ha entrado en los quirófanos, todo el sistema virtual se ha puesto al servicio de la formación de los cirujanos. Lo vemos, por ejemplo, con la histerectomía laparoscópica, que si no se enseña bien se pueden tener problemas técnicos y el gasto para la comunidad es muy importante.

Ahora lo que se ve es que los residentes necesitan utilizar técnicas nuevas para enseñar la cirugía y el quirófano no es directamente el lugar donde se puede enseñar la cirugía. Hay unos niveles antes que la sala de operaciones para enseñar la cirugía y ése es el problema de la realidad virtual. Ahora tenemos muchos sistemas virtuales para enseñar la cirugía y si comparamos eso con la aeronáutica, los pilotos de aviones habitualmente hacen el 80 por ciento de su formación en realidad virtual y un 20 por ciento en el avión. Y para los cirujanos va a ser progresivamente un poco lo mismo, tienen que utilizar la habilidad de las manos antes de ir a la sala de operaciones. Con estos sistemas virtuales se puede ganar mucho tiempo y mucha seguridad para los cirujanos. ■

Demografía médica

La publicación por el Ministerio de Sanidad del estudio Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) ha originado gran polémica acerca del déficit (o no) de médicos en este país. ¿Faltan especialistas o están mal distribuidos? Datos no homogéneos y criterios diferentes a la hora de buscar soluciones hacen necesario un consenso institucional para abordar con garantías el problema.

I. Sin medidas adecuadas, en 2025 faltarán 22.000 médicos

A quejados de un déficit numérico y con receta del Ministerio de Sanidad, los médicos de este país han pasado recientemente por la consulta de las doctoras Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel, con sede en Las Palmas de Gran Canaria. El resultado fue un informe de 170 páginas, titulado *Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2008-2025)*, cuyo historial clínico se resume a continuación, informa Gonzalo San Segundo, director asociado de MEDICAL ECONOMICS.

La profesión médica española, en cuanto a su número de efectivos y distribución por comunidades autónomas y especialidades se refiere, presenta un cuadro irregular, con muchas complicaciones y complejas soluciones. Muestra una realidad a 2007 que, a juicio de las doctoras citadas, se concreta en 104.598 especialistas médicos trabajando en la red pública en labores asistenciales, que representan el 56 por ciento de los médicos colegiados en el país menores de 65 años. La ratio es de 2,3 médicos por mil habitantes. El conjunto de especialidades médicas representa el 30,4 por ciento del total, las quirúrgicas el 22,5, las de laboratorio y diagnóstico central el 9, y la Medicina de Familia el 38,1 por ciento.

Otra radiografía de 2008 muestra que hay 144.379 médicos asistenciales en activo, incluyendo los que trabajan en las redes públicas, en las privadas y en ambas, lo que supone una ratio de 324 médicos asistenciales por cada cien mil habitantes. Y el número de médicos especialistas en activo asciende a

141.579 con una ratio de 319 por cada cien mil habitantes.

La sintomatología es que algunas especialidades (análisis clínicos, cirugía pediátrica, neurocirugía, medicina nuclear y cirugía general) presentan evidencias de un claro envejecimiento, con más de la mitad de sus profesionales por encima de los 50 años. Por el contrario, otras especialidades (geriatria, oncología médica y farmacología clínica) muestran un rostro más juvenil.

En su exploración, las autoras del estudio pidieron a los responsables de Recursos Humanos de las comunidades autónomas que evaluaran el déficit de médicos por especialidades y su posible evolución. Pero, sin que haya trascendido el porqué, la mitad de las comunidades no colaboraron, en todo o en parte, en aclarar esta cuestión. No obstante, eso no impidió establecer un diagnóstico de la situación.

Las doctoras Barber y González sostienen que la crisis de la Medicina de Familia “es una tendencia común a los países desarrollados” y que España “se ha incorporado tarde pero intensamente al proceso de recepción de profesionales inmigrantes”. Y precisan que la internacionalización de la profesión médica en España “es todavía modesta comparada con otros países”.

El diagnóstico global es que el déficit de médicos especialistas lo cuantifican en el 2 por ciento, unos 2.800 profesionales, mas tendrá “una evolución de ligero crecimiento” hasta 2015 del 5 por ciento, pero que irá aumentando paulatinamente hasta el 14 por ciento en

Decálogo de medidas

Actuaciones propuestas por el Ministerio de Sanidad a las comunidades autónomas para planificar mejor las necesidades de especialistas médicos.

1. Análisis de la definición de estándares de necesidad actual y futura de especialistas.
2. Promover el regreso de especialistas a la práctica asistencial.
3. Creación de la Oficina de Retorno de Profesionales Sanitarios en el extranjero.
4. Desarrollo del Registro Nacional de Profesionales Sanitarios.
5. Promover la adecuación de las plazas de estudios de Medicina y la formación especializada MIR a las necesidades del sistema.
6. Desarrollar la troncalidad del nuevo mapa de especialidades “para poder ajustarnos a la demanda requerida”.
7. Extender las herramientas de *e-Salud* para lograr una mayor eficacia.
8. Establecer programas de reciclaje de especialistas.
9. Fidelizar a los profesionales por medio de la compatibilidad de la carrera profesional entre comunidades autónomas.
10. Reconocimiento profesional de médicos extracomunitarios con el título homologado.

2025. Las especialidades actualmente más afectadas son: Anestesiología y Reanimación, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Radiodiagnóstico y Urología. Y el diagnóstico más concreto: “El déficit más grave que se percibe es en Pediatría (el déficit representa el 26 por ciento de los pediatras en activo) y, sobre todo, Medicina de Familia, con el 36 por ciento”.

A la hora de realizar un pronóstico, las autoras del informe se inclinan por el de leve o menos grave, al suscribir que “no parece que globalmente el déficit actual de especialistas sea

preocupante”, con un desajuste de unas 2.500 plazas entre la salida de licenciados en Medicina que puedan ser candidatos al MIR y las plazas disponibles para residentes. Y señalan que “persiste el problema de la falta de capacidad del sistema público para atraer a los buenos médicos a los “malos” puestos de trabajo”.

La situación requiere, obviamente, un tratamiento. Y la primera medida propuesta es la creación de un registro estatal de médicos, algo que tienen la mayoría de los países desarrollados. Medida que figura en el decálogo de actuaciones que el Ministerio de Sanidad propondrá a las comunidades autónomas (*ver recuadro*). ■

II. Hay más médicos trabajando fuera que los que precisamos

El granito es algo muy duro, pero si lo coge un buen artista y le da movimiento y curva, lo ves de lejos y parece que se mueve e incluso que es blando. Con esta

imagen, Juan José Rodríguez Sendín, recién elegido presidente de la OMC, aborda el tan traído y llevado déficit de médicos y las cifras que se proporcionan. Lo mismo pasa con los

números: los podemos modificar, mover, colocar de tal manera que pueden parecer cosas absolutamente distintas. ¿Por qué existen discrepancias en la interpretación de las realidades cuantitativas? Pues se está discrepando sencillamente porque las soluciones son distintas. Son distintas en función de que las proponamos nosotros desde la racionalidad puramente médica o que se proponga desde una racionalidad política, que tiene un óptimo funcional distinto del que tenemos nosotros. Por eso quizá sea el debate de si sobran o faltan médicos.

Nuestra hipótesis es la siguiente: sufrimos un déficit selectivo de efectivos motivado por múltiples razones, entre las que destaca un modelo asistencial y de gestión que a todas luces consideramos agotado, donde conviven bolsas de ineficiencia y de sobrecarga asistencial. También se añaden efectos acumulados de la falta de planificación estratégica de recursos humanos acumulados durante décadas. Nos apoyamos, para poder hacer una descripción de la realidad, en estos tres grandes grupos de datos: nuestros propios datos, los médicos colegiados (lo que conocemos de ellos), los datos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística, el sistema de datos ESCRI y los sistemas de datos de la OCDE y de la Unión Europea.

Pero hay también variables. Todos somos médicos, pero puede haber médicos colegiados que estén activos profesionalmente y, entre éstos, médicos asistenciales. ¿Y qué se define como médico asistencial? Son médicos que aplican medidas preventivas y curativas. Los médicos de salud pública también lo son, o no. Hay que aclararse. Los MIR no están aquí. Sabemos los médicos colegiados que tenemos. Hay cuatro comunidades autónomas que afectan al 22 por ciento de la población española que no tienen colegiación obligatoria. Son 208.000 los que tenemos y aproximadamente salimos a unos 459,55 colegiados por cien mil habitantes. Considerando a los mayores de 65 años, tenemos 414,68 médicos en 2007 por cien mil habitantes. De esa cifra, son médicos colegiados con menos de 65 años de edad y ejerciendo tareas asistenciales 172.000. Y la distribución por comunidades autónomas, independientemente de que se consideren los médicos asistenciales de una manera o de otra, es extraordinariamente heterogénea.

Basándome en los certificados que yo mismo realizo para los médicos que quieren irse a trabajar fuera de España, tenemos que en los últimos nueve años se han marchado (no

sabemos si ya han regresado o no), exactamente una media del 17,7 por ciento de cada una de las promociones que han salido en estos nueve años. Exactamente la media ha sido 744. En 2007 bajó a 672 y en el 2008 subió a 685. Tenemos la información de que en febrero de 2005 solamente en el Reino Unido (no Irlanda) y Portugal había 2.900 médicos españoles trabajando. No creo que el número haya disminuido. Creo que hay más mé-



dicos españoles trabajando fuera de España que los que incluso precisamos en estos momentos para cubrir todas las necesidades. Ésta es nuestra hipótesis.

Dentro de 10 a 20 años vamos a jubilarnos 32.101 médicos, de los cuales el 56 por ciento trabajan para el sistema público, según los datos del reciente estudio publicado por el Ministerio; según nuestros datos, el 49 por ciento. Y nuestros cálculos nos dicen que necesitaríamos 7.039 estudiantes para cubrir las necesidades de aquí a 20 años. Sin embargo, en este año han entrado 5.980, si no me equivoco.

La necesidad dentro de 20 años no tiene nada que ver con la de aquí a diez años, porque sólo nos vamos a jubilar 32.101. Es decir, tendremos suficientes efectivos para ir reponiendo lo que nos va a ocurrir durante la próxima década, para atender las necesidades previsibles. Todo ello siempre y cuando la oferta de productividad de los médicos se mantenga constante. La productividad no es un problema solamente de trabajar a tiempo completo, sino también qué haces en el tiempo de trabajo que realizas.

No sólo es un problema de oferta, sino también de una demanda que no está regulada ni ha sido gestionada. La situación tiene que ir bastante con nuestra estructura y funcionamiento en el Sistema Nacional de Salud, por-

que es una gran paradoja que España esté en los niveles más altos de número de médicos, incluso por especialidades.

Tiene los déficits ya sabidos, pero no entendemos muy bien cómo tenemos esos déficits y las necesidades sin cubrir teniendo esas cantidades de médicos, a no ser que tenga que ver con la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Es decir, con que haya un margen suficiente de mejora en lo público para cambiar la situación. Tiene que ver con los mecanismos de gestión porque si no, no se explican las grandes diferencias existentes, incluso dentro de las áreas de salud del sector público. Parece que se opta en principio, si no se corrige la tendencia, por la con-

tinuidad de un modelo asistencial para enfermos agudos y centralizado, sin pensar en un modelo distinto que atienda a los enfermos crónicos. “La antigüedad de numerosas estructuras y equipamientos, las limitaciones de la financiación, la variabilidad injustificada, la excesiva carga asistencial en algunos servicios clínicos, la ineficiencia o permisividad de determinadas situaciones de privilegio, la crisis del modelo profesional y el malestar de los mismos, entre otras razones, hace necesaria una revisión en profundidad del modelo”. Lo dice Óscar Moracho en un estudio realizado por encargo de la Fundación Alternativas, y lo decimos nosotros, la Organización Médica Colegial. ■

III. Quizá los médicos no estén tan mal distribuidos como mal utilizados o mal incentivados

He leído con atención —confiesa Miguel Ángel García Pérez, coordinador de estudios de la Fundación de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos— el estudio encargado por el Ministerio de Sanidad, en el que los datos se presentan de forma confusa, sin contrastarlos con otras fuentes. Sinceramente, me parece que este informe no pasaría una revisión de pares y que la propia Revista Española de Salud Pública no lo publicaría. Y esto es peligroso, porque cuestiona la validez del estudio, sin dudar de la autoridad de sus autoras.

Tanto nuestra organización profesional como la propia OMC se meten en estos barullos de intentar ver por dónde va el número de médicos y su disponibilidad en el futuro porque la salud es un valor, es algo que hay que cuidar. Pero no queremos tampoco ser tan poquitos como para estar agobiados continuamente con las salas de espera llenas y tampoco queremos ser tantos como para que gente con mucha ilusión tenga que colgar la bata.

¿Cuántos médicos trabajan en España? Dos fuentes hablan de 167.000; y según un

estudio nuestro, habría unos 190.000 médicos con posibilidad de trabajar. ¿Dónde están nuestros médicos? Los médicos se concentran más en las comunidades del norte. Están donde se les ofrecen posibilidades de formación, de ejercicio profesional y de calidad de vida, y a lo mejor hay que gestionar este tipo de cosas. Quizá no estén tan mal distribuidos como mal utilizados o mal incentivados. Además, al menos 8.500 licenciados españoles es-

taban en el extranjero en el año 2005. Lógicamente, no son 500 los médicos formados en España que están fuera como dice el estudio del

Ministerio. Y además contamos, probablemente, con más de 15.000 médicos extranjeros en nuestro país.

¿Qué nos espera? Afortunadamente creo que se han empezado a tomar medidas a tiempo. O sea, esto de que estemos en una situación de crisis para lo cual haya que hacer algo casi de urgencia... desde luego no compartimos en absoluto que haya que alterar el proceso de crecimiento de las plazas de formación en Medicina, cuando ya hay un plan hecho para que

“Los médicos están donde se les ofrecen posibilidades de formación, ejercicio profesional y calidad de vida”

poco a poco y hasta el año 2012 pueda haber los 7.000 que se solicitan. No compartimos ese dato concreto aunque compartimos la mayoría de las medidas del decálogo con bastantes

matizaciones sobre el tema del nuevo proceso de habilitación o acreditación o reconocimiento de cualificaciones en el que no estamos muy de acuerdo. ■

IV. Acuerdos institucionales para establecer una política común

¿Faltan médicos? Los decanos de las facultades de Medicina dicen que son suficientes y, como máximo, proponen no aumentar las plazas de estudiantes más de un 10 por ciento; la OMC dice que, globalmente, no son insuficientes y maneja el concepto de que haya una mala distribución; el Ministerio de Sanidad sostiene que son insuficientes, que hay que sacar más médicos; y la CESM opta por un término intermedio, diciendo que ni sobran ni nos faltan si nos comparamos con Europa, resume, de entrada, Antonio Arroyo Guijarro, presidente del Colegio de Médicos de Alicante. Vamos a ver dónde van todos los facultativos que se forman.

No hay una regla de oro para determinar cuáles son los ratios de médicos que debe haber. Pero hay un gran envejecimiento, sobre todo por especialidades. Y se observa que el crecimiento de los médicos extranjeros es superior al de los españoles. Referido a la Comunidad Valenciana, el crecimiento de los extranjeros en Alicante sería un 74 por ciento, en Castellón un 60 por ciento y más de un 40 y tantos por ciento en Valencia. El ratio de médicos por cada cien mil habitantes sería: Valencia, 490; Castellón, 357, y Alicante 340, o sea, notables diferencias. Respecto a médicos extranjeros, en Alicante ya estamos en el 10 por ciento, Castellón no llega al 6 por ciento y en Valencia un 7 por ciento.

Conclusiones de lo dicho: la planificación de recursos humanos es una tarea a nivel mundial. Hay que buscar registros fiables. Las plazas MIR son superiores a las de estudiantes, ya que hay una oferta superior a la demanda. Las plazas MIR deben de reajustarse por especialidad. Controlar la inmigración selectivamente y crear un observatorio.

¿Cuáles son las dificultades con las que nos enfrentamos? Hay unas variables y como todas las variables, no se pueden controlar, hay

que intentar actuar sobre ellas. Variables a tener en cuenta: el censo poblacional, ya que pasaremos de los 46 millones, y hay una falta de registro fiable para planificar; más una ausencia de ratios de referencia válidos.

¿Qué pasa si retenemos a los que terminan y atraemos a los que se han ido, y sigue viniendo la misma proporción de extranjeros? De la evolución de las jornadas laborales no sabemos, hemos pasado de las 40 y tantas horas a las 38 horas, y según los acuerdos sindicales tal vez incluso bajaremos, o sea que también eso va a influir. El derecho de sección de guardias es un problemón para los hospitales y centros de salud.



La feminización, bienvenida sea y seguro que lo harán tan bien o mejor que antes, pero hay que tener en cuenta que va a haber unos períodos de maternidad, aunque ahora hay que considerar también permisos materno-paternos. La edad de jubilación, pues no sabemos si nos vamos a jubilar a los 65 o a los 70. En definitiva, tiene que haber unos acuerdos institucionales para establecer una política común. ■

FORO CIENTÍFICO SEXOLOGÍA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009

Colegio Oficial de Médicos de Valencia

PROGRAMA

Viernes 12 de junio de 2009

MESA 1: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD

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

Sábado 13 de junio de 2009

MESA 2: LA TRANSEXUALIDAD, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

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

MESA 3: LOS DELITOS SEXUALES, UN ABORDAJE INTEGRAL

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

COMUNICACIONES LIBRES

TALLER PRÁCTICO: INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO



1,6 créditos



Comisión de Formación Continuada
de los Profesionales Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Enseñanza no reglada sin carácter oficial

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:



AEEES



FLASSES



AESC



APISS

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

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

Información e inscripción
www.sexologiaintegral.es

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

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

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

DATOS PERSONALES

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

CUOTAS

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

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

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

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

● Previa confirmación de disponibilidad con Secretaría.

LIQUIDACIÓN

1).....
2).....
3).....
TOTAL.....€

FORMAS DE PAGO

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

DATOS PARA LA FACTURA

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

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

NOTAS IMPORTANTES

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

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

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (VIII)

La carga de la enfermedad: el asma



Carlos Polanco*

El asma es una enfermedad pulmonar que produce un estrechamiento, en principio, reversible de los bronquios y la consecuente dificultad respiratoria. El incremento de la prevalencia del asma y su creciente morbimortalidad asociada en los países desarrollados ha convertido a esta enfermedad en un problema de índole, no sólo sanitario, sino también económico. El asma representa entre el 1 y el 2 por ciento de los recursos destinados a la salud pública en los países desarrollados. Asimismo, se prevé que la carga del asma aumentará en los próximos años debido al aumento de la esperanza de vida de la población, la creciente prevalencia y la aparición de nuevas alternativas terapéuticas.

Otro dato que indica la importancia del asma para la salud pública es que representa, tras la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la causa del mayor número de días de absentismo laboral debido a enfermedades respiratorias en nuestro país. El análisis de la carga de la enfermedad se puede definir como la medida de las pérdidas de salud que para una población representan tanto las consecuencias mortales como no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones, y en su caso las pérdidas atribuibles a los distintos factores de riesgo y determinantes de la salud implicados. La carga de la enfermedad atribuible a una enfermedad concreta depende, por un lado, de su frecuencia y, por otro, de las consecuencias mortales y discapacitantes que origina. Los estudios de carga de la enfermedad hacen comparables y agregables ambos efectos al reducirlos a la misma magnitud, el tiempo: tiempo perdido por mortalidad prematura, y tiempo vivido en un estado de salud distinto a la salud óptima (es decir, tiempo perdido por no haber sido vivido en buena salud o sin discapacidad).

En su publicación *Global Burden Disease 2004*, la OMS estima en 234,9 millones de personas la prevalencia mundial del asma. La sitúa como la decimotercera enfermedad más

prevalente de entre las que causan incapacidad moderada y severa, si bien la tasa de prevalencia (19,3 casos por cada 100.000 habitantes) se distribuye de modo muy desigual entre países desarrollados (2,9 para menores de 60 años, y 0,5 para los mayores) y subdesarrollados (15,1 y 0,9, respectivamente). En cuanto a la carga de la enfermedad, estima que el asma genera 16,317 millones de años de vida ajustados según discapacidad (AVAD), es decir el 1,1 por ciento del total. Para España, la OMS atribuye 900 fallecimientos al asma en 2004 (tasa de mortalidad de 2,1; 1,0 tras estandarizar según edad), así como 52.000 AVAD (121 por cada 100.000 habitantes, 157 tras ajustar por edad).

Vicente Plaza revisó en 2002 los más recientes estudios sobre el coste del asma y concluyó que costes directos e indirectos tienen un peso similar (50 por ciento) en la carga de la enfermedad. Las principales partidas del coste directo del asma corresponden a las terapias farmacológicas (37 por ciento), visitas hospitalarias (20-25 por ciento) y consultas médicas (22 por ciento). El principal coste indirecto asociado al asma son las retribuciones por incapacidad y baja laboral. En cuanto a los costes indirectos, el 62 por ciento de los asmáticos declara que la enfermedad les afecta en su vida diaria, mientras que el 40 por ciento indica que les limita o restringe su actividad cotidiana. Resulta interesante analizar dos factores que afectan al coste del asma: la gravedad de la enfermedad y la edad del paciente. El autor concluye que un 70 por ciento del coste de la enfermedad es atribuible a un mal manejo, por lo que una medicación preventiva mediante glucocorticoides inhalados permitiría un considerable ahorro.

Un estudio más reciente estimó en 2005 la carga del asma en la población pediátrica de los 25 países de la Unión Europea. A partir de una revisión sistemática de la literatura estima para España un coste anual de 982 euros por paciente menor de 15 años con asma. Los costes médicos directos ascienden

>> El asma es, tras la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es la causa del mayor número de días de absentismo laboral debido a enfermedades respiratorias en nuestro país.

>> La carga de la enfermedad atribuible a una enfermedad concreta depende, por un lado, de su frecuencia y, por otro, de las consecuencias mortales y discapacitantes que origina.

a 687 euros por paciente, los costes directos no médicos a 98 euros, y los indirectos a 196 euros. La carga estimada del asma es de 290 millones de euros para toda la población pediátrica, y de 481 millones para los menores que padecen sibilancias episódicas recurrentes.

El estudio ASMACOST de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) estimó en 1.950 euros de 2007 el coste asociado, desde la perspectiva social, al manejo de un paciente asmático en España (1.635,86 euros de costes sanitarios y 314,14 euros de costes no sanitarios). Cuando se asume la perspectiva del sistema sanitario público el coste es de 1.634 euros por paciente. También desagrega el coste según si el paciente es menor o mayor de 65 años (1.477 y 2.277 euros, respectivamente) y si su asma se clasifica como intermitente (961 euros), leve (1.568 euros), moderada (1.625 euros) o grave (2.728 euros). Estos resultados son consistentes con lo antes expuesto acerca de la influencia de variables como la gravedad de la enfermedad y la edad del paciente en el coste

por paciente asmático. En términos agregados, el estudio ASMACOST estima que el coste anual del asma en España es de 1.672 millones de euros. Concluye que es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia (más de medio millón de niños hasta los 14 años), además de afectar a más de 3 millones de adultos.

Por último, en 2009 se ha publicado una estimación de la evolución de la mortalidad por asma en España en el período 1960-2005. A partir de la información registrada por el Instituto Nacional de Estadística, Sánchez-Bahillo y cols. calculan que la tasa de mortalidad por asma (por 100.000 habitantes) para todas las edades era en 1960 de 9,36, y en 2005 de 2,22, con una reducción en los varones de 12,26 a 0,96 y en las mujeres de 6,58 a 3,44. Los autores concluyen que la mortalidad por asma ha disminuido a lo largo del período analizado de modo más acusado en los varones que en las mujeres. Las tasas y tendencias encontradas para España son comparables a las de los países de nuestro entorno. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

Murray CJL, Salomon J.A, Mathers C.D, Lopez A.D. (2002). *Summary Measures of Population Health. Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. Geneva, World Health Organisation.

Pereira J, Cañón J, Álvarez E, Gènova R. "La medida de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudios de carga de enfermedad". *Revista de Administración Sanitaria* 2001; 5(19): 441-66.

Organización Mundial de la Salud. Global Burden of Disease:

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

Plaza V. *Farmacoeconomía del asma*. *Med Clin*. 2002;3(Supl 1):49-53.

Van der Akker-van Marle ME, Buriel J, Detmar SB. *Evaluation of cost of disease: Assessing the burden to society of asthma in children in the European Union*. *Allergy* 2005;60:140-149.

Estudio ASMACOST: http://www.separ.es/noticias/coste_del_asma.html

http://www.separ.es/noticias/coste_del_asma.html

Sánchez-Bahillo M., García-Marcos L., Pérez-Fernández V., Martínez-Torres AE., Sánchez-Solís M. Evolución de la mortalidad por asma en España, 1960-2005. *Arch Bronconeumol*. 2009;45(3):123-128.



Gestión en Atención Primaria

Cómo incorporar nuevos profesionales



Asunción González Mestre*

» A aquellos pacientes que no desean cambiar de médico, se les pide que rellenen una solicitud dirigida a la dirección del centro.

» A lo largo del año hemos movilizad en el distrito más de 30.000 ciudadanos, sin que ello haya supuesto un aumento del número de reclamaciones.

El continuo crecimiento de población en una zona de las características del distrito sanitario Costa del Sol, obliga a una revisión continua del número de pacientes asignados a cada profesional médico. Esta tutela permanente permite establecer medidas que aseguren la accesibilidad, el tiempo dedicado a los pacientes y un reparto equitativo de las cargas de trabajo en los centros de salud.

La estrategia que el sistema sanitario pone en marcha para dar respuesta a estos objetivos, es la incorporación de nuevos profesionales, lo que conlleva una redistribución de las personas asignadas a cada médico. Nos encontramos, sin embargo con una medida de mejora percibida por la ciudadanía en muchas ocasiones, no como un hecho positivo, sino como una vulneración de derechos, pudiendo convertirse en importante fuente de quejas, reclamaciones y situaciones conflictivas.

El año 2007 se inició en el Distrito Sanitario Costa del Sol con una perspectiva de crecimiento optimista: la incorporación de 20 nuevos médicos de familia y 7 pediatras, pero que afectaba, de manera directa a más de 30.000 ciudadanos, y de manera indirecta a casi medio millón. Este incremento debería suponer una reducción de la presión asistencial, y ser recibido, tanto por los pacientes como por los profesionales, como una mejora. Experiencias anteriores, sin embargo nos indican que no siempre es así. Este tipo de cambios ha supuesto en muchos casos un aumento del número de reclamaciones y de problemas tanto con los pacientes como con los propios profesionales. Es por ello que, antes de la incorporación de un número tan

importante de médicos, sentimos la necesidad de replantearnos y actualizar el procedimiento establecido. Este trabajo previo a la incorporación nos evidenció también la necesidad de elegir la estrategia más adecuada para cada uno de nuestros centros, de mejorar la información y la comunicación con ciudadanía y profesionales y conseguir con ello la implicación de ambos, ya que de ello depende, en gran medida, el éxito de cualquier estrategia que se decida implantar.

Tras este minucioso análisis de la situación de partida, valorando la opinión y la experiencia de los profesionales con los que hemos trabajado, y siempre teniendo en cuenta nuestro marco de referencia, el derecho a la libre elección de médico y pediatra, establecimos un procedimiento para la redistribución de pacientes con varias fases:

1. Previo a la redistribución de cupo, el nuevo profesional se incorpora al centro de salud (sin cupo); es recibido por la dirección y presentado al resto del equipo, incorporándose de forma progresiva a la tarea asistencial, lo que le permitirá ir conociendo, tanto el centro como la población de cobertura.

2. Con la dirección del centro, se hace un análisis detallado de los cupos y de sus características. Se elabora una propuesta de redistribución que se comunica a los profesionales para que expresen su opinión y sugerencias.

3. Una vez conseguido el consenso se fija fecha, evitando que coincida con un período de gran conflictividad, y se programa la redistribución, con al menos 20 días de antelación. Se informa de ello a todos los profesionales.



4. Cada profesional recibe una lista con el total de pacientes que, en la fecha fijada van a salir de su cupo, y se le ofrece la opción de “rescatar” a aquellos con los que tiene una especial vinculación afectiva, familiar, personal o profesional.

5. Entre diez y quince días antes de la fecha fijada, se envía una carta a cada uno de los pacientes que va a cambiar de médico. En la carta se les informa, en tono positivo, del aumento de plantilla y sus ventajas, del nombre de su nuevo médico, horarios y teléfonos de contacto, así como de la posibilidad de cambiar de médico más adelante, si lo desea.

6. De forma simultánea y para evitar la desinformación, en aquellos casos en los que las cartas no lleguen a sus destinatarios (direcciones incorrectas, cartas devueltas, etc.), en el centro de salud se colocan carteles informativos, diseñados con el fin de informar a la ciudadanía, de agradecer su comprensión y colaboración, además de ponernos a su disposición para cualquier aclaración, a través del Servicio de Atención Ciudadana (SAC) y de la dirección del centro.

7. Los profesionales del SAC reciben instrucciones precisas de todos los cambios, de cómo subsanar incidencias y de cómo atender de forma personalizada a aquellas personas que así lo requieran.

8. Aquellos pacientes que, a pesar de la información y las explicaciones, no desean cambiar de médico, se les pide que rellenen una solicitud, dirigida a la dirección del centro, en la que expresan su negativa al cambio y el deseo de volver con su anterior médico. Se les da una respuesta antes de 40 días.

9. Los días previos a la redistribución, se colocan directorios actualizados informando del nombre y la ubicación de los nuevos profesionales, para que la desinformación no sea motivo de protesta.

10. El día que comienza la redistribución, los profesionales de la UAC y el equipo directivo están especialmente sensibilizados para informar, acompañar y aclarar cualquier duda de los pacientes.

11. Pasados 30 días de la constitución del nuevo cupo, se valoran el total de solicitudes de ciudadanos que desean volver con su médico de cabecera, así como el aumento que suponen para cada profesional. El equipo valora la decisión a adoptar y actúa en consecuencia. Si la decisión es que van a aceptar de nuevo a los pacientes en sus cupos, ya que no es un gran número y no suponen una gran distorsión, directamente se ejecutan los cambios solicitados, y no se les envía carta a los ciudadanos. Si, por el contrario, en la aceptación de todas las solicitudes no está de acuerdo todo el equipo, o hay alguna circunstancia que desaconseje la vuelta, se envía una carta a los ciudadanos informándoles de la decisión y de que transcurridos tres meses, pueden volver a cambiar de médico si lo desean.

Finalizado 2007, un año en el que las importantes expectativas de crecimiento han supuesto un gran aliciente para todo el equipo y una fuente de optimismo para el intenso trabajo diario en Atención Primaria, podemos concluir lo siguiente.

A fecha 31 de diciembre de 2007, los veinte nuevos médicos de familia y los siete nuevos pediatras que se han incorporado a la plantilla están perfectamente integrados en sus centros de trabajo.

A lo largo del año hemos movilizado en el distrito más de 30.000 ciudadanos, sin que ello haya supuesto un aumento del número de reclamaciones.

En el total de las redistribuciones, los profesionales del centro optaron por readmitir en sus cupos a los pacientes que así lo solicitaron, ya que el número no suponía una gran distorsión.

La ampliación de la plantilla de profesionales en un centro de salud y la redistribución de los cupos de pacientes, puede desarrollarse sin incidencias, si está planificada, consensuada e informada, de manera que la calidad y la accesibilidad no se vean minimizadas por el proceso administrativo y de gestión que conllevan, y sin que se vulneren las garantías legales de dicho proceso. ■

Sección patrocinada por:

 **Almirall**
Soluciones pensando en ti

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver «Lista de excipientes». **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NVR» en una cara y «ECE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «UIC» 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 decubito 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 stenosis 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 cardiaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardiaca 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 cardiaca 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 cardiaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con stenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes afectada 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, ketocazolol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoina, fosfenitoina, primidona], rifampicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoclicemiantes orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver «Advertencias y precauciones especiales de empleo»). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclamida. **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. antidepressivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección «Contraindicaciones»). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hiperpotasemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes. 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuente. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **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 faringolaringeo. **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, mialgia, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor articular, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis** **Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistémica marcada, y probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardiaca 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 **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. **Tamaños de envase:** 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. **Tamaños de envase:** 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Dafiro 5 mg/160 mg: EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 Dafiro 10 mg/160 mg: EU/1/06/371/017 -24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE

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

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

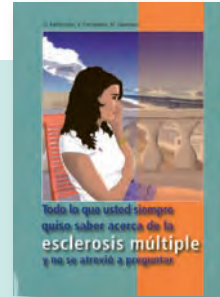
Cultura

LIBROS

¿Qué quiere saber sobre esclerosis múltiple?

El libro *Todo lo que usted siempre quiso saber acerca de la esclerosis múltiple y no se atrevió a preguntar*, editado con la colaboración de Merck Serono, es fruto del equipo de profesionales del Instituto de Neurociencias Clínicas del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga.

La obra, coordinada por los doctores Óscar Fernández, Victoria Fernández y Miguel Guerrero, consta de 14 capítulos y surge del esfuerzo de los autores de recopilar a lo largo de los años las preguntas e inquietudes que cada día surgen en la consulta neurológica. Recoge aspectos como las características y conceptos básicos de la enfermedad, por qué se produce, cuáles son los síntomas, cómo se diagnostica, cuál es el pronóstico, los tratamientos, el embarazo, predisposición de los hijos, rehabilitación, aspectos de la vida cotidiana, etc.



Título: *Todo lo que usted siempre quiso saber acerca de la esclerosis múltiple y no se atrevió a preguntar*
Autores: O. Fernández, V. Fernández y M. Guerrero
 111 páginas.

EXPOSICIONES

Una leyenda viva

Fotos, escritos, afiches, carteles, documentales, trajes, botines y blusas forman la primera gran retrospectiva sobre el cantante y bailarín Miguel de Molina, que con el título de "Arte y provocación" organizan la fundación que lleva su nombre y la Comunidad de Madrid. Miguel de Molina hizo suyas piezas claves del cancionero español como "Ojos verdes" o "La bien pagá", y se creó una imagen propia, con ese caracolillo que lucía en la frente, aquellas blusas vistosas de grandes mangas afaroladas y sus famosos botines de colores, que él mismo diseñaba. La muestra, que permanecerá abierta hasta el 17 de mayo, se exhibe en el Complejo "El Águila" (C/ Ramírez de Prado, 3. Madrid).



MÚSICA

Lo nuevo de Niña Pastori

La artista de San Fernando regresa al panorama musical con un álbum que ella considera "más flamenco que los anteriores, aunque siempre dentro de su línea". Tangos, mineras, soleá, bulerías, alegrías, fandangos de Huelva y "Esperando verte", canción que da título al disco y que la cantante dedica a su hija Pastora, que se gestó y nació durante la grabación, de este disco, donde aparecen nombres de músicos ilustres, como los guitarristas Diego del Morao, José Miguel Carmona (ex Ketama) y Vicente Amigo.



CINE

Señales del futuro

Bajo la dirección de Alex Proyas y protagonizada por Nicolas Cage, al que acompañan Rose Byrne y Chandler Canterbury, entre otros, *Señales del futuro* es un thriller de acción sobre un profesor que debe descifrar una serie de escalofriantes predicciones y evitar que se cumplan. Un *film* sobre la desesperada lucha de un padre por salvar a su hijo y al mundo, y que poco a poco, empezará a darse cuenta de que lo que está pasando no es casual y que él y su familia juegan un papel fundamental en los importantes acontecimientos que están a punto de producirse.



Internet

'Software' libre para diagnosticar tumores cerebrales

La tradición médica de la Comunidad Foral de Navarra vuelve a quedar patente en la apuesta de Caja Navarra por la *e-salud*, al invertir 150.000 euros, mediante un préstamo participativo, en una empresa de consultoría y desarrollo de aplicaciones informáticas que va a poner en marcha una plataforma web para la telemonitorización de pacientes crónicos, que evitará su desplazamiento a los hospitales públicos y privados de la comunidad.



La telemonitorización de pacientes crónicos evitará su desplazamiento a los hospitales.

Gracias a la nueva herramienta –adecuada a los objetivos de la Ley de Dependencia– se fomentará la comunicación entre los profesionales médicos y los pacientes, enviando estos últimos sus señales biomédicas a un servidor central en

el que el facultativo podrá realizar los análisis en tiempo real para mantener o alterar el tratamiento administrado al paciente.

Otra aportación reciente de las TIC al desarrollo de las aplicaciones médicas se validará este mismo año, cuando concluya el proyecto europeo "HealthAgents", cuyo objetivo es ayudar a diagnosticar tumores cerebrales. Será –según los científicos de la Universidad Politécnica de Valencia (UPV)– el primer sistema en el mundo para ayudar a la toma de decisiones en el diagnóstico de tumores cerebrales basado en *software* libre.

La colaboración del Grupo de Informática Biomédica de la UPV con HealthAgents se centra en el desarrollo de los motores de clasificación automática de tumores cerebrales, basados en el reconocimiento de patrones en los espectros de resonancia.

El programa ayudará a neurocirujanos, neurorradiólogos y neurooncólogos a efectuar un diagnóstico no invasivo y a tratar de forma personalizada a pacientes con tumores cerebrales, destacando el objetivo de unir en red a distintos hospitales internacionales que contribuyan con sus experiencias a ampliar las bases de datos de este tipo de tumores. ■

Sección patrocinada por

Web de I@
MUJER

Préstamos por Internet

Es una página inglesa pero su crecimiento en facilitar créditos la convierte en la más demandada en esta época de crisis. Permite efectuar préstamos entre las personas conectadas.

<http://uk.zopa.com/ZopaWeb/>



Lo más bello para escuchar música

Un joya de diseño de la empresa danesa Bang & Olufsen, pudiendo escuchar la música almacenada en el disco duro y radio en Internet. Puede reproducir fotos, música y películas en televisores de la marca.

<http://www.beosound5.com/Default.aspx?lang=es>



CIBERCONSEJOS

Fracasa Explorer 8

Microsoft esperaba que Internet Explorer 8 ayudase a frenar la fuga de usuarios a productos rivales, pero ha recibido quejas. Firefox controla el 22 por ciento del mercado de los navegadores en comparación con un 67 por ciento del Internet Explorer, que en el pasado llegó a tener más del 90 por ciento del mercado. La mayoría de las quejas se refieren a la descarga de páginas web, problemas de búsqueda y de imagen.

Nuevos virus peligrosos

Conficker, Downadup o Kido, han infectado millones de ordenadores con Windows en todo el mundo. Este virus está preparado para activarse el 1 de abril; su altísima capacidad de infección ha provocado preocupación y en sus anteriores versiones, ha afectado incluso a los ejércitos francés y alemán. La nueva versión C del gusano, genera 50.000 nombres de dominio aleatoriamente al día para intentar conectarse, a diferencia de las anteriores versiones, que generaba 250 URL diarias.

HTA

(Ver ficha técnica en pág. 54)

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

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

S
SALVAT