



Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 111

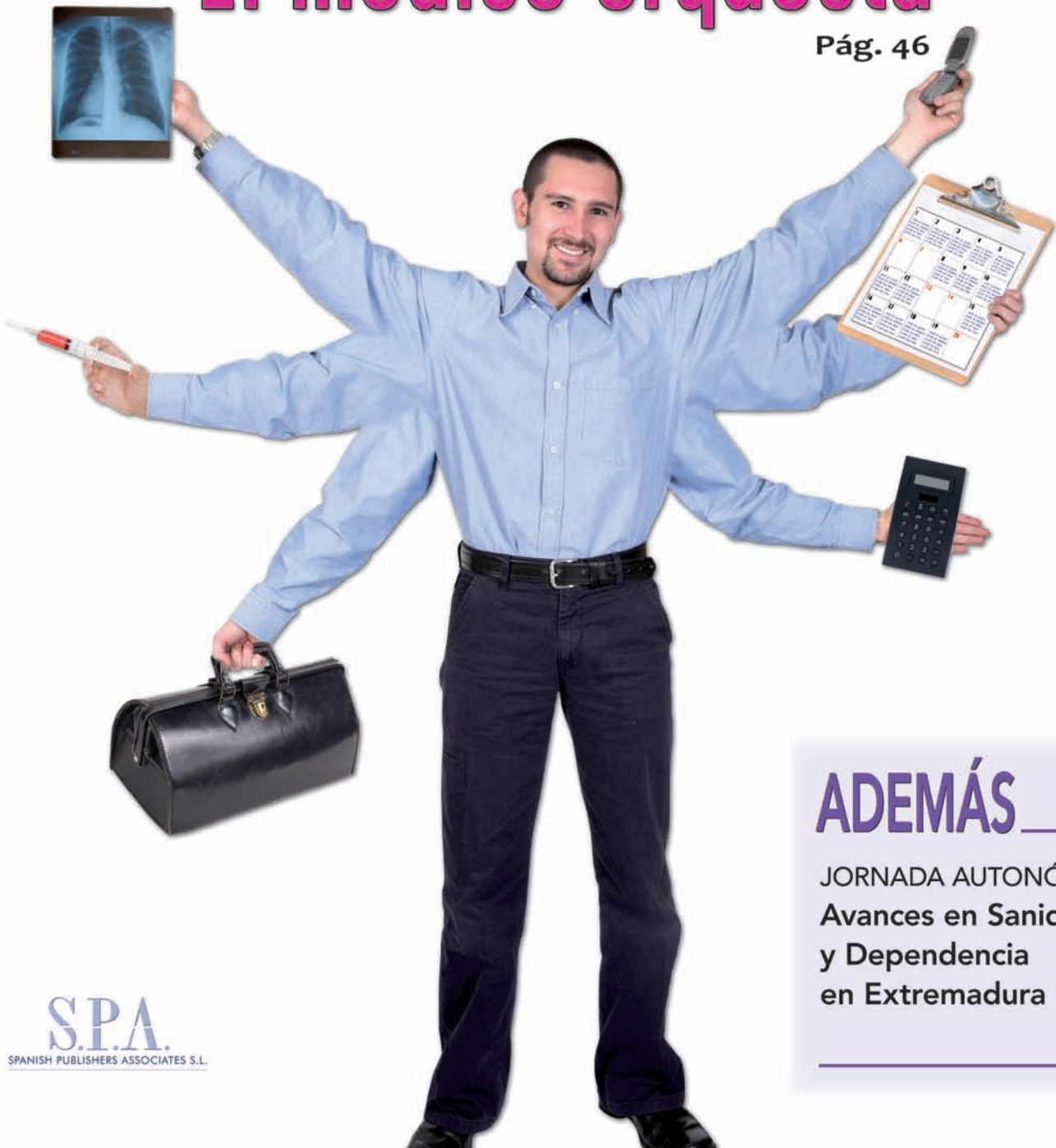
8 de mayo de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

El médico orquesta

Pág. 46



ADEMÁS

JORNADA AUTONÓMICA
Avances en Sanidad
y Dependencia
en Extremadura

Pág. 14

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.



Changing tomorrow

Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas.

Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

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

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECICIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

(Ver ficha técnica en pág. 30)

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 HIPEROXIGENADOS
CON SILICONA. TRATAN LA PIEL
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT

46 | EN PORTADA

El médico orquesta

Existen consultas en las que es el propio médico el encargado de hacerlo todo. Trabajar sin empleados, utilizando la tecnología más puntera y pasando más tiempo con menos pacientes son las principales características de este modelo, que se conoce en Estados Unidos como microconsulta, y que desafía la sabiduría convencional de los expertos en gestión de consultas.



JORNADA AUTONÓMICA

14 Avances en Sanidad y Dependencia en Extremadura

MEDICAL ECONOMICS organizó una jornada para analizar diversos aspectos de la Ley de Dependencia en Extremadura y lo que supone esta nueva realidad de atención sociosanitaria.

PRÁCTICA PROFESIONAL

41 Diseños de oficina que funcionan

Sepa cómo sacar más partido al espacio del que dispone en su consulta para obtener mejores resultados y una gestión más eficaz de su tiempo y su dinero. Sus pacientes también se lo agradecerán.



INCOSOL

35 Una referencia en salud y bienestar

Incosol Hotel Medical Spa, perteneciente al Grupo Hoteles Jale, ofrece en un mismo espacio físico un hotel de cinco estrellas con alojamientos de lujo y los servicios médicos más innovadores.





Real Academia Nacional
de Medicina

Convoca: _____



PREMIO CARLOS IV

de Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública



Bases disponibles en: www.ranm.es

Con la colaboración de:  **sanofi pasteur MSD**
vacunas para la vida

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@sipaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

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


Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por 

ACTUALIDAD

- 5 Mi punto de vista
- 8 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 16 **Gestión Profesional**
Cómo conseguir dinero para nuestros proyectos (I)
- 20 **Gestión de Calidad. Enfermería**
La importancia de los trasplantes de órganos
- 22 **Tribunales**
Falló el consentimiento informado
- 24 **Internet y Medicina**
Barreras en la formación continuada
- 28 **Economía de la Salud**
- 54 **Renta 2009 (IV)**

Y ADEMÁS...

- 6 Atención al paciente
- 12 De Cerca
- 59 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Está de acuerdo con la investigación con células madre?

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 Alfonsel 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 Farmindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutic 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

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 Angel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Héctor Jausás 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 Geriátria 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.

Eugenio 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

Secretaría de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero

Bufete De Lorenzo Abogados Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany

Socio Director Bufete Alemany Escalona & Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras

Médico Gerente Incubación Proyectos Empresariales -MediTecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

María Dolores Navarro

Subdirectora Fundación Biblioteca Josep Laporte. UAB

Mi punto de vista

La necesidad de una ley integral de salud sexual

Han pasado ya varias décadas desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definiera la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad no siendo solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad”. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos en plenitud. Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la definió como “la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad”. Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales para lo que la OMS asegura que se requiere un “enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia”.

Desde entonces resulta evidente que en este período se han registrado avances importantes en el ámbito de la sexualidad, que han enriquecido la comprensión y percepción respecto a la necesidad de una educación sexual reglada y de la importancia que para la mayor parte de la población tiene su salud sexual en su percepción general de bienestar y salud.

Muchos sexólogos a través de nuestras sociedades científicas venimos insistiendo en la necesidad de que las administraciones se comprometan no sólo a reconocer los derechos sexuales como fundamentales y universales, sino a actuar en consecuencia estructurando las políticas públicas de forma que se las dote de recursos económicos y humanos que permitan adoptar las medidas necesarias y precisas destinadas a la protección y promoción de la salud sexual de manera íntegra y a lo largo de toda la vida de las personas. Sin embargo en nuestro país, más allá de la bue-

na voluntad de algunas administraciones, no disponemos de una ley específica —sí existente en otros países— en salud sexual que garantice el reconocimiento pleno de los derechos sexuales individuales por parte del Estado, con el objetivo de garantizar el acceso a estos derechos sexuales, especialmente vulnerados en situaciones como la violencia sexual hacia las mujeres y los niños, la violencia de género o la discriminación de las minorías.

Una sociedad sexualmente sana tiene además entre sus características la garantía de que la población puede acceder a la educación sexual integral acorde con la edad y a lo largo de su vida. Apoya el desarrollo de investigaciones destinadas a abordar las inquietudes clínicas, educativas y de salud pública y pone en marcha programas eficaces de actuación en educación y terapia sexual que deben tener como metas el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, el reconocimiento y aceptación como ser sexuado y sexual, libre de toda ansiedad, temor o sentimiento de culpa, pero sobre todo, alientan la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar relaciones equitativas independientemente del sexo y la edad.

La ley integral de la salud sexual, que venimos reclamando de forma constante los profesionales de la sexología, puede marcar un antes y un después en la sexología y la salud sexual de nuestro país, y para cuya elaboración y aprobación parece haber la necesaria sensibilidad política en este momento. Es por tanto, momento del debate sereno y del protagonismo de los profesionales. Debemos ser la referencia para quienes tienen la responsabilidad de legislar para garantizar los derechos de la población. Y ese debate tendrá uno de sus más próximos episodios el próximo mes de junio en Valencia con la celebración del I Foro Científico de Sexología Integral en el que esperamos poder contar con la participación de todos aquellos profesionales implicados en la salud sexual de sus pacientes. ■



Carlos San Martín Blanco*

>> La ley integral de la salud sexual la venimos reclamando de forma constante los profesionales de la sexología, puede marcar un antes y un después en la sexología y la salud sexual.

>> Una sociedad sexualmente sana tiene entre sus características la garantía de que la población puede acceder a la educación sexual integral.

*Presidente del Comité Científico del I Foro Científico Sexología Integral. Presidente de la Asociación Española para la Promoción Integral de la Salud Sexual, APISS.

Federación Nacional de Asociaciones de Enfermos Respiratorios (Fenaer)

La primera causa de consulta en Atención Primaria

Asociaciones de pacientes con asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y alergia se han unido para crear la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermos Respiratorios (Fenaer), y así favorecer un mayor conocimiento sobre estas enfermedades, que suponen la primera causa de consulta médica en AP.

Por Cristina García Blanco

Las enfermedades respiratorias constituyen un importante problema de salud pública por su elevada frecuencia y su alta morbi-mortalidad. Según datos de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), afectan anualmente a más de un 20 por ciento de la población, son la primera causa de consulta médica en Atención Primaria y son responsables de un 30 por ciento o más de las consultas ambulatorias que se llevan a cabo en España. Además, los problemas respiratorios son el segundo motivo por el que se realizan visitas a los servicios de urgencias de los hospitales, representan alrededor del 20 por ciento de los ingresos hospitalarios y suponen, globalmente, la tercera causa de mortalidad en los países desarrollados. En la actualidad, seis millones de españoles padecen enfermedades respiratorias y, concretamente, más de un millón trescientas mil personas en nuestro país padecen EPOC, una enfermedad que sigue siendo, a pesar de los esfuerzos que se realizan, una gran desconocida tanto entre los propios afectados como en la población general. Así, se estima que más del 70 por ciento de las personas que la padecen todavía no están diagnosticadas, lo que se traduce, entre otras consecuencias, en una elevada mortalidad.

El asma, por su parte, afecta a entre el 5 y 8 por ciento de la población y es la enfermedad crónica más prevalente en los niños. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos pacientes no están diagnosticados ni controlados. De hecho, uno de los lemas del Día Mundial del Asma se refería a la falta de control del asma y la posibilidad y necesidad de controlar esta patología.

Las enfermedades respiratorias tienen una elevada prevalencia e impacto socio-sanitario

y, sin embargo, siguen siendo unas grandes desconocidas para los ciudadanos, en general y los afectados, en concreto. Por ello, desde la Federación Nacional de Enfermos Respiratorios (Fenaer) pretenden adoptar las medidas de prevención más oportunas, especialmente de control del tabaco, la medida más efectiva.

En este sentido, una de las primeras iniciativas de Fenaer fue su adhesión a la campaña mundial "Sin aliento pero no indefenso", que se celebró el pasado 19 de noviembre, con motivo del Día Mundial de la EPOC, promovido por la Iniciativa Global para la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de la Organización Mundial de la Salud. Se instalaron puntos de información en diferentes ciudades (Madrid, Barcelona y Granada) donde los ciudadanos pudieron realizarse espirometrías, se cambiaron cigarrillos por plantas y se ofreció a los asistentes material informativo sobre la enfermedad y la posibilidad de cumplimentar un sencillo test de detección temprana de la EPOC.

Otro de los objetivos de Fenaer es dar apoyo a los pacientes con enfermedades respiratorias y sus familiares. Desde las asociaciones están en contacto con los afectados y sus familiares y complementan la atención médica que reciben estos. Asimismo, en la Federación, según su presidenta Soledad Mostaza "se promoverá el diálogo con la Administración para mejorar los servicios, favorecer un abordaje más integral y multidisciplinar sin diferencias territoriales y lograr el adecuado amparo social al enfermo. En este sentido, Fenaer pone en marcha campañas de información relativas a la ampliación y cumplimiento de la ley del tabaco, así como otros proyectos de carácter más científico". ■

» Seis millones de españoles padecen enfermedades respiratorias y, concretamente, más de un millón trescientas mil personas en nuestro país padecen EPOC.

» El asma, por su parte, afecta a entre el 5 y 8 por ciento de la población y es la enfermedad crónica más prevalente en los niños.

"Son necesarias más unidades específicas de cuidados respiratorios en los centros de AP"



Mario Bofill

Vicepresidente de la Federación de Asociaciones de Enfermos Respiratorios, Mario Bofill explica cuál es la situación en la que viven estos pacientes y sus principales demandas a la Administración sanitaria.

PREGUNTA: ¿Cree que la sociedad tiene información y está suficientemente concienciada de la importancia de enfermedades como la EPOC?

RESPUESTA: No. Actualmente cerca de un 90 por ciento de la sociedad desconoce el significado del acrónimo de esta enfermedad. La enfermedad de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica) es muy prevalente y está infradiagnosticada en nuestro país.

Una vez se les explica que significa la EPOC, ya lo relacionan con el tabaco y con factores de contaminación ambiental, pero siguen sin darle la importancia que requiere. En los próximos años veremos un incremento de pacientes que padecerán dicha enfermedad, y la OMS prevé que en el año 2020 será la tercera causa de muerte.

P. ¿Qué papel desempeña Fenaer en la vida de los enfermos respiratorios?

R. La Federación quiere ser un referente a nivel nacional para todos aquellos pacientes que padecen cualquier trastorno respiratorio, dándoles información veraz y actual de su enfermedad, así como asesoramiento para cada caso particular según su situación personal, ya sea laboral, cálculo de pensiones, obtención de incapacidades y/o apoyándoles en el entorno familiar.

Los objetivos de Fenaer con los enfermos respiratorios son principalmente: apoyar a las personas que padecen enfermedades respiratorias a todos los niveles (familiar, personal, laboral, psicológico, etc.); fomentar el conocimiento de las enfermedades respiratorias más prevalentes: asma y EPOC, mediante la difusión y la concienciación social de la importancia de diagnosticarlas y tratarlas, fomentar el diálogo de los profesionales de la salud con la sociedad; así como mejorar la atención que reciben los enfermos respiratorios, fomentando la creación de Unidades de Cuidados Respiratorios en los centros de AP.

P. ¿En qué consisten las campañas de información de la Federación?

R. En estos momentos Fenaer se centra en campañas de sensibilización para dar a conocer las enfermedades respiratorias más prevalente como el asma y la EPOC. Dichas campañas suelen celebrarse en las grandes ciudades para obtener el mayor impacto posible. En estos eventos tratamos de sensibilizar a la gente para que por ejemplo deje de fumar regalándole una planta a cambio de un cigarrillo, y repartimos trípticos para explicar qué conlleva realmente una enfermedad pulmonar para que en casa reflexionen acerca de dichos efectos. En el caso del asma nos centramos en informar para que los enfermos asmáticos puedan controlar mejor su enfermedad.

P. ¿Cuáles son las próximas iniciativas que tiene previstas Fenaer?

R. El pasado 5 de mayo se celebró el Día Mundial del Asma, simultáneamente en Madrid, Barcelona, Málaga, Granada y Salamanca. Asimismo, pensamos poner en marcha varios campamentos de verano para niños alérgicos y asmáticos en Andalucía, donde se les pretende educar para que aprendan a minimizar los efectos de su enfermedad.

P. ¿Cree que está preparado nuestro sistema sanitario para atender las demandas de los pacientes?

R. Actualmente no. Se tienen que crear unidades específicas de cuidados respiratorios en los centros de Atención Primaria. Además, no existen centros de rehabilitación respiratoria de carácter permanente. Para los enfermos respiratorios es básico asistir a dichos centros. La información que se le da al paciente para el manejo de la enfermedad es insuficiente, y ello conlleva ingresos hospitalarios que se podrían evitar si hubiera más educación en el propio control de la enfermedad. ■



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

64

por ciento de los profesionales sanitarios ha sido objeto de agresiones en el último año.

11

por ciento ha sufrido agresiones físicas.

58

por ciento de los casos el motivo de la agresión es el tiempo de espera.

15

por ciento por la concesión de la bajas laborales.

10

por ciento por discrepancias en los medicamentos prescritos.

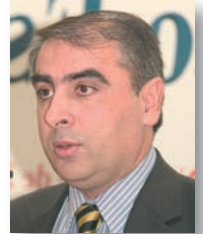
Fuente: International Journal of Occupational and Environmental Health.

SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

La Secretaría General de Sanidad asume nuevas competencias

La ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, ha decidido finalmente configurar su departamento con dos secretarías generales, una de Sanidad y otra de Política Social. Así, José Martínez Olmos ha sido reafirmado en su cargo como secretario general de Sanidad. También se ha despejado la incógnita de la secretaría de Política Social. El elegido y nombrado por el Gobierno es Francisco Moza, director de Promoción y Desarrollo de la Entidad Pública Empresarial de Suelo. Así, Martínez Olmos y Moza constituyen las dos cabezas visibles de las secretarías generales del ministerio.

Por otro lado, Pilar Farjas es la nueva consejera de Sanidad de la Xunta de Galicia. Farjas, licenciada en Medicina en la Universidad de Zaragoza y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, ha recibido el nombramiento con orgullo y satisfacción "como gallega adoptiva y sanitaria".

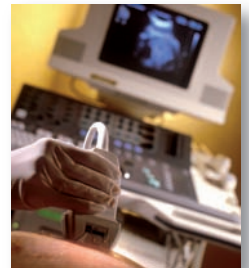


José Martínez Olmos.

OCHO POR CIENTO MÁS QUE EN 2007

El sector de la tecnología sanitaria ha facturado 6.000 millones de euros en 2008

El sector de tecnología sanitaria, que agrupa a más de 1.700 empresas, ha cerrado el ejercicio de 2008 con una facturación cercana a los 6.000 millones de euros, un 8 por ciento más que el año anterior, según se recoge en la Memoria Anual 2008 de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin). Andalucía continúa un año más siendo la comunidad con mayor dotación de recursos sanitarios, con más de 9.500 millones de euros, seguida de Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana. En términos de presupuesto por habitante esta clasificación la encabeza el País Vasco, con 1.400 euros habitante/año, seguido de La Rioja, Extremadura y Navarra.



ADQUISICIONES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

GlaxoSmithKline compra el laboratorio dermatológico Stiefel por 2.777 millones

El grupo farmacéutico británico GlaxoSmithKline ha alcanzado un acuerdo para la compra del laboratorio estadounidense Stiefel, especializado en el sector de la dermatología, en una operación valorada en 3.600 millones de dólares (2.777 millones de euros). En concreto, Glaxo abonará 2.900 millones de dólares en efectivo (2.237 millones de euros) y asumirá una deuda de 400 millones de dólares (309 millones de euros), mientras que podría pagar otros 300 millones de dólares (231 millones de euros) en función de la evolución del negocio.



CAMBIOS EN LA PATRONAL

La Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios y la Federación Española de Clínicas Privadas, con nuevos presidentes

La Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios (ACES) será presidida durante cuatro años por Cristina Contel i Bonet, que se presentó a las elecciones a la Junta Directiva dentro de una candidatura única que se ha votado y ha sido escogida por unanimidad, con una representación del 75 por ciento de los votos. ACES es una organización patronal de empresas privadas de servicios sanitarios del ámbito catalán, que agrupa a 111 empresas. Contel, que sustituye en el cargo a Josep Cararach, es jurista y consejera delegada de la Policlínica Comarcal del Vendrell, centro privado de servicios integrados y centro sociosanitario concertado con el Servicio Catalán de la Salud.

Por otro lado, Fernando Mesa del Castillo es el nuevo presidente de la Federación Española de Clínicas Privadas, en sustitución de Antonio Bartolomé.



ADJUDICACIÓN DE PLAZAS DE RESIDENTES

Cardiología y Pediatría, las especialidades más demandadas por los MIR

Cardiología y Pediatría han sido las especialidades más solicitadas por los cien mejores situados en la prueba MIR de este año. Mientras que la especialidad de Cardiología ha sido seleccionada, una convocatoria más, por 20 de los cien licenciados que obtuvieron una mejor puntuación en la prueba MIR del pasado

24 de enero. La Pediatría, le sigue el paso muy de cerca, al haber sido elegida por 18 de los futuros residentes. La otra cara de la moneda, la de la especialidad menos atractiva, la constituye Medicina de Familia, al no haberla seleccionado ninguno de los 100 primeros. La mayoría de las plazas vacantes corresponden a unidades docentes de núcleos rurales. Se demuestra así que la especialidad sigue sin ser atractiva para los nuevos residentes: entre los 951 primeros en seleccionar su puesto formativo, sólo 13 optaron por ella.



PANORAMA DE LA FRANQUICIA EN ESPAÑA

Centros de salud, talleres y estética: las franquicias que triunfan

El año 2008 ha sido el primero en que la franquicia ha reducido el número de establecimientos y no genera empleo. Es más, en tan sólo seis meses, esta fórmula –que representa alrededor del 15 por ciento del comercio minorista español– ha perdido cerca de 5.000 puestos de trabajo, según los datos que la Asociación Española de Franquiciadores

(AEF). Aún así, centros de salud, talleres y estética han abierto 1.135 establecimientos en sólo un semestre. Mientras, las franquicias inmobiliarias cerraron 1.385 locales. El sector cerró 2008 con 58.305 locales, casi 600 menos que los que tenía operativos en julio de ese año. Eso sí, mantiene el crecimiento en facturación, con un 0,5 por ciento hasta los 24.676 millones de euros.



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medecoes.com

Medical Economics

¿Es partidario de la colegiación obligatoria?

No, porque no creo en su independencia del poder político.

13%

21%

Debería ser una elección.

37%

Sólo porque nos representa a todos los médicos.

29%

Sí, pues es garantía del ejercicio profesional.

La mayor parte de nuestros lectores, un 37 por ciento, creen en la colegiación obligatoria sólo porque representa a todos los médicos, mientras un 29 por ciento, son partidarios porque es garantía del ejercicio profesional. Para un 21 por ciento debería ser una elección, mientras que un 13 por ciento no es partidario, pues no cree en su independencia del poder político.

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

La salud en Bolsa se deteriora

Las ocho empresas españolas del sector de la salud español que cotizan en el Mercado Continuo obtuvieron 422 millones de euros de beneficio neto el año pasado, un 44 por ciento menos, en conjunto, que en 2007, sin incluir a Corporación Dermoestética.

Por Gonzalo San Segundo

La crisis no perdona ni a las compañías farmacéuticas ni a las médico-sanitarias. Los resultados correspondientes a 2008 así lo demuestran (previsiblemente la situación será peor en el primer trimestre del presente año). Las cuatro empresas farmacéuticas (Almirall, Faes, Grifols y Rovi), la biotecnológica Zeltia y las tres compañías médico-sanitarias (Clínica Baviera, Corporación Der-

moestética y Prim) que cotizan en la Bolsa española obtuvieron el año pasado unos ingresos conjuntos de 2.540 millones de euros, un 54,5 por ciento más que en 2007.

La única empresa cuya cifra de negocio disminuyó respecto al año anterior fue Corporación Dermoestética (un 36,8 por ciento menos de ingresos). Sin embargo, su beneficio atribuible se acercó a los 159 millones de eu-

ros, con un crecimiento del 19.501,1 por ciento (en 2007 tuvo pérdidas por importe de 819 millones). En su mayor parte, este beneficio tan abultado se debe a la venta de su filial británica.

Descontando Dermoestética, el beneficio del resto de compañías sanitarias con cotización bursátil se elevó, globalmente, a 422 millones de euros, un 42 por ciento menos que en 2007. En este concepto, experimentaron creci-

Notas farmacéuticas

Almirall. Las inversiones en I+D durante 2008 se centraron en el avance de fármacos innovadores, especialmente en el área respiratoria. Su cuota de mercado es del 3,6 por ciento, según IMS Health.

Faes Pharma. Prevé un panorama prometedor ante las negociaciones con otras compañías farmacéuticas para la licencia del tratamiento antialérgico Bilastimina, tras el éxito el año pasado, de la licencia de Bondenza, para el tratamiento de la osteoporosis.

Grifols. Primer productor europeo de hemoderivados y cuarto del mundo. Tiene 400 millones de euros para realizar inversiones entre 2008 y 2012. En lo que va de año, ha entrado en el accionariado de Cario 3 Bio-Science y se ha hecho con el control del grupo australiano Lateral Diagnostics mediante una inversión de 25 millones de euros.

Rovi. Es uno de los fabricantes para terceros más importantes de Europa, convirtiéndose en referente mundial en el tratamiento de la trombosis. Su presidente, Juan López-Belmonte, apuesta, en estos tiempos de crisis, por el mantenimiento del empleo, las inversiones en I+D y la internacionalización.

Zeltia. Grupo biotecnológico pionero y líder en España y sexto europeo por capitalización bursátil. Su filial emblemática es PharmaMar, y su producto estrella, el Yondelis, cuyas ventas brutas ya superan los 30 millones de euros. En su cartera de productos antitumorales se hallan, en diversas fases de investigación, Aplidin, Irvalec, Zapylsis y Yondelis para nuevas aplicaciones, además de para el cáncer de ovario.

mientos negativos Clínica Baviera, Faes y Prim. Por su parte, Zeltia redujo las pérdidas en un 10 por ciento.

Respecto a su comportamiento bursátil, los inversores están castigando severamente a las empresas de salud españolas, con la excepción hecha de Grifols, que es el laboratorio que mejor comportamiento está teniendo. Como dice Jorge Gallardo, presidente del Grupo Almirall, "en Bolsa hay excesivos castigos".

Pero el que las cotizaciones estén bajas con unos PER (veces que el beneficio está contenido en la acción) también bajos, hace que las farmacéuticas en general, incluidas las españolas, presenten valoraciones muy atractivas para invertir en ellas. Tal vez el momento actual no sea el más adecuado, pero sí lo sería si la inversión se realiza con vistas al medio y largo plazo.

La crisis, está visto, hace estragos en la Bolsa, pero las empresas continúan luchando por su existencia. Así, mientras los laboratorios de capital español, que representan la quinta parte de toda la industria farmacéutica de España, buscan nuevos nichos terapéuticos para que la crisis no les devore, las compañías multinacionales del sector afrontan fusiones y adquisiciones con el mismo fin. Una lucha entre pequeños y grandes, entre David y Goliat, en la que

no siempre vence el más fuerte, sino el más listo.

Los expertos dicen que no todo es cuestión de tamaño, que la especialización también cuenta, según se deduce del informe de previsiones para 2009 de IMS Health. Por ejemplo, Grifols, especializado en hemoderivados, es el primer productor europeo de plasma y cuarto del mundo. Zeltia, por medio de PharmaMar, es líder en investigación, desarrollo y comercialización de fármacos contra el cáncer de origen marino. Y Almirall, la mayor multinacional farmacéutica española, es la única que aparece en el ranking de las *top ten* que más venden en España.

Del otro lado, la poderosa Pfizer ensanchaba sus dominios a primeros de este año con la compra, por 68.000 millones de dólares, de a también estadounidense Wyeth. Y el pasado mes de marzo, MSD, segunda del ranking mundial, anunciaba la adquisición de Schering-Plough por 41.000 millones de dólares, operación a la que la suiza Roche contestó días después con un desembolso de 46.800 millones de dólares por hacerse con el 44 por ciento del capital de la norteamericana Genentech que aún no controlaba.

¿Son bocados poco apetitosos o insignificantes las compañías españolas

para las multinacionales? No. La cuestión es la propiedad. Las compañías farmacéuticas españolas se caracterizan porque su capital está mayoritariamente controlado por un accionista familiar, coticen en Bolsa o no. De ahí que algunas busquen alianzas estratégicas como alternativa a su falta de músculo financiero. Como Esteve, que, sin estar en el parqué, ha firmado un acuerdo con la japonesa Teijin Pharma para suministrar bombinas y dispositivos de oxígeno a los hospitales mediante la creación de una sociedad conjunta.

La crisis y la próxima caducidad de derechos de patentes obligan a los gigantes farmacéuticos a unirse, bien mediante compras, fusiones o alianzas. Un reciente estudio de la aseguradora AXA desvela que en 2012 las grandes farmacéuticas perderán cerca de 74.000 millones de dólares en ventas por el fin de los derechos de propiedad. Frente a lo que se avecina, y a modo de paliativo, Farmaindustria señala que hay "más de 2.500 fármacos en proceso de ensayos clínicos en todo el mundo, y muchos de ellos tendrán éxito".

Mientras en España, la industria farmacéutica lima asperezas con el Ministerio de Sanidad y anuncia inversiones por importe de 3.600 millones de euros para los próximos tres años. ■

Las cifras de 2008*

Empresa	Ingresos	%/2007	Beneficio	%/2007	Inv. I+D	%/2007
Almirall	1.056	15,1	121,7	38,7	139,3	14,1
Clínica Baviera	87,9	12,2	7,0	-42	—	—
C. Dermoestética	54,7	-31,7	158,9 ⁽¹⁾	19.501,0	—	—
Faes	194,2	4,4	19,6	-13,5	—	—
Grifols	814,3	15,8	122,1	38,2		
Prim	95,8	4,5	9,8	-2,7		
Rovi	132,1	11,0	23,5	13,3	7,7	19
Zeltia	105,0	23,2	-40,6	10,0	57,5	11,0

* Datos en millones de euros.

⁽¹⁾ Mayoritariamente se debe a la venta de su filial británica en febrero de 2008.

Manuel Sánchez Salorio, director del Instituto Gallego de Oftalmología

“No he sido ni revolucionario ni conformista, sino un integrado”

Revive y recrea las anécdotas si de ellas puede sacar algún provecho intelectual o enseñanza humana. Porque en esos terrenos, lo humano y lo intelectual, se mueve Manuel Sánchez Salorio (La Coruña, 1930), director del Instituto Gallego de Oftalmología y considerado uno de los popes de la oftalmología española moderna. En un despacho de la planta sótano del Hospital Médico-Quirúrgico de Conxo, tan simple como poco acogedor, rechaza lo fútil y a los neurocientíficos, a los que llama “neurócratas”; y se apoya en autores como Ortega y Gasset, Weber o Eco para solidificar sus ideas y provocar inquietudes.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: ¿Fueron difíciles su infancia y adolescencia, con un padre oftalmólogo y “bastante autoritario”, según usted mismo?

RESPUESTA: Bueno, vamos a ver... En la memoria retenemos los sucesos y recuerdos más agradables de la infancia mientras que apartamos los más desagradables. Los miedos y angustias que nacen de ir descubriendo el mundo. Algo parecido a esa indefinición que nos acomete en la adolescencia cuando uno empieza a descubrirse a sí mismo, cuando uno se da cuenta de que ya es otro –de que ya no es un niño– pero todavía no sabe quién es. Quizás yo haya notado más que otras personas las tensiones de esa indefinición por haber tenido una relación familiar un tanto especial.

P. Dureza que vivió en Alemania, a donde se fue en 1955 con una beca...

R. No eran fáciles los tiempos que vivía Alemania. Los efectos de la gran destrucción se veían por todos lados. Pero las universidades y los hospitales habían sido reconstruidos y recuperado su pulso. Yo comía en la mesa de la universidad, donde comían los estudiantes becarios que no podían hacerlo en un restaurante. En el segundo piso había otra mesa en la que sólo comían

los japoneses, porque aún era más barata, y allí acudí alguna vez. Tenía 25 años y estaba en Alemania, que había sido la ilusión de mi vida. ¿Qué más podía pedir?

P. ¿Quién o qué le indujo o sedujo a estudiar Medicina?

R. Mi padre era médico oftalmólogo. En aquella época –contrariamente a lo que ocurre hoy en día–, los médicos querían que sus hijos fuesen médicos, y yo me sabía destinado a ser médico. Por un lado yo era un hijo disciplinado y por otro no veía razones importantes para no cumplir el deseo de mi padre. Pero cuando estaba finalizando el bachillerato empezaron las dudas. En aquel momento el desideratum económico y social era ser ingeniero de Caminos o abogado del Estado. En mi familia materna, por la relación con Fenosa, había varios ingenieros. Mi padre me decía: “Ser médico es una especie de esclavitud. Fíjate cómo vivo yo y cómo viven tus tíos”. Yo sabía que aquello no iba a ser así, pero no quería tener discusiones con mi padre. Al terminar el bachillerato en 1946 me pasé el verano recibiendo clases particulares de matemáticas y química para ingresar en Caminos. Pero al llegar octubre, tal como lo suponía, me matriculé en Medicina en Santiago de Compostela.

P. Y la vocación universitaria...

R. Eso ya es otra cosa. Yo iba aminorado de ser médico y oftalmólogo como mi padre, pero en enero de 1948, en segundo curso de carrera, llegué a Santiago procedente de Madrid un catedrático de Fisiología que para mí y gran parte de mi generación fue una especie de revelación: Ramón Domínguez. Entre que la Anatomía que estudiábamos era una disciplina casi medieval que sólo trataba de los muertos, que la Fisiología enseñaba los fenómenos fascinantes de la vida y que Ramón Domínguez tenía dotes especiales para la seducción, desde que asistí a su primera clase tuve claro que yo quería ser como era y lo que era él. Dio la casualidad que ese mismo día compré y leí de corrido Goethe desde dentro, en el que Ortega reflexiona como nadie lo ha hecho sobre la vocación. Desde ese momento supe que mi destino era quedarme en la universidad. Y al final fui oculista como mi padre, profesor universitario como Ramón Domínguez y orteguiano para toda la vida.

P. ¿Y no constituyó un desafío el que, hace unos 25 años, usted y un colega suyo, realizaran intervenciones quirúrgicas a bordo de un DC-10?

R. Bueno, aquello más que un desafío fue un *show*. El primero que trajo a

España ese avión, el famoso Orbis (nombre de una fundación norteamericana), fui yo. Se trataba de un proyecto de lucha contra la ceguera en el mundo y se mostraban las últimas técnicas en cirugía ocular. El avión estaba equipado con un quirófano y yo conseguí que viniera, por primera vez a España, al aeropuerto de Lavacolla, en Santiago. Luego fue al aeropuerto de Madrid-Barajas, con Alfredo Domínguez Collazo y yo mismo. Aquello fue espectacular, con trasplantes de córneas. La jefa del quirófano me dijo que me tenía que poner guantes, a lo que me negué, pues yo nunca operaba con guantes.

P. Colegas suyos le consideran "el padre" de la oftalmología española moderna...

R. Bueno, vamos a ver. Es cierto que en Santiago de Compostela a partir de los años setenta se produce un fenómeno curioso: lo que Giambattista Bietti, un gran gurú de la Oftalmología mundial llamó la "Baby School of Compostela". De la cátedra fueron saliendo catedráticos de Oftalmología muy jóvenes que llegaron a representar la mitad de los catedráticos de oftalmología que había en España. Nunca fuimos una escuela en el sentido clásico. Nunca hubo disciplina ni directrices de nada. Fuimos como una comuna, como lo hubiese definido Max Weber, porque los valores que nos unieron siempre estuvieron más próximos a los de la familia, la tribu o la pandilla que a los que son propios de una organización. Puede que alguien me considere "padre oftalmológico" de mucha gente, pero lo que nunca he sido es padrino de nada ni de nadie.

P. ¿Cómo explica el haberse mantenido en la cresta de la ola a través de situaciones tan cambiantes producidas en la vida académica y profesional?

R. Quizás porque en esa división entre "apocalípticos e integrados" que hacía Umberto Eco yo he tendido siempre a la integración. Nunca he sido revolucionario pero tampoco conformista. Probablemente esto ha su-

puesto ser una persona que ha caminado por libre. Ahora sé que eso tiene un precio, pero también sé que vale la pena pagarlo.

P. En la prensa gallega publica sesudos y densos artículos, que en 1970 le llevaron a conseguir el Premio de Periodismo Fernández Latorre...

R. En el bachillerato ya participé en la redacción de una revista que se llamaba Prosa y Rima. Escribir en la prensa es como una sensación de compañía. Como decía Canetti, "la palabra escrita es siempre una apuesta contra la muerte", un deseo, un intento (por su-



" Reconozco que me solivianta bastante el reduccionismo de los neurocientíficos".

puesto vano) de que no sea la muerte la que tenga la última palabra. Y también hay un placer en el ejercicio de escribir.

P. Sus artículos periodísticos tienen un innegable contenido filosófico...

R. Si intentar conocer las últimas razones de por qué las cosas son como son y no de otra manera se considera una actitud filosófica, podía aceptarlo. Intentan hacer de algún modo lo que pedía Ortega: levantarle las faldas a la realidad. En lo que se refiere a lo que en este terreno pueda ahora interesarme es el tema de las relaciones entre el cerebro y la mente. Reconozco que me solivianta bastante este reduccionismo de los neurocientíficos, que se han convertido en auténticos neurócratas; en

reducir todo (el pensamiento, la voluntad, el sentimiento religioso,) a procesos fisicoquímicos que ocurren en nuestras redes neuronales.

P. El artículo por el que obtuvo ese premio se titulaba *En el filo de dos décadas. Tríptico para un tránsito. ¿Vislumbaba ya un cambio político en España?*

P. Es un artículo premonitorio en el que se propugnaba el cambio en España de la camisa azul por la camisa blanca, vamos a llamarlo así, y se decía que tendría que haber un delegado del Gobierno en las autonomías. Y con motivo de su concesión dije que "para conseguir que el país se vuelva transparente, para que deje ver su verdadero rostro, lo que más se necesita es estudio serio y libertad". Dije lo de libertad y no me sucedió nada. Bueno, esa frase se citó en una crónica en Clarín de Buenos Aires y Augusto Assía empezó a decir que había un señor que sí tal y cual..., pero no pasó nada. A mí no me podían encontrar ninguna afiliación política por ningún lado. El premio no lo podían censurar, lo intentaron una vez y hubo mucho follón.

P. En qué momento cree que se encuentra ahora la Medicina?

R. El encuentro entre el médico y el enfermo va a estar condicionado cada vez más por intermediarios sociales y económicos: es el precio que hoy hay que pagar por eso que llaman gestión. En la estructura del acto médico será cada vez más importante la aportación de la biología molecular (test diagnósticos, genética) y el diagnóstico por imagen. La imagen diagnóstica ya está cumpliendo la función que antes cumplía el lenguaje esotérico. Hace años, cuando el médico no sabía lo que tenía el paciente, le soltaba un latinajo; ahora le enseña una imagen en la que se ve todo, pero en la que en realidad el enfermo no ve nada. Nunca entenderé a quienes llaman clientes a los pacientes y producto a lo que hacen los médicos. ■

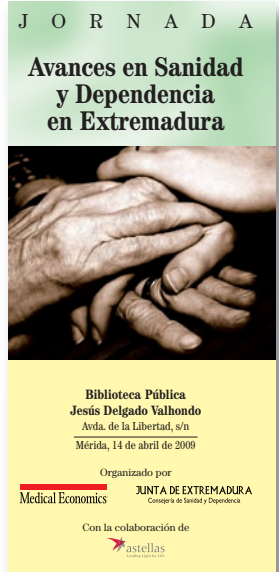
CON LA COLABORACIÓN DE:



Avances en Sanidad y Dependencia en Extremadura

Un Plan para la Salud y el bienestar

El Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, un ambicioso proyecto político de la Consejería de Sanidad y Dependencia, está en marcha. Mientras tanto, 8.500 extremeños ya perciben algún tipo de prestación por dependencia, casi el 60 por ciento de los que tienen derecho a esas ayudas.



Gonzalo San Segundo

La mejora de la salud y de la calidad de vida de todos los extremeños pasa, indefectiblemente, por el recién aprobado Plan de Salud de Extremadura 2009-2012 y por la aplicación y desarrollo de la Ley de Dependencia, según manifestó la consejera de Sanidad y Dependencia de la región, María Jesús Mejuto Carril, en la inauguración de la jornada Avances en Sanidad y Dependencia en Extremadura. Ambas actuaciones se refuerzan, según la consejera, con la apuesta “por un enfoque glo-

bal de la formación y de la investigación en las Ciencias de la Salud bajo la estrategia de la gestión del conocimiento”.

El acto, organizado por MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de Astellas Pharma, congregó el pasado 14 de abril en Mérida a un nutrido grupo de autoridades y gestores sanitarios, así como investigadores y profesionales de Medicina. El editor de esta revista, Manuel García Abad, les dio la bienvenida y expresó su agradecimiento a la Consejería de Sanidad “por todas las facilita-

des que nos han dado para organizar esta jornada”. Por su parte, el director de Astellas, José María Martín Dueñas, felicitó a la consejera, y a los profesionales que lo han hecho posible, por el esfuerzo que está dedicando a los trasplantes, aspecto en el que Extremadura protagonizó en 2008 el mayor incremento nacional.

En su intervención, Mejuto se refirió al Plan de Salud 2009-2012, que ha contado “con un amplísimo consenso técnico y social en torno a los objetivos y a las actividades planteadas”, y que buena par-



De izda. a dcha., Juan Carlos Campón, director gerente de SEPAD; José M^o Vergeles, director general de Gestión del Conocimiento y Calidad; Gonzalo San Segundo, director asociado de MEDICAL ECONOMICS; Felipe Chavida, presidente de Idepro; Manuel G^a Abad, editor de MEDICAL ECONOMICS; M^a Jesús Mejuto Carril, consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura; José M^a Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS; Honorio Bando, vicepresidente de Idepro; José M^a Martín Dueñas, director general de Astellas Pharma; Pedro Hidalgo, presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Extremadura; y Tomás Zarallo, jefe de Servicio de Planificación de la Consejería de Sanidad y Dependencia de Extremadura.

te de su razón de ser radica en “los profesionales, que son los actores imprescindibles, los agentes que garantizan las mejoras del conjunto del sistema sanitario al ser ellos los depositarios del conocimiento, del buen hacer y de la gestión de los recursos disponibles”. Un plan de salud que está íntimamente ligado a la dependencia y a la investigación y gestión del conocimiento.

La consejera recordó que Extremadura destina a gestión del conocimiento una parte importante de los presupuestos en materia sanitaria, cifrándose en dos millones de euros para formación continuada de los profesionales y 1,5 millones para acceso a la información a través de la biblioteca virtual, cantidades a las que hay que sumar otros 5 millones de euros para investigación en Ciencias de la Salud. Y remachó: “En nuestra comunidad autónoma se realiza una investigación importante en Ciencias de la Salud, en bioquímica, biología molecular y genética, y en los campos de la medicina individualizada y personalizada, así como en las enfermedades neurodegenerativas, en epidemiología y en investigación de los resultados de la salud”.

El encargado de desglosar el Plan de Salud 2009-2012 fue Tomás Zarallo Barbosa, jefe del Servicio de Planificación de la Consejería de Sanidad y Depen-

dencia. Definió el plan como “una herramienta de planificación estratégica y un instrumento básico de desarrollo de la política sanitaria”. Y precisó: “La coordinación debe ser un pilar básico en el sistema sanitario y, por tanto, en su eficiencia. Las propuestas que se hacen en el Plan de Salud deben ser factibles, tiene que haber un consenso en torno a los objetivos y una evaluación continuada y revisable a lo largo de los cuatro años”, e implican a otros departamentos de la Junta de Extremadura no estrictamente sanitarios, como Educación.

Objetivos ‘medibles’

El plan –apuntó Zarallo– “debe ser nuestro libro de cabecera durante esos cuatro años en el tema de salud” y sus objetivos “son medibles”: prolongar la duración de la vida con la mejor calidad de vida, reducir la desigualdad de la salud (con especial énfasis en la equidad y en la solidaridad) y, por supuesto, garantizar la eficiencia de los servicios, eficiencia desde el punto de vista económico y también de la vida.

La elaboración del plan se realizó en 2008, y en el documento de análisis de la situación participaron 33 personas, y un total de 350 expertos en las diversas etapas de su elaboración. Una situación que parte de estos datos: 41.000 kilóme-

tros cuadrados con 1.093.000 habitantes (población estable desde 1980), una densidad de 26 habitantes por kilómetro cuadrado, un índice de envejecimiento de mayores de 65 años del 19 por ciento –de los que el 25,3 por ciento superan los 80 años–, y una esperanza de vida de 81,61 años: 85 en las mujeres y 78 en los hombres.

Otros indicadores de salud en Extremadura: disminución o prácticamente desaparición de enfermedades susceptibles de vacunación por la elevada cobertura y la efectividad vacunal sobre todo a nivel infantil, disminución del consumo de tabaco (del 3,24 por ciento al 27 por ciento en el período 2001-2005), y un ligero aumento de la población obesa y con sobrepeso, tanto en adultos como en niños. De ahí que uno de los objetivos del Plan de Salud 2009-2012 sea reducir o frenar esa obesidad o sobrepeso.

A partir de ese análisis y el de los recursos sanitarios disponibles, los redactores del plan identificaron los problemas y necesidades de salud y, según el peso de la mortalidad, de la morbilidad, el impacto social ante la opinión pública, se agruparon los problemas de salud en tres ejes:

1. Problemas de salud prevalente y emergente (cardiovasculares, cáncer, salud mental, drogodependencia, accidentes violencia, etcétera), con la inclusión



De izda. a dcha., Manuel García Abad, María Jesús Mejuto Carril y José María Martín Dueñas.



De izda. a dcha., Honorio Bando, Pedro Hidalgo, Manuel García Abad y José María Vergeles.

Objetivos del Plan de Salud 2009-2012

- Consolidación e impulso de planes integrales para las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y salud mental.
- Consolidación e impulso también de planes marco tal que educación para la salud, atención sociosanitaria, calidad, plan de humanización de atención sanitaria, atención dental a discapacitados y plan dental infantil.
- Culminar el sistema de información de proyectos como Zurbarán, historias de salud electrónicas y receta electrónica.
- Apuesta por una ordenación de la nueva salud pública.
- Abordaje de varias patologías relacionadas con las enfermedades respiratorias crónicas y elaboración de un plan integral de EPOC.
- Elaboración de un plan integral de enfermedades raras en Extremadura.
- Actualización del plan marco de salud medioambiental.
- Elaboración de diversos planes: formación continuada, salud sexual y reproductiva.
- Creación de la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria.
- Impulso de la participación ciudadana a través de la creación del Consejo Regional del Paciente.
- Creación de diversos registros: casos de violencia escolar, de mujeres víctimas de violencia de género, de personas mayores que viven solas, de accidentes domésticos, etcétera.
- Abordaje de la atención de la fibromialgia y la fatiga crónica, así como de la atención al dolor crónico.
- Priorización de un modelo de organización sanitaria que vaya dirigido a la atención sanitaria integral y de calidad.
- Impulso de las medidas encaminadas a una mayor humanización del sistema sanitario público de Extremadura.

de las enfermedades raras, que es una novedad en este plan de salud.

2. Protección y mejora del estado de salud, promoción y educación de la salud, seguridad alimentaria, salud medioambiental y consumo saludable.

3. Mejora continua de la calidad de la atención sanitaria, creación de un sistema de información sanitaria, gestión del conocimiento (formación e investigación). Con el tiempo, adelantó Zarallo, “la formación se dejará en manos de los profesionales”.

Como se ha dicho –y es conocido– la dependencia forma parte de la salud de un país, pueblo o colectivo. Y en Extre-

madura esos dos conceptos van tan unidos que la Consejería del ramo se llama de Sanidad y Dependencia y, además, han creado un organismo específico: el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SEPAD). Su director gerente, Juan Carlos Campón Durán explicó en qué consiste y cómo se encuentra la aplicación de la Ley de Dependencia en Extremadura.

“Nos encontramos con un entorno en el que la Ley 39/2006 genera un nuevo derecho de ciudadanía, derecho que, además, se define en la propia ley como subjetivo, que nos obliga a las administra-

ciones a prestar un servicio o una prestación económica a los ciudadanos, que en ningún caso puede tener un carácter de aplazable en el tiempo, y que si se hiciera de esa manera el ciudadano podría recurrirlo ante los tribunales”.

Con esas palabras, Campón inició su intervención. Y continuó ofreciendo algunos datos generales respecto al grado de aplicación de la Ley de Dependencia, un sistema que en Extremadura lleva año y medio en funcionamiento. Tras lo cual, reconoció que “hay una serie de cuestiones que nos hacen entender que el sistema es todavía ajustable, que tenemos que conseguir centrar mucho más nuestro es-



Pedro Hidalgo (dcha.) con José Ramón Hidalgo, defensor de los Usuarios (izda.), José Luis González, presidente de la Sociedad Extremeña de Geriatría; y Carlos Arjona, presidente del Colegio de Médicos de Cáceres.



Felipe Chavida (en el centro) con José Luis Rodríguez y Asunción Somoza, de Astellas Pharma.



Juan Carlos Campos (dcha.) con Jesús Moreno, gerente Territorial de Badajoz (izda.); y Constancio Rodríguez, gerente Territorial de Cáceres Norte.

fuerzo desde el momento en el que este sistema genera un nuevo marco de prestaciones económicas que deben adquirir cierta fluidez y cierta agilidad de cara a la gestión de estas prestaciones y de estas ayudas económicas que les llegan a los ciudadanos”.

Y concluyó con la observación de que “lo importante al final no va a ser el modelo en sí, sino la cobertura de las necesidades que tengan los ciudadanos. Y en la medida en que éstos vean satisfechas sus preocupaciones, sus necesidades, sus situaciones de salud, sus situaciones de dependencia, se canalice dentro del sistema que se canalice, habremos conseguido en cierta forma ser efectivos”.

Otra de las apuestas de la Consejería de Sanidad y Dependencia es “por un enfoque global de la formación y de la investigación en las Ciencias de la Salud bajo la estrategia de la gestión del conocimiento”, según había señalado su titular, María Jesús Mejuto. En el ámbito de la formación, Pedro Hidalgo Fernández, presidente del Consejo Autonómico de Colegios de Médicos de Extremadura, hizo un repaso a las diversas etapas de formación del médico: desde la universidad a la formación continua, pasando por la formación postgrado, sin olvidar la legislación nacional (en especial la LOPS) y autonómica, así como las normas colegiales existentes al respecto.

Señaló que la profesión médica está condicionada por la autonomía del paciente, la justicia social, la competencia

profesional y la autorregulación, estructurada ésta en: regulación de la entrada (registro de profesionales), revalidación, código deontológico y sancionador y formación médica continuada (FMC). Y recaló que la formación de los profesionales sanitarios tiene que adaptarse a las necesidades cambiantes, y que la reacreditación o recertificación de sus conocimientos tendría que ser obligatoria.

Hidalgo se refirió al proyecto de creación de un consorcio de FMC en Extremadura, inspirado en el Consejo Catalán de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, en el que están involucrados cuatro fundaciones: la de la Consejería de Sanidad y Dependencia, la de los Colegios de Médicos, la de la Universidad de Extremadura y la Fundación Centro de Cirugía de Mínima Invasión (CCMI).

La formación continuada del médico, en su concepto más avanzado, es desarrollo profesional continuo (DPC). Felipe Chavida García, presidente del Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro), apuntó que el sistema de formación del médico en España “es coercitivo, pues se diseñan antes los mecanismos de control que la propia formación”, lo que fue reconocido explícitamente por José María Vergeles, director general de Gestión del Conocimiento y Calidad de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura. Chavida defendió que “el protagonista de la formación son los profesionales que tienen que

estar trabajando día a día con los pacientes”.

Cambio en el ejercicio profesional

Para el presidente de Idepro, el DPC “es una metodología del desarrollo del conocimiento”, es decir, una vez comprobado que el médico sabe, hay que comprobar si sabe aplicar el conocimiento adquirido. Por lo tanto, el fin de la DPC sería el desempeño correcto de la profesión. En palabras del propio Chavida: “Un esfuerzo sistemático de facilitar el cambio en el ejercicio profesional del médico”. Y sentenció: en DPC, “lo primordial no es el que enseña y lo que enseña, sino el que aprende y lo que aprende”, ya que “no siempre se aprende lo que se enseña”.

De lo dicho se deduce que lo más importante de la formación continua del médico o del desarrollo profesional continuo es el aprendizaje basado en el trabajo cotidiano.

Como colofón de la jornada, se presentó el libro *Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud*, cuyo autor, Honorio Bando Casado, consejero de Dirección del Instituto de Salud Carlos III, trazó un esquema de la formación e investigación del profesional sanitario en el contexto español y en el espacio europeo. Puso énfasis en el Proceso de Bolonia y la adaptación que las universidades de este país, en concreto las facultades de Medicina, han de realizar de forma obligatoria. ■



De izda. a dcha., Manuel G^a Abad, Juan A. Orgaz, secretario general del SEPAD; José M^a Martín Dueñas y Honorio Bando.



De izda. a dcha., Rafael G^a Plata, Enrique González de MEDICAL ECONOMICS, y José M^a Martínez.



De izda. a dcha., Manuel García Abad, José María Vergeles y Honorio Bando.

Gestión Profesional

Conseguir dinero para nuestros proyectos (I)



Jose María Martínez García*

» La CE ha venido desarrollando un conjunto de instrumentos financieros al alcance de promotores, de carácter público o privado, para el desarrollo de proyectos que se ajusten a objetivos de interés común.

» Los Fondos FEDER son gestionados directamente por las administraciones públicas y las empresas no acceden directamente a ellos, sino a través de los planes conjuntos de aquellas.

En el tema que vamos a tratar es, quizás, donde un gerente puede encontrar uno de los mayores reconocimientos, mediante una gestión adecuada y, curiosamente, todavía resulta una herramienta poco utilizada en nuestras clínicas, existiendo fondos de muy diversa consideración y origen a disposición de quien posea un proyecto de creación o desarrollo empresarial serio y bien estructurado. Pero el desconocimiento total o el miedo a entrar en algo no dominado cierra posibilidades.

No es la única forma de financiación posible para nuestros proyectos innovadores la del Estado aunque, sin duda, es la más utilizada en los países europeos. Las otras existentes son: los préstamos bonificados, las garantías, las participaciones en capital, las desgravaciones fiscales y otros instrumentos mixtos de las anteriores. Y lo desconocido no debe darnos miedo, máxime si existe una buena cantidad de dinero a nuestra disposición para apoyar nuestro proyecto innovador.

La Comunidad Europea (CE) ha venido desarrollando un conjunto de instrumentos financieros al alcance de promotores, de carácter público o privado, para el desarrollo de proyectos que se ajusten a objetivos de interés común: desarrollo regional, fomento del empleo, ahorro energético y desarrollo de fuentes alternativas, fomento de nuevas tecnologías, investigación, etc.

Una primera clasificación de los instrumentos financieros comunitarios puede realizarse en base a la forma que reviste la ayuda concedida, ya sean subvenciones o préstamos. Las subvenciones, o ayudas concedidas a fondo perdido frente al carácter reembolsable de los préstamos, se conceden, principalmente, a través de los tres fondos estructurales: el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), el Fondo Social Europeo (FSE) y el Fondo Europeo de Orientación y Garantía Agrícola (FEOGA). Los préstamos que, por otra parte, hallan sus ventajas en un tipo de

interés favorable y en los períodos de carencia establecidos, pueden obtenerse por dos vías diferentes: directamente ante la institución que los otorgue o a través de una entidad financiera que recibe una línea de crédito.

El acceso a los fondos estructurales se realiza de forma indirecta, siendo el Estado quien efectúa la tarea de intermediario ante la Comisión Europea. Sin embargo, el promotor privado no debe olvidar la posibilidad que tiene de influir sobre los proyectos que vaya a presentar la autoridad competente en cada caso, ni de que, por otra parte, sus proyectos pueden encajarse en los planes ya presentados por ésta y que le han sido aprobados por la Comisión Europea.

El FEDER dirige sus actuaciones a distintos ámbitos, pero señala muy en concreto lo que se refiere a equipamientos sanitarios y educativos, dentro del capítulo de inversiones en infraestructuras, y a la financiación de la transferencia de tecnología, incluyendo el acopio y la difusión de información y la financiación de la introducción de innovaciones en las empresas.

Los Fondos FEDER son gestionados directamente por las administraciones públicas y las empresas acceden a ellos a través de los planes conjuntos de aquellas.

¿Qué debe hacer, por lo tanto, un promotor que tenga un proyecto y quiere acogerse a las ayudas de los fondos estructurales?

Sobre todo, ver si su proyecto se ajusta a alguno de los cinco objetivos prioritarios citados; si se circunscribe a las áreas geográficas delimitadas en cada caso y si puede integrarse en algún plan de desarrollo presentado. Para convertir un proyecto particular en solicitud pueden plantearse cinco hipótesis: integrarlo en un programa operativo, integrarlo en una subvención global, presentarlo como un proyecto individual, en el caso FEDER, optar por beneficiarse de un régimen de ayuda nacional, cofinanciado por la CE y optar por un préstamo directo o global. ■

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

Medical Economics recibe el Premio Conocimiento y Pacientes de la Fundación Josep Laporte

Los premios reconocen la labor de profesionales e instituciones destacadas en la mejora de la calidad de vida en la atención sanitaria a los pacientes.

MEDICAL ECONOMICS ha recibido uno de los Premios Conocimiento y Pacientes que otorga la Fundación Josep Laporte, dentro de la categoría de Medios de Comunicación.

El propósito de la celebración, que tuvo lugar en la Casa Convalecencia de Barcelona, fue honrar el trabajo realizado por la institución durante diez años. Y, en ese contexto, se hizo entrega de los mencionados premios “como reconocimiento a la labor de aquellas instituciones destacadas en la mejora de la calidad en la atención sanitaria a los pacientes y por su compromiso en la democratización de la sanidad a

través del apoyo y la difusión de proyectos destinados a profesionales sanitarios, pacientes y ciudadanos, en general”. De este modo, los premios reconocen la labor de profesionales e instituciones destacadas en la mejora de la calidad de vida en la atención sanitaria a los pacientes.

Anders Olauson y Albert Jovell, presidente de la Fundación, en la entrega de premios.

Junto con este décimo aniversario también se ha celebrado el V Aniversario del Foro Español de Pacientes, el III Aniversario del Forum Catalá de Pacients, el III Aniversario de la Universidad de los Pacientes, todas ellas iniciativas ligadas a la propia Fundación.

Los Premios Conocimiento y Pacientes se organizan en las siguientes subcategorías: Patronato, Gestión del Conocimiento Sanitario, Medios de Comunicación, Responsabilidad Social Corporativa y Sociedades Profesionales.

El evento, que contó con la presencia del presidente del European Patients' Forum, Anders Olauson, entre otras personalidades, estaba dirigido a hacer un agradecimiento extensivo a todas las entidades y organismos que han colaborado con la Fundació Josep Laporte durante sus diez años de existencia. ■



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

cristalmina

ANTISEPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

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

Info **Salvat**

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Gestión de Calidad: Enfermería

La importancia de los trasplantes de órganos



Charo Vaquero Ruipérez*

Los trasplantes de órganos son un gran avance de la sanidad y muchas personas deben hoy sus vidas a un trasplante. Esta actividad es posible gracias a diversos factores: al progreso de la Medicina, a la generosidad de los donantes, a la buena disposición de las familias para consentir las donaciones, y al esfuerzo tanto de la Administración sanitaria, como de todos los profesionales que participan en esta actividad.

España es líder mundial en trasplantes de órganos desde hace muchos años, su modelo es referente internacional y está siendo imitado en otros países del mundo. Según la Organización Nacional de Trasplantes, en el año 2008, se hicieron 3.945 trasplantes, un 3 por ciento más que en el año 2007 y 1.577 donaciones, lo que supone el 34,2 por millón de población, duplicando la tasa media de la Unión Europea que se sitúa en el 16,8 pmp.

La actividad en trasplantes implica a muchos profesionales integrados en un equipo multidisciplinar. Requiere de una coordinación, que resulta de vital importancia para hacer frente a las necesidades de los pacientes y conseguir que todo el proceso salga bien.

El papel de la Enfermería

Los profesionales de Enfermería, en todos sus ámbitos, desempeñan un papel muy importante en todo el proceso de la actividad de trasplante, estando presente en cada una de las etapas y fases.

Por un lado, están las coordinadoras de Trasplantes y por otro, las enfermeras que intervienen en el quirófano, en las Unidades de UCI, Hospitalización y Consultas. La labor que realizan las coordinadoras de Trasplantes en la detección de posibles donaciones, hablando con los familiares en el peor momento para ellos, cuando

tienen que enfrentarse a la muerte de un ser querido, es importante y muchas veces de la sensibilidad y empatía que tengan con los familiares en esos momentos, depende el éxito de la donación y por tanto de un posible trasplante. También, en la coordinación y comunicación entre los diferentes equipos intra y extra hospitalarios y en el apoyo y ayuda que prestan después del trasplante del órgano. Tampoco podemos olvidarnos del papel que desempeñan, disminuyendo la ansiedad de los pacientes y familiares que están esperando una donación.

En cuanto a la labor que desempeñan las enfermeras asistenciales en el cuidado a los pacientes y familiares en todo este proceso es fundamental. Las enfermeras les ayudan a superar las dificultades, educan a los pacientes a adaptarse a su nueva situación de salud; así como, los apoyan emocional y psicológicamente facilitando las mejores condiciones para la aceptación del trasplante.

La disponibilidad de 24 horas al día, durante 365 días, permite afrontar todas las posibilidades que se ofrecen. Las interconexiones entre los diferentes grupos intra y extra hospitalarios, ha hecho posible la construcción de una gran familia profesional, que ha permitido que cada año el número de trasplantes siga creciendo.

Los avances científicos, tecnológicos, los medicamentos más seguros y eficaces y el buen hacer de los profesionales que componen los equipos multidisciplinarios de cada centro, permiten que un mayor número de enfermedades puedan ser tratadas mediante el trasplante.

Quiero finalizar este artículo con el agradecimiento a la generosidad de todas las personas que donan sus órganos para salvar otras vidas, ya que gracias a ellas es posible esta actividad. ■

» Los profesionales de enfermería, en todos sus ámbitos, desempeñan un papel muy importante en todo el proceso de la actividad de trasplante, estando presente en cada una de las etapas y fases.

» Las enfermeras les ayudan a superar las dificultades, a adaptarse a su nueva situación de salud; así como, los apoyan emocional y psicológicamente facilitando las mejores condiciones para la aceptación del trasplante.

*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.
Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

XVII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía

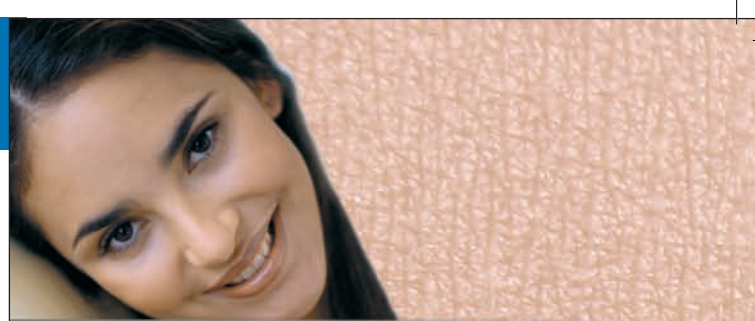
Expertos nacionales e internacionales se reúnen en Sitges del 15 al 17 de mayo para debatir sobre la investigación con células madre y la medicina regenerativa en cirugía cosmética.

Con un extenso programa de actividades que abarcarán temáticas de lo más diversas, desde la biología de las células madre, hasta la patología de las células grasas pasando por la remodelación facial y corporal; se darán cita eminentes profesionales y marcas del sector durante los días 15 al 17 de mayo en las XVII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética.

En la edición de este año se desarrollará el *BioBridge Event 2009-The regenerative medicine conference*, con la participación de célebres investigadores sobre la regeneración de tejidos mediante células madre.

Para el doctor J. Víctor García, impulsor de estas jornadas y presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC), “debido a la magnitud, internacionalidad y actualidad de las investigaciones sobre células madre, muchas miradas estarán puestas en el desarrollo de este evento trascendental en el ámbito de la medicina regenerativa. Por ello, la SEMCC volcará todos los esfuerzos en su buen desarrollo y en la calidad de los contenidos”.

José María Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, vuelve a participar en esta edición con una ponencia sobre la situación actual de la regulación de la concesión de patentes de inventos biotecnológicos. La lista de ponentes la completan personalidades destacadas en el ámbito de la medicina regenerativa, como la profesora Susan Lim de la Nacional University of Singapore; el doctor Augusto Silva, director general de Terapias Avanzadas y Trasplantes del Ministerio de Sanidad y Consumo; los profesores Javier García-Sancho, coordinador de la Red de Terapia Celular del Instituto de Salud Carlos II; Javier Arias, subdirector general de Investigación en Terapia Celular y Medicina Regenerativa de España; Anna Veiga, directora del Banco de Líneas Celulares del Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona; y Bernat Soria, director del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa, entre otros. ■



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, Nitrofuraz (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de 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 nitrofuraz, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

Info **Salvat**
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Tribunales

Falló el consentimiento informado



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribuna Supremo

Sala de lo Contencioso

Administrativo

Sentencia del 1 de febrero de 2008

Hechos

Por la recurrente se interpuso en su día recurso de casación contra la sentencia dictada el 15 de enero de 2003 por la Sección Cuarta de la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional, en la que se desestimaba el recurso contencioso administrativo interpuesto por dicha parte por entender que con motivo de una intervención quirúrgica se habían ocasionado una serie de secuelas de las que, además, no fue informado el paciente de posibles tratamientos alternativos a dicha intervención. A la recurrente el 25 de agosto de 1994 se le diagnosticó un cáncer de mama del que fue operada y sometida a quimioterapia, detectándose en 1995 una metástasis en la columna vertebral. Fue intervenida y salió del quirófano precisamente con la paraplejía que se quería evitar, así como con una gran infección y una gran depresión que precisó tratamiento psiquiátrico.

Fallo

La Sección Cuarta de la Audiencia Nacional dictó sentencia desestimando el recurso, que fue recurrido en casación ante el Tribunal Supremo, que declaró haber lugar al mismo, y estimó parcialmente el recurso formulado, determinando el importe de la indemnización en su favor. Se alegó falta de información en cuanto a otros posibles tratamientos y, admitido el recurso, se fijó el concederle 60.101 euros de indemnización.

ANÁLISIS: La responsabilidad de la Administración

Es sabido que nuestro más Alto Tribunal en múltiples resoluciones ha estimado que la responsabilidad de las administraciones pú-

blicas en nuestro ordenamiento jurídico tiene como base no sólo el principio básico de tutela efectiva, que se reconoce en el artículo 24 de la Constitución, sino también en el artículo 106.2 de la misma, al disponer que los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que sean consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado. Para apreciar responsabilidad patrimonial de la Administración, se necesitan los siguientes requisitos:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluado económicamente e individualizado en relación a una persona o a un grupo.
2. Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

El Tribunal Supremo estimó estas circunstancias en la paciente y, en cuanto al consentimiento informado, apreció que no se le había informado ni a ella ni a sus familiares en términos comprensibles ni de forma completa y continuada sobre su proceso, diagnóstico, pronóstico y alternativas al tratamiento, que al no haberse dado implica una vulneración de la *lex artis* y funcionamiento anormal del servicio sanitario. ■

» La Sección Cuarta de la Audiencia Nacional dictó sentencia desestimando el recurso, que fue recurrido en casación ante el Tribunal Supremo.

» El Tribunal Supremo apreció que no se le había informado ni a ella ni a sus familiares en términos comprensibles ni de forma completa y continuada.

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

Con la compra de Schering-Plough se coloca en el número tres por I+D

La nueva Merck & Co. se sitúa en el séptimo puesto mundial

El grupo farmacéutico Merck informó el pasado mes de marzo del acuerdo para la compra de Schering-Plough por 41.100 millones de dólares (32.660 millones de euros) mediante un intercambio de acciones y efectivo, que conllevará unos costes en 2009 para el laboratorio estadounidense de entre 400 y 600 millones de dólares (309 y 464 millones de euros). La nueva Merck, que surgirá de la unión de las norteamericanas Merck & Co. y Schering-Plough (SP) ocupará el séptimo puesto de la clasificación farmacéutica internacional por ventas. El esfuerzo en I+D del grupo resultante de la operación la situará, sin embargo, en el tercer puesto mundial, por detrás de Pfizer, también en proceso de incorporar la recién adquirida Wyeth, y Johnson & Johnson. Merck ha informado de que su beneficio en el primer trimestre de 2009 cayó un 76 por ciento debido a que la crisis global redujo la demanda de los cristales líquidos que se usan para la fabricación de pantallas planas de televisores y ordenadores. Así el beneficio neto fue de 56,7 millones de euros. ■

La compañía prevé una buena perspectiva de crecimiento para 2009

Boehringer Ingelheim crece por encima del mercado en 2008

Boehringer Ingelheim ha mantenido su positiva evolución durante 2008 y registra un crecimiento por encima del mercado farmacéutico mundial por noveno año consecutivo, según se ha asegurado en la rueda de prensa internacional celebrada en Ingelheim.

Durante el pasado año, las ventas netas de la compañía ascendieron a 11.600 millones de euros lo que supone un incremento de casi el 6 por ciento con respecto a 2007 (10.900 millones de euros). Esta cifra se alcanza gracias al buen desarrollo de las áreas de negocio más significativas de la compañía, en especial la de fármacos de prescripción fruto de la I+D propia que representa el 79 por ciento de las ventas netas. Por otro lado, Boehringer Ingelheim incrementó la inversión en I+D en 200 millones hasta situarse en 2.100 millones de euros. ■



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



el apósito de espuma que mim a herida y su entorno



"NO ADHESIVOS" FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

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

S
SALVAT
innovación y calidad

Internet y medicina

Barreras en la formación continuada



Marcial García Rojo*

Aunque el uso global de Internet ha aumentado significativamente en los últimos años, un estudio reciente de la Universidad Witten y Herdecke de Alemania, publicado en febrero de 2009 en la revista *BMC Health Services Research*, pone de manifiesto que los médicos alemanes, a diferencia de los estudiantes de Medicina, prefieren los medios clásicos, como revistas, consultas a expertos y círculos de calidad, para su formación.

Hoy día es indiscutible la influencia positiva que la formación médica continuada tiene en el conocimiento y competencia de los médicos. Las reuniones regionales de médicos de Atención Primaria en Alemania comenzaron en 1991 con el fin de revisar la calidad en la atención sanitaria. En ese país es obligatorio participar en los llamados círculos de calidad, una iniciativa de gran éxito en Japón, que permite, por ejemplo, normalizar la adopción de guías de práctica clínica.

Tanto en la educación médica continuada como en el desarrollo profesional continuo, las tecnologías de la información son el mejor método de asegurar un impacto adecuado en los profesionales. Sin embargo, crear contenidos para *e-learning* que sean capaces de responder a las necesidades reales de cada médico es realmente complicado.

Hace diez años, la mayoría de los estudios concluían que las principales fuentes de información de los médicos eran otros compañeros, seguido de revistas y libros. En 2001, sólo uno 21 por ciento de los médicos alemanes utilizaba Internet con el propósito de formación profesional, siendo el método preferido entonces las revistas científicas, otros profesionales o los círculos de calidad.

Sin embargo, se ha apreciado un aumento significativo en el uso de Internet por parte de los médicos, con cualquier fin, que ha pasado de un 54 por ciento a 2001 a un 82 por ciento en 2007. A pesar de este aumento, es sorprendente que Internet sea considerado un método secundario. Un 32 por ciento de médicos alemanes no utilizan Internet para formación, un 43 por ciento lo utilizan ocasionalmente y un 20,5 por ciento lo utilizan muy a menudo para esos fines. Además, un 37,2 por ciento de los médicos opinan que Internet es poco eficaz para formación médica continuada. En el estudio mencionado, los médicos afirman que los métodos que utilizan más a menudo para actividades formativas son los círculos de calidad (75,6 por ciento), seguido de revistas (64,1 por ciento), y expertos (58,8 por ciento).

En formación médica continuada, los aspectos mejor apreciados por los médicos son "la relevancia para la práctica diaria" (considerado muy importante por un 92,5 por ciento), fiabilidad (89,8 por ciento) y concisión (71 por ciento).

La enseñanza basada en nuevas tecnologías (*e-learning*) tiene un impacto muy significativo en la transferencia de conocimiento y en los cambios en actitudes de estudio. Ante los resultados del estudio en médicos alemanes, es necesario vencer la resistencia inicial de muchos médicos a adoptar las nuevas tecnologías para su propia formación mejorando la interfaz de usuario de los sitios *web* para formación, consiguiendo una calidad alta en los contenidos, adaptándose a las necesidades de cada persona (en contenido y en diseño), fomentando la interacción interpersonal y utilizando correctamente las nuevas herramientas de la *web 2.0*. ■

» La enseñanza basada en nuevas tecnologías (*e-learning*) tiene un impacto muy significativo en la transferencia de conocimiento y en los cambios en actitudes de estudio.

» Crear contenidos para *e-learning* que sean capaces de responder a las necesidades reales de cada médico es realmente complicado.

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

SITGES (Barcelona) - 15 de mayo de 2009

Acreditado con 1'4 Créditos de Formación Médica Continuada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y por el Consell Català de la Formació Mèdica Continuada

LA BIOLOGÍA DE LAS CÉLULAS MADRE

Bernat Soria, Javier García-Sancho, Javier Arias y Max Lafontan

APLICACIONES CLÍNICAS DE LAS CÉLULAS MADRE

Augusto Silva, Carlos Simón, Susan Lim, Lluís Orozco, Rosa Pérez Cano y Joan Fontdevila

APLICACIONES CLÍNICAS DE LAS CÉLULAS MADRE

Y LOS FACTORES DE CRECIMIENTO
Anna Veiga, Marta Abad, Antonio Rusciani, Rafael Gómez Font, Kok Leong Tan y Alessio Redaelli

MEDICINA REGENERATIVA: APLICACIONES EN MEDICINA COSMÉTICA

Maurizio Ceccarelli, Alain Gondinet, J. Víctor García y José M^a Martínez

Programa Completo en www.confitera.com

Con el apoyo institucional de



Con la colaboración de



Organiza:

CONFRONTACIONES TERAPÉUTICAS
www.confitera.com



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

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

FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide tan flexible y adaptable como la piel

Info  **Salvat**
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad

ESCÁPESE... con

Con la colaboración de
pullmantur



Certamen de Artículos 2009

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

GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

PLUS

Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

❖ ¿Quién puede participar?

Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

❖ ¿Qué hay que enviar?

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

Medical Economics®

❖ ¿Sobre qué se puede escribir?

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

❖ ¿Cómo participar?

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

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

❖ ¿Dónde enviar su artículo?

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

medeconomics@drugfarma.com*

❖ Plazo de presentación de originales

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

**Consulte las bases del certamen en www.medecoes.com*



Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (IX)

Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (II)



Enrique Antón de las Heras*

Tal como señalamos en séptimo artículo de esta serie, las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias (AETS) son organismos que tienen la función de evaluar en términos de eficacia, eficiencia y seguridad las tecnologías sanitarias disponibles en el mercado. El resultado de este trabajo se refleja habitualmente en un informe de evaluación.

Las agencias y unidades de evaluación de tecnología sanitaria cuentan en su mayoría con sitios *web* donde se puede acceder a sus informes de evaluación en texto completo, aunque también se pueden solicitar los documentos a las propias agencias, siendo éstos en su mayoría revisiones sistemáticas de la evidencia científica existente. Algunas de las agencias, como la andaluza, han desarrollado e incluido en sus páginas *web* buscadores que permite rastrear informes en las páginas de más 50 agencias de todo el mundo.

Recientemente, en España se ha elaborado un Plan de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, cuya misión es promover la coordinación y armonizar acciones que aseguren un marco de trabajo en red, eficiente y sostenible, entre las diferentes agencias que participen en el proyecto. Uno de los resultados ha sido el nacimiento de la Plataforma de Gestión del Conocimiento AUnETS, cuyo objetivo principal es ser fuente de información y facilitar la accesibilidad de los profesionales a bases de datos de evaluaciones, informes de tecnologías emergentes, recursos de formación y enlaces a redes nacionales e internacionales.

En la plataforma AUnETS se encuentran disponibles 143 informes de evaluación de tecnologías sanitarias y 27 guías de práctica clínica. En el apartado de guías, solamente una de las disponibles en AUnETS está relacionada con el área respiratoria, es la Guía de Práctica Clínica sobre la Bronquiolitis Aguda, que está siendo elaborada por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Cataluña (AATRM). En el apartado

de informes de evaluación son accesibles un gran heterogeneidad de trabajos, tales como documentos metodológicos, revisiones sistemáticas de la evidencia científica, documentos estratégicos, informes de eficacia y seguridad de una intervención sanitaria, documentos descriptivos, análisis comparativos de técnicas, guías de adquisición de nuevas tecnologías o de identificación de tecnologías obsoletas, análisis coste-utilidad, desarrollo de criterios e índices de variabilidad, programas de formación y un considerable número de análisis de efectividad y coste-efectividad. En la plataforma aparecen los documentos activos indicando el tipo de producto, la agencia responsable, la fecha de inicio y el autor. Para tener más información sobre todos los informes es aconsejable recurrir directamente a las propias agencias, pues son las que pueden proporcionar los estudios desde el principio de su actividad.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III ha elaborado desde 1994 informes para agentes externos, fichas técnicas públicas de síntesis de nuevas tecnologías e informes públicos de evaluación. En el área respiratoria su actividad se ha encuadrado en el último grupo con el informe de la oxigenoterapia crónica a domicilio, aerosolterapia y ventilación mecánica a domicilio.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSa), de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, clasifica, desde 2005, sus informes en tres categorías: informes de evaluación de tecnologías sanitarias, informes de síntesis de tecnologías sanitarias y documentos de consenso de tecnologías sanitarias. En el área de respiratorio esta agencia realizó dos informes de evaluación de tecnologías sanitarias, uno sobre la efectividad y seguridad de las autovacunas y lisados bacterianos en las infecciones respiratorias de repetición y un coste-efectividad de palivizumab en la prevención de la hospitalización por virus respiratorio sincitial en prematuros de 32 a 35 semanas de gestación.

» La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía clasifica sus informes en: evaluación, informes de síntesis y documentos de consenso

» Las agencias de evaluación sintetizan la evidencia científica existente en el área de respiratorio, integrando y resumiendo los resultados y conclusiones de los trabajos de investigación originales

La labor del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA) de la Consejería de Sanidad del País Vasco ha sido la más prolífica de todas ellas en el área de respiratorio. Por un lado, han publicado cuatro informes de evaluación que están disponibles en la *web*, una descripción de la metodología de elaboración-adaptación-actualización empleada en la guía de práctica clínica sobre asma del País Vasco, otro informe sobre las cámaras de inhalación en el tratamiento del asma infantil, un análisis coste-efectividad de los tratamientos del síndrome de la apnea del sueño en el País Vasco y otro informe de evaluación de la oxigenoterapia crónica a domicilio. También ha desarrollado informes de revisión que se pueden solicitar a OSTEBA sobre la efectividad de la rehabilitación pulmonar en la EPOC, una revisión sobre la efectividad de los dispositivos intraorales de adelantamiento mandibular (MAD) frente a la CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) en el tratamiento de la apnea del sueño y otro informe de revisión sobre el síndrome de apnea obstructiva del sueño. También hay que destacar el proyecto de investigación comisionada de la elaboración de una guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo del asma, infantil y en adultos.

La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-T) de la Consejería de Sanidad de la Xunta, en su apartado de consultas técnicas, tiene disponible el informe de CPAP automática en el síndrome de apnea obstructiva del sueño, el informe de medición del óxido nítrico (EN EL) espi-

rado en pacientes asmáticos, aunque para el área de respiratorio no ha elaborado ninguna guía, informes de evaluación o investigaciones.

La Agència d'Evaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM) de Cataluña, dentro del apartado de informes de evaluación de tecnologías sanitarias sujetos a convenio, ha elaborado el informe sobre la eficacia, efectividad y seguridad de la rehabilitación respiratoria en balnearios en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y la evaluación del sistema de soporte respiratorio extracorpóreo sin bomba. En el ámbito farmacológico realizó la evaluación del palivizumab en la profilaxis de la infección/admisión hospitalaria por infección del virus respiratorio sincitial en lactantes y la del alivizumab en la profilaxis de la hospitalización por infección grave por virus sincítico respiratorio en niños menores de dos años.

El Servicio de Evaluación Canario de la Salud (SESCS), mediante un estudio observacional y multicéntrico ha evaluado el impacto económico, en términos de costes directos de la asistencia sanitaria e indirectos, así como el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes ambulatorios con EPOC y asma.

Con estos informes las agencias de evaluación sintetizan la evidencia científica existente en el área de respiratorio, integrando y resumiendo las conclusiones de los trabajos de investigación originales con el fin de proporcionar información objetiva para las decisiones de los gestores y profesionales de la salud. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

AETS: <http://aunets.isciii.es/web/guest/home>

AATRM: <http://www.aatrm.net/>

AETSA: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA/>

OSTEBA: <http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-2536/es/>

AVALIA-t: <http://www.sergas.es/avalia-t/>; <http://aunets.isciii.es/web/guest/home>



*Enrique Antón de las Heras. Manager de Reembolso y Health Economics, Divison de Columna. Medtronic Ibérica. Profesor asociado del departamento de Economía. Universidad Carlos III de Madrid. Para contactar: enrique.anton.de.las.heras@medtronic.com

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 decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hipertensión:** 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 estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m²). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldoosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldoosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inductores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, fosfenitoína, primidona], 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 hipoglucémicos orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, 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. alfa-bloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnion, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hipotermia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/100); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); 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 si no se ha observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraña, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor artroal, 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 carboxin activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Sílice coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Dafiro 5 mg/160 mg: Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. Dafiro 10 mg/160mg: Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Dafiro 5 mg/160 mg: EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 Dafiro 10 mg/160 mg: EU/1/06/371/017 - 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE

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

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



Club Médico

Informativo

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

ACTIVIDADES

- Vacaciones Verano
- Residencia de San Juan
- Residencias Asistidas
- Politour Viajes
- Viajes Olympia
- Pullmantur Cruceros
- Apartamentos Club Médico
- Centro Médico Gran Vía
- Guía de Establecimientos

VERANO 2009

Viajes de Calidad por todo el Mundo

35
AÑOS
HACIENDO
HISTORIA



SELECCIÓN VENTA ANTICIPADA

Los "mejores Tours" y Cruceros Fluviales del Mundo 2009

Descuentos aplicables todo el año

Bonificaciones

7% (50 días)	12% (80 días)
--------------	---------------

Bonificaciones

5% (60 días)	8% (90 días)
--------------	--------------

POLITOURS



POLITOURS

C.A.A. 19

www.politours.com

Información y reservas en su Agencia de Viajes



OFERTA ESPECIAL

pullmantur

Isla: (del lat. *insŭla*.)

1. f. Porción de tierra rodeada de agua por todas partes. || 2. Residencia ocasional de los Dioses alrededor de la que es posible hacer un Crucero Pullmantur.



Salida 7 septiembre

ISLAS GRIEGAS Y TURQUÍA
8 DÍAS/7 NOCHES en el buque EMPRESS

DESDE SÓLO

1.081€

Y CON TODO INCLUIDO A BORDO

Tasas no incluidas (180€ tasas puerto y aeropuerto, Tasas gubernamentales de entrada en Turquía)

Visita tu agencia de viajes



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

Queremos ser la parte más relajante de tu vida.

Sumérgete en la experiencia Pullmantur.

Disfruta de un merecido descanso durante Semana Santa.

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

www.pullmantur.es

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

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



INCOSOL

Hotel - Medical SPA & Resort

Una referencia en salud y bienestar

Ubicado en Marbella, en plena Costa del Sol, Incosol Hotel Medical Spa, perteneciente desde 2007 al Grupo Hoteles Jale, ha celebrado recientemente su 35º Aniversario, aunando en un mismo espacio físico un hotel de cinco estrellas con alojamientos de lujo y los servicios médicos más innovadores. Incosol ofrece a sus clientes diversos programas dedicados a combatir problemas relacionados con la obesidad, el estrés, la estética, el sueño y la salud en general.

Área de Salud

En las mejores manos

Incosol cuenta con un centro médico de vanguardia con modernas instalaciones, tecnología médica de última generación y una excepcional plantilla integrada por 22 especialistas médicos de talla internacional.

Los orígenes de Incosol Hotel Medical Spa se remontan hasta el año 1973, fecha de fundación de este complejo con la intención de integrar una clínica de salud en el interior de un hotel de alto *standing*, una idea adoptada de los centros suizos de características similares. Desde 2007, Incosol ha recuperado todo el esplendor de los primeros días de la mano de Hoteles Jale, con un ambicioso plan de inversiones con el que lidera el turismo de salud. El Centro Médico de Incosol se estructura en 21 unidades médicas especializadas que confluyen en varias Áreas de Excelencia para ofrecer un abordaje multidisciplinar a cada cliente en particular. Cada unidad está compuesta por médicos, psicólogos, nutricionistas, entrenadores médicos personales, fisioterapeutas, masajistas y enfermeros. Todos ellos están dirigidos por el doctor José Luis Guijarro Arcas, director médico de Incosol, con la misión de establecer un diagnóstico exacto del origen de la pérdida de bienestar y aplicar los tratamientos integrales personalizados con un seguimiento que va mucho más allá de la simple estancia en Incosol.

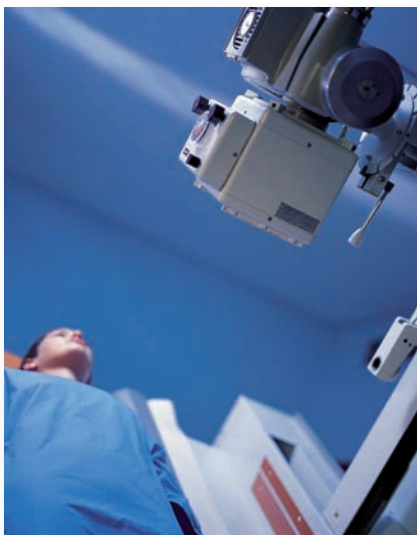
Las unidades médicas especializadas con las que cuenta son: Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Higiene del Sueño, Unidad de la Mujer, Radiología y Ecografía, Análisis Clínicos, Reumatología, Re-

habilitación y Fisioterapia, Psicología, Escopia Digestiva, Cirugía Plástica y Estética, Flebología y Medicina Estética, Dermatología, Kinesiología, Cardiología, Ecocardiografía, Anestesia y Reanimación, Urología y Andrología, Acupuntura y Medicina Tradicional China, Escuela de Espalda y Nutrición y Tecnología de Alimentos.

Chequeo cardiovascular

Uno de los programas estrella Incosol es el Programa de Prevención de Riesgo Cardiovascular. Así, aunando los conocimientos

médicos de distintas áreas sanitarias implicadas, oferta a todas aquellas personas con posible riesgo de infarto de miocardio un programa para saber qué posibilidades tiene de desarrollarlo y así poder evitarlo. Mediante este estudio y el cambio de hábitos de vida, en el caso de que sea necesario, en Incosol Hotel Medical Spa, no sólo se evalúa al paciente, sino que se realiza un exhaustivo control de su salud cardiovascular. Entre las múltiples pruebas



con las que cuenta el programa destaca la evaluación de la grasa abdominal, una de las mayores enemigas de la salud cardiovascular, y dentro de la evaluación cardiológica, la realización de ecocardiografías, si es necesario.

Incosol, siempre a la vanguardia de la medicina preventiva, ha incrementado recientemente su equipamiento diagnóstico con un nuevo TAC Helicoidal Multiforme, que es

capaz de detectar obstrucciones de las arterias coronarias de una forma rápida y no invasiva. Se trata de una técnica denominada Score Cálculo: un escáner del corazón, realizado sin inyecciones ni toma oral de contraste, y que en tan sólo unos minutos, cuantifica la cantidad de calcificaciones de las arterias coronarias. Incosol cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales compuesto por internistas, endocrinos, cardiólogos, nutricionistas y psicólogos.

Directamente relacionado con la salud cardiovascular, está el cuidado de la dieta, pues según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad es uno de los factores más determinantes para desarrollar un infarto. La única forma de poder reducir los altos índices —se producen unos 65.000 infartos al año en España, según la Sociedad Española de Cardiología— es a través de la prevención y el control dietético. Por ello, en Incosol es fundamental la educación nutricional. En este sentido, el objetivo principal de la Unidad de Nutrición y Dietética no puede ser otro que el de proveer de un cuidado nutricional óptimo a todos los pacientes. “En Incosol se realiza un tratamiento multidisciplinar del sobrepeso y la obesidad, haciendo hincapié en que lo fundamental es inculcar desde la infancia los hábitos saludables de vida. Para hacer una dieta personalizada es necesario conocer los hábitos alimentarios del paciente, sus gustos, sus costumbres, y sobre todo realizar controles médicos cada 2-3 días”, explica Leonarda Baeza, dietista del centro.

A todo esto hay que añadir, que el equipo de nutricionistas de Incosol, además de consultas y controles médicos, imparte charlas semanales de educación nutricional, donde se explican las bases para seguir una dieta equilibrada, saludable, y se hace especial hincapié en la importancia de un correcto seguimiento de la misma. Asimismo, Incosol cuenta con especialistas dietéticos que están presentes en cada comida del pacien-

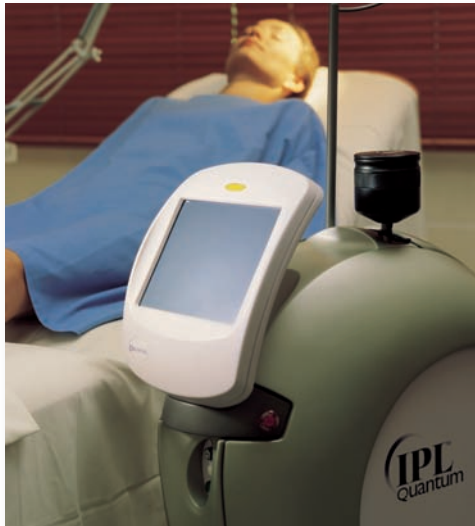
te para guiarles correctamente en todo lo relacionado con la dieta. El Área de Sobrepeso y Obesidad ofrece los programas Renacimiento, Silueta y Anticelulitis.

Además, Incosol ha puesto en marcha un nuevo servicio para sus clientes que consiste en un estudio genético para los Programas de Adelgazamiento: mediante una sencilla prueba genética se puede conocer cuál es la causa del sobrepeso de un paciente. En tan sólo ocho días se puede conocer cuál es la carga genética hereditaria que influye en el aumento de peso y si existe alguna alteración genética que modifica su composición corporal. El Estudio de Predisposición Genética puede determinar la regulación de balance energéti-

co y capacidad de ingesta, la regulación termogénica y el metabolismo de los lípidos, resistencia a la insulina, riesgo de enfermedad cardiovascular, etc.

Centro Medback

A todas las posibilidades médicas que ofrece Incosol, hay que sumar también el Centro Medback de rehabilitación de espalda, que dirige el doctor Carlos Peña. Este programa comienza siempre con una consulta médica gratuita, en la que se identificará el origen de las molestias y se establecerá la idoneidad de desarrollar un programa de rehabilitación de espalda. A continuación, se realizará un análisis funcional computerizado del estado de la musculatura de la columna vertebral y se establecerá el ritmo e intensidad de entrenamiento más adecuado. Este programa está indicado para aquellas personas que quieren iniciar el fortalecimiento de su espalda. Al Centro Medback hay que sumarle otras ventajas que ofrece Incosol, y que van desde los masajes (manuales, subacuáticos, osteopáticos, etc.) hasta el circuito de spa, las piscinas climatizadas y el gimnasio. Todo ello enmarcado en un hotel de cinco estrellas, con una exquisita oferta gastronómica. ■



Área de Bienestar

Incospa: déjese mimar

Incisol es el único Hotel Medical Spa de cinco estrellas donde a un avanzado centro de tratamientos se unen los más complejos servicios de salud y belleza.

Incisol acapara en un mismo espacio físico un hotel de cinco estrellas, con todos los lujos que esta categoría comporta dentro del ramo de la restauración, un spa para la realización de tratamientos externos relacionados con el agua y un centro médico equipado con las tecnologías más modernas e innovadoras, siempre con el objetivo de incrementar la salud y calidad de vida de los usuarios y facilitar programas de medicina preventiva. El tratamiento integral del bienestar alcanza su máxima expresión en Incisol, puesto que el cliente que llega es evaluado de forma global, realizándose un diagnóstico completo de su pérdida de bienestar.

Más de 15 cabinas de masajes manuales, 15 cabinas de tratamientos corporales, 10 cabinas de masajes subacuáticos, seis cabinas de presoterapia, un circuito spa único en la Costa del

cánico, micropigmentación, *peeling*, hidratación, regeneración celular por ultrasonidos y tratamiento de energías y vitaminas), terapias de masaje (masaje manual, masaje vertebral, vendaje compresivo, ducha Kneipp, reflexología podal, hidromasaje, potenciador muscular KV2, masaje acuático, cromoterapia, mesoterapia, presoterapia, masaje neurosedante y drenaje linfático) y actividades deportivas personalizadas con monitor y supervisión médica (*aquagym*, *fitness* cardiovascular, fortalecimiento cervical, *gymjazz*, circuitos de paseo y gimnasia).

Los beneficios del yogur, el cacao y el vino

Desde el pasado mes de noviembre, Incisol ofrece a sus clientes la yogurterapia, un nuevo tratamiento a base de yogur y muesli cosmético. El objetivo es tonificar y reafirmar la piel del cuerpo, así como nutrir intensamente los pies. Las manos expertas de masajistas profesionales de Incisol exfolian la piel con yogur y muesli por todo el cuerpo para, a continuación, acudir a la ducha para retirar el producto. Es entonces cuando se aplica una ampolla tonificante por todo el cuerpo, una mascarilla de yogur y gelatina de avena y miel por los pies, dejándolo actuar de diez a quince minutos. El tratamiento culmina con un masaje de crema de yogur, cuyos principios activos favorecen la producción de colágeno, hidratando y tonificando la piel. Junto a los beneficios nutritivos que aporta el muesli y la gelatina de avena lo convierten en un delicioso tratamiento indicado para todo tipo de pieles.

Otros tratamientos que se ofrecen son la chocoterapia y la vinoterapia, técnicas que utilizan las propiedades antioxidantes y reconstituyentes del cacao y del vino para reconfortar el cuerpo y retrasar el envejecimiento de la piel. ■



Sol y un circuito de hidroterapia exterior con seis piscinas a distintas temperaturas conforman un entorno único para relajarse y sentirse bien después de una jornada de trabajo.

Además en este apartado del bienestar, se ofrecen tres tipos de ofertas: cuidados de belleza (tratamientos basados en técnicas orientales, terapia transdermal, *lifting* electrome-

ENTREVISTA

“La especialidad médica más demandada es la nutrición”

“La Unidad de Diagnóstico a través de los chequeos médicos, las técnicas de imagen y endoscopias digestivas reales y virtuales, es otra de las especialidades más demandadas”.



José Luis Guijarro Arcas,
director médico de Incosol

PREGUNTA: *¿Cuáles son los tratamientos más demandados en Incosol?*

RESPUESTA: Sin lugar a dudas la especialidad médica más demandada es la de nutrición. Desde la inauguración de Incosol la visión endocrinológica y nutricional de la obesidad ha evolucionado enormemente. En sus principios estaba considerada sólo como un problema estético. Este concepto se ha ido transformando en los últimos años, considerándose en la actualidad como una enfermedad, que aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, como el infarto de miocardio, diabetes e hipertensión arterial. En Incosol siempre hemos tenido presente que la mejor solución para el exceso de peso es, por una parte, la prevención, es decir, la educación nutricional; y por otra, el incremento de la actividad física, y finalmente, los tratamientos médicos éticos para su control. Fuimos pioneros en introducir en nuestros programas los avances diagnósticos, el estudio de la resistencia a la insulina (2000), la valoración de la distribución de grasa corporal, primero con la densitometría dexa (1997) y, posteriormente con el TAC de L-5 (2008) y, recientemente, el estudio genético molecular de genes relacionados con la obesidad y sus complicaciones (2009). Tras la nutrición, seguramente lo más demandado sea la Unidad de Diagnóstico, tanto a través de los chequeos médicos como de las técnicas de imagen y endoscopias digestivas reales y virtuales, que diariamente realizamos.

P. *El chequeo cardiovascular es uno de los programas estrella con los que cuentan: ¿cuál es el proceso que sigue el paciente?*

R. Se trata de evaluar el riesgo coronario, es decir, las posibilidades de tener un accidente cardiovascular. Por lo tanto, el paciente comienza con una intensiva consulta de cardiología para evaluar los factores de riesgo, seguido de un test de esfuerzo donde se observa la reacción del corazón a un esfuerzo controlado. A continuación, se realiza el denominado Score Cálculo, un sencillo estudio de imagen con el TAC Helicoidal Multicort para medir la cantidad de calcio que tienen las coronarias. Si éste es muy elevado o hay alguna patología en el test de esfuerzo, realizamos una coronariografía virtual, mucho menos agresiva y casi tan eficiente como el cateterismo cardíaco, con la administración únicamente de un contraste venoso.

P. *También ofrecen el programa Medback de rehabilitación de espalda, que relacionan con la práctica del golf...*

R. El Programa Medback es un sistema de Evaluación de la Potencia y Eficacia Muscular, proponiendo una serie de ejercicios personalizados para mejorar el funcionamiento y el tono de ese sistema, lo que en el golf es de gran importancia.

P. *Otra de las áreas fundamentales es la Unidad de Nutrición, ¿cómo se tratan en Incosol el sobrepeso y la obesidad?*

R. Primero evaluamos, tanto el exceso de peso, como la localización de esa grasa, luego con el TAC de L-5 cuantificamos el porcentaje de grasa intraabdominal. Posteriormente, evaluamos los parámetros bioquímicos y hormonales del paciente, y le hacemos una toma de muestra de saliva para estudiar el factor genético. A continuación, programamos una dieta que se irá personalizando a lo largo de los días en función de los resultados. Damos gran importancia al Programa de Actividades Físicas en el que nuestros monitores se encargan de crear un plan de ejercicios. No olvidamos la formación nutricional, para lo que ofrecemos charlas diarias de nutrición, cocina dietética, ejercicio, etc. Una vez damos el alta, proponemos un plan para seguir en casa, ofreciéndonos para su control a distancia.

P. *¿Cuáles son las últimas adquisiciones en tecnología sanitaria y equipamiento diagnóstico con las que cuenta Incosol?*

R. En los últimos años hemos complementado las Unidades Diagnósticas, sobre todo las de imagen con escáneres de última generación, que nos permiten exámenes virtuales (colonoscopias, coronariografías, Angio Tac). Así mismo, tenemos una moderna Unidad de Endoscopia Digestiva, y próximamente contaremos con un Estudio de Higiene del Sueño. Además, en colaboración con uno de los más importantes laboratorios de genética, hacemos el Test de Genética de Obesidad. ■

INCOSOL

déjate
mimar...

Hotel Incosol Medical Spa & Resort 5*

Paraíso
Verdadero



INCOSOL


Hotel - Medical SPA & Resort

Urbanización Golf Río Real. C/ Incosol, s/n

29603 Marbella (Málaga) ESPAÑA

Tel. 952 86 09 09 / Fax 952 82 30 53

www.incosol.com



Diseños de clínicas que funcionan

Una elección adecuada del espacio puede hacer que usted rinda más y que su trabajo resulte más efectivo.

Por Robert Lowes

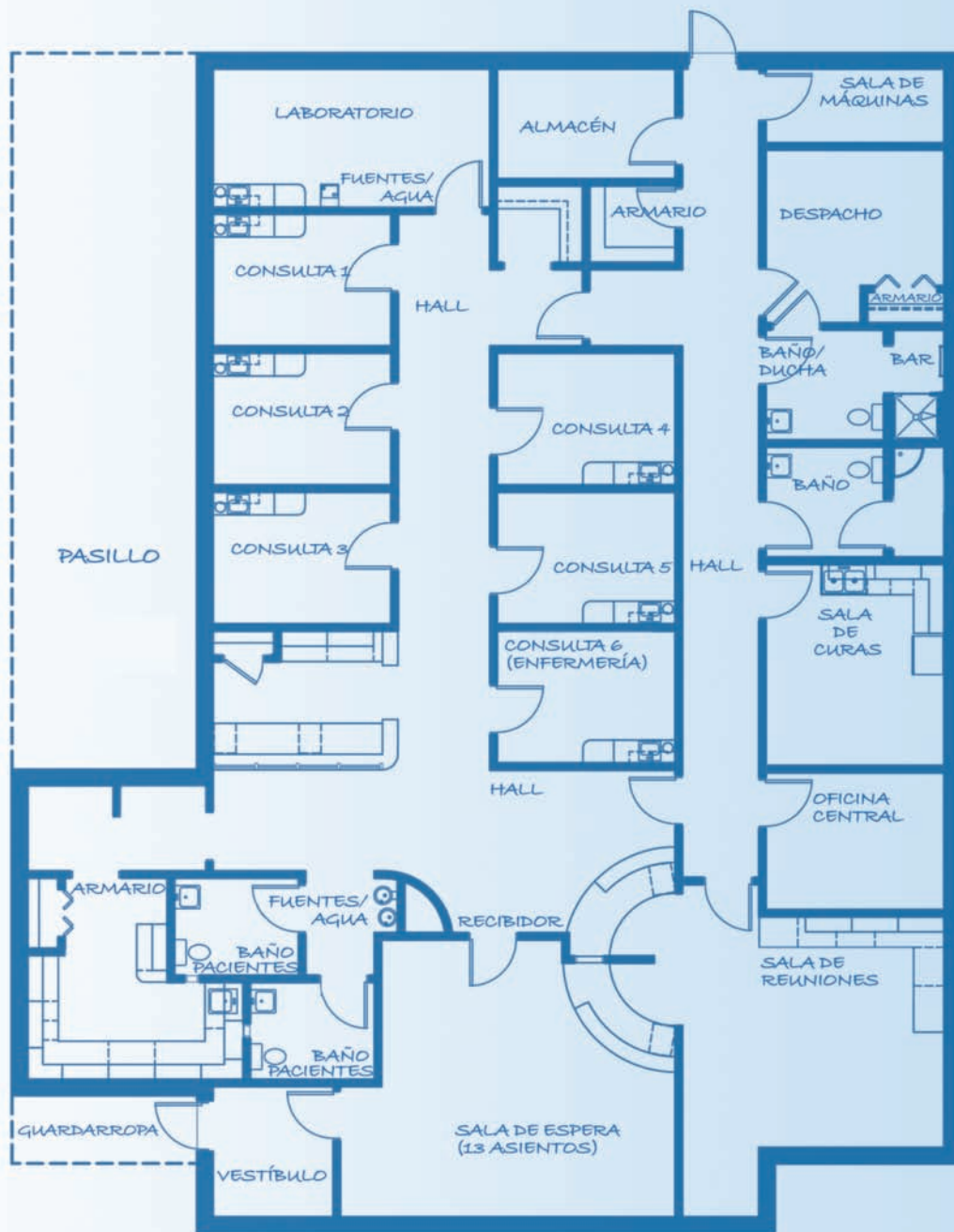
Cuando el internista Henry Walters de Statesville, encargó una nueva oficina hace algunos años, dijo: “Hágala más grande”.

“No estaba buscando un Taj Mahal, pero quería algo que me hiciera más productivo”, indica Walters, un miembro del grupo de 80 médicos que trabaja para el Servicio de Salud de Piedmont y que dispone de una consulta que atiende en solitario.

El consultorio de Walters, efectivamente, ha incrementado su productividad, y el espacio

adicional es la principal causa. Él y su enfermera especializada en Atención Primaria Cathy Wayand comparten ahora seis salas de consulta en comparación con las cinco de que disponían antes. Y pueden atender a ocho pacientes adicionales por día entre ambos. Una sala para curas permite que Walters lleve a cabo más pruebas –prueba de esfuerzo, funcionalidad pulmonar y densitometrías óseas– así como otros servicios auxiliares.

La nueva oficina de 5.000 metros cuadrados es bastante más grande y está mejor ocupada



Plano de planta. Oficina de Henry Walters

La oficina del internista Henry Walters se ha diseñado para un movimiento eficiente. Los pacientes se encuentran con una evolución lógica de paradas que elimina el tener que dar marcha atrás: primero, el laboratorio para muestras de sangre y la sala de enfermeras para toma de las constantes; después, la sala de consulta; y finalmente, la sala de curas. Al acabar la visita, tienen una ruta directa de vuelta al mostrador de caja, y están menos predispuestos a perderse.

En la antigua oficina de Walters, los pacientes, los clínicos, y los empleados chocaban los unos con los otros en el hall, ahora el sistema de doble pasillo de la nueva oficina minimiza los embotellamientos. Los pacientes usan el pasillo de la izquierda que conduce a las salas de consulta; los empleados y el resto de médicos disponen del pasillo de la derecha preferentemente para ellos. El pasillo de los pacientes es más amplio para permitir el paso de las sillas de ruedas.

Las salas de consulta están agrupadas para minimizar los paseos. Entre visita y visita, Walters se pone al día sobre las otras tareas en su puesto de trabajo, en lugar de tener que caminar hasta su despacho privado, que está más lejos. "Es como en un restaurante, donde las bebidas se encuentran situadas cerca de las mesas", dice Walters. "Un menor número de pasos supone disponer de más tiempo para las visitas de los pacientes. Cada habitación destinada a consulta está dispuesta y amueblada de forma idéntica de tal forma que Walters y su ayudante médico pueden desenvolverse en cualquiera de ellas de modo automático. Walters y su enfermera especializada en Atención Primaria tienen tres salas de consulta cada una, número óptimo para mejorar la productividad en Atención Primaria. Para conseguir esta proporción cuando el espacio sea escaso, considere el prescindir de su despacho privado.

que la que tenía antes, pero paradójicamente, Walters la encuentra más tranquila y centrada, y éste es un homenaje al diseño de la oficina correcta. Debido a que el área en que desarrolla su trabajo es más concisa, Walters camina menos de un lado para otro, dándole así más tiempo para el cuidado del paciente. Y gracias al planeamiento de la planta que crea zonas diferentes para actividades clínicas y para actividades administrativas, pocos pacientes aparecen por su despacho privado, o por el del director de la oficina.

“Me gusta la manera en que fluctúa la oficina”, dice Walters, que tuvo que rascarse bastante el bolsillo por sus nuevas instalaciones. “Es un lugar divertido para trabajar”.

El diseño de la consulta médica abarca todos los aspectos, desde la ciencia de los colores agradables a las consideraciones sobre la privacidad de las salas de consulta (nunca instale la mesa a los pies del paciente). En estos tiempos, el diseño también debe considerar este otro asunto: ¿qué tamaño debe tener para que no resulte demasiado extenso?

La carrera por el espacio es consecuencia de una diversidad de factores. Aparte de los grandes consultorios de Medicare, los consultorios de Atención Primaria en Estados Unidos normalmente necesitan al menos tres salas de consulta, para mantener un flujo constante de visitas, dice el consultor en Administración de Empresas Keith Borglum de Santa Rosa, CA. Todavía muchos médicos se ven obligados a trabajar sólo con dos salas, manifiesta Borglum. “Están en el pasillo mientras esperan que una habitación se quede disponible” ¿Quiere mejorar su nivel de atención? Pues necesitará dos o tres salas de consulta conexas, dependiendo de su carga de pacientes. Otros servicios auxiliares —importante fuente de ingresos en Atención Primaria— a menudo requieren sus áreas propias dedicadas al efecto.

Además está el hecho de que la cantidad de personal administrativo ha crecido en relación directa con las exigencias administrativas para atender los papeleos de las compañías de seguros. La cantidad de médicos a tiempo completo en una consulta de medicina interna, por ejemplo, aumentó una media de 3,7 hasta 4,2 entre los años 1995 y 2004, de acuerdo con la Asociación de Directores Médicos. “Una mayor cantidad de personas se traduce en un mayor requerimiento de espacio”, dice el arquitecto médico Richard Haines, cuya firma diseñó la oficina de Walters en varios barrios de Atlanta.



Cuando los pacientes abandonan la recepción lo primero que encuentran es la sala de enfermeras, donde se les pueden comprobar sus constantes antes de pasar a la consulta.

Arquitectos como Haines trabajan para encontrar la forma de hacer este incremento de superficie tan eficiente como sea posible. Reducir las caminatas es la principal estrategia. “Encontré una consulta de Cardiología donde la distancia entre la sala de espera y la habitación de consulta más lejana era de 85 metros”, dice Haines. “Eso era demasiada cantidad de movimiento desperdiciada por los ayudantes médicos que debían acompañar a los pacientes”, señala Haines. “También era una auténtica sesión de gimnasia para los pacientes de mayor edad”.

Hay más de una manera de acortar esas caminatas. El arquitecto John Marasco de Denver diseñó una oficina para un grupo de cinco doctores en Illinois, y situó la sala de espera justo en medio del área clínica, junto a las salas de consulta. Los pacientes van allí inmediatamente después de ser atendidos en la recepción, aligerando de este modo el trabajo de acompañamiento de los ayudantes médicos.

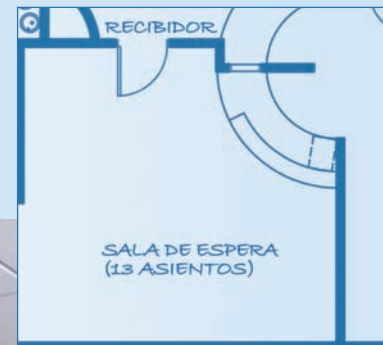
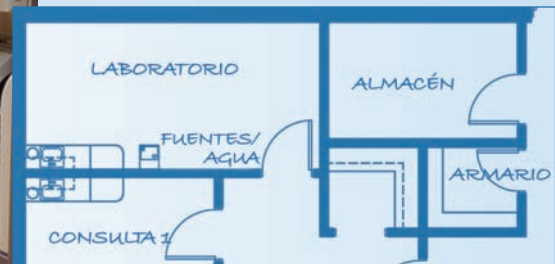
Hemos montado planos de la oficina y fotos para ilustrar cómo el diseño correcto de la consulta está ayudando a Henry Walters y a otros médicos. Ya se esté construyendo una nueva oficina, o se esté mudando a una alquilada, usted podría querer comprender mejor cómo un planeamiento adecuado puede aumentar sus beneficios e incluso dar más diversión a su consulta. ■



La sala de curas de Henry Walters

El internista Henry Walters efectúa pruebas auxiliares (pruebas de esfuerzo, de capacidad pulmonar, densitometrías óseas, etcétera) en su propia sala para curas. "Antes, debíamos reservar una habitación en el hospital al otro lado de la calle, y eso era realmente un inconveniente", dice Walters.

Si instala aquí una mesa de exámenes más sólida, puede transformar este espacio en una sala de examen para pacientes obesos.



La sala de espera de Henry Walters

En la consulta del internista Henry Walters en Statesville, NC, una recepción tras un cristal con puertas correderas de vidrio, crea un sentimiento de franqueza y bienvenida, al tiempo que reduce la probabilidad de que los pacientes de la sala de espera oigan hablar a los empleados. El mostrador es suficientemente bajo para pacientes en sillas de ruedas. Una moqueta industrial de rizo facilita el desplazamiento de las sillas de ruedas (para una firmeza adicional, no use relleno).

El recepcionista puede mantener un control sobre cada paciente de la sala de espera desde su puesto. La zona tiene su propio termostato de forma que los empleados pueden regular la temperatura. Un vestíbulo de entrada amortigua el frío o el calor exterior. Las lámparas de mesa añaden un toque hogareño y relajante.

¿Qué tamaño debe tener una sala de espera? Multiplique el número de pacientes vistos durante su hora de mayor afluencia por 2,5 para tener también en cuenta las visitas de parientes y amigos. Luego réstele el número de salas de consulta. Éste es el número de asientos que necesita. Ahora multiplique el número de sillas por 2 metros cuadrados y obtendrá las dimensiones necesarias para la sala.



II LECCIÓN CONMEMORATIVA CLARA CAMPAL

“Drug Resistance and the Solid Tumor Microenvironment:
New Treatment Strategies in Medical Oncology”

Prof. Dr. Ian F. Tannock, M.D., Ph.D.

Madrid, 18 de mayo de 2009

Hospital Universitario Madrid Sanchinarro
Centro Integral Oncológico Clara Campal

C/Oña nº 10 - 28050 Madrid

Inscripción: martalafora@hospitaldemadrid.com



CEU
Universidad
San Pablo

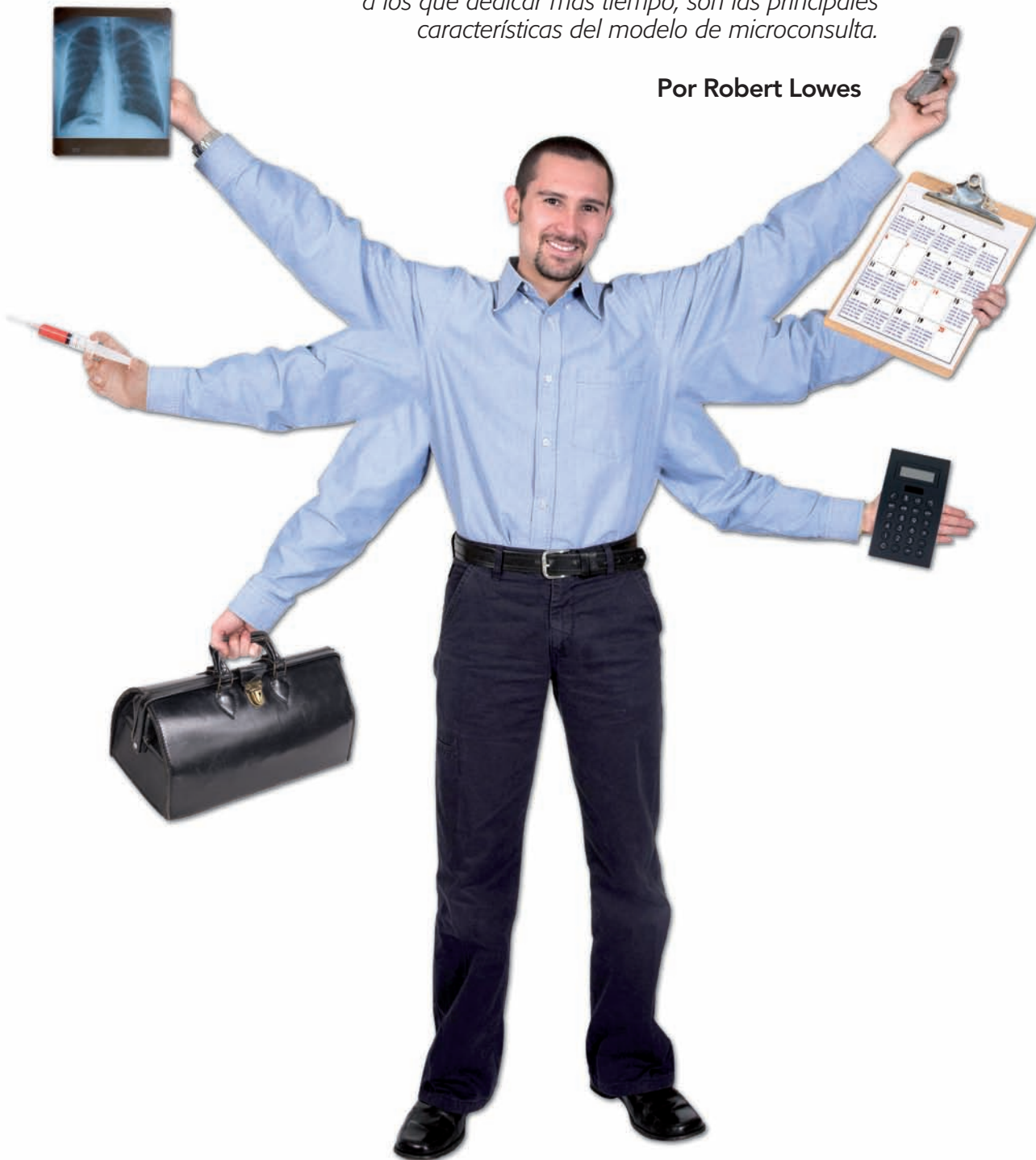
Con el auspicio de

SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

El médico orquesta

Trabajar sin empleados y un cupo menor de pacientes a los que dedicar más tiempo, son las principales características del modelo de microconsulta.

Por Robert Lowes



Con frecuencia un nuevo paciente de la internista Jean Antonucci en Farmington, Maine, se “queda a cuadros” cuando es ella misma y no un asistente médico quien entra en la sala de espera y lo acompaña a una habitación de 38 metros cuadrados.

En esa habitación, que tiene vistas a un pinar y a un riachuelo, Antonucci mide los signos vitales, pregunta al paciente cuáles son sus molestias, diagnostica y trata el problema. Cuando el paciente se va es cuando se da cuenta de que Antonucci es a la única persona que ha visto.

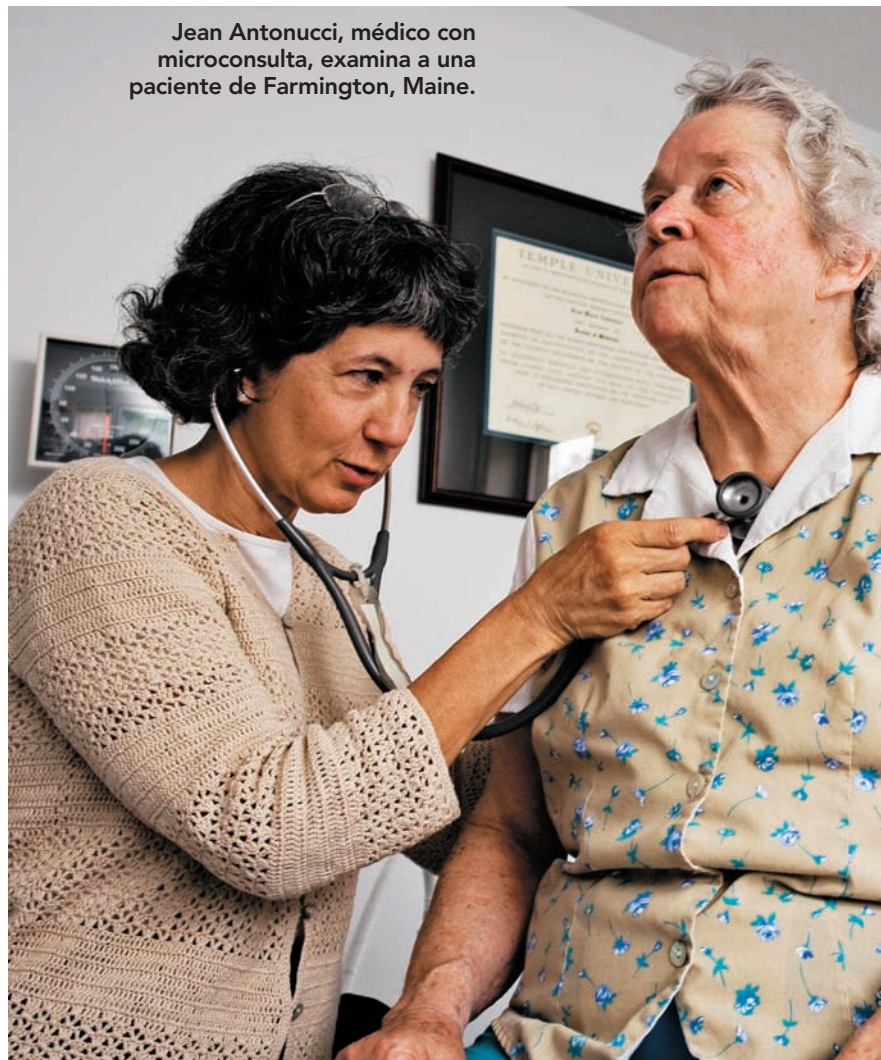
“No necesito empleados,” dice Antonucci, que alquila su consulta a otro médico. “Me sorprende lo bien que funciona este método”.

El método al que se refiere, se conoce en EEUU como microconsulta, y desafía la sabiduría convencional de los expertos en gestión de consultas que recomiendan a los médicos que incrementen su productividad delegando las tareas no relacionadas con la medicina. Por regla general, un médico con microconsulta trabaja sin empleados en un espacio que es drásticamente más pequeño del que tienen los médicos que trabajan solos. Esta austeridad reduce los gastos generales habituales en un 40 ó 50 por ciento, rebajando de ese modo el punto de equilibrio contable y permitiendo que los médicos con este tipo de consultas tengan más tiempo para sus pacientes.

Según Antonucci, que solía acabar agotada tras 25 pacientes cada día, este enfoque minimalista también maximiza la satisfacción con respecto al trabajo. “Ahora puedo tener un equilibrio entre mi vida y mi trabajo y al mismo tiempo mis pacientes reciben una buena asistencia médica”, añade. Ella disfruta encargándose de todo. “La gente pensará que somos fanáticos del control, pero los médicos no somos

felices cuando perdemos el control sobre nuestros pacientes”.

Sin embargo, esta satisfacción tiene un precio. Generalmente, los médicos con microconsultas ganan un 25 por ciento menos que sus colegas, razón por la cual es un método poco utilizado. Gordon Moore, médico de fa-



Jean Antonucci, médico con microconsulta, examina a una paciente de Farmington, Maine.

milia en Rochester, Nueva York, supuesto padre de la tendencia “micro”, calcula que solamente hay algunos cientos de médicos, predominantemente jóvenes, que hayan adoptado este modelo.

Muchos ya se habrán dado cuenta de que la meta de reducir los gastos generales es mejorar la atención al paciente y no únicamente incrementar el mínimo aceptable. Moore asegura que el modelo tradicional de consulta, cuyo énfasis es atender a los suficientes pacientes para alcanzar las ganancias de referencia, es erróneo. “Yo no quiero trastornar los

resultados de mis pacientes por motivos económicos”.

Prácticos e idealistas, los médicos con microconsultas se ven como el futuro de la medicina. ¿Encaja este modelo en su futuro? Hemos entrevistado a estos pioneros para saber qué hace falta para triunfar sin el apoyo de una consulta tradicional.

Los beneficios en cifras

Los médicos con microconsultas están obsesionados con la reducción de costes. Estos son los números que explican el motivo.

Lo más habitual es que los gastos generales de los médicos de Atención Primaria representen entre el 50 y el 60 por ciento de sus recaudaciones. Por ello, si sus gastos generales alcanzan el 60 por ciento y atiende a 25 pacientes al día con una rapidez de cuatro a la hora, 15 de esos pacientes cubren los sueldos de sus empleados, el alquiler, el equipo, las existencias, el seguro por negligencia profesional y otros costes. Los 10 pacientes restantes suponen su compensación.

Pongamos que usted reduce sus gastos generales al 30 por ciento de las recaudaciones, un objetivo que muchos médicos con microconsultas han conseguido deshaciéndose de sus empleados y trabajando en una consulta de 70 metros cuadrados. De este modo, solamente necesita atender a 7,5 pacientes al día (además de los 10 pacientes que representan su sueldo y los beneficios), lo que suma un total de 17,5 pacientes. Con una reducción del 30 por ciento en el número de pacientes diarios podrá alargar el tiempo que pase con cada uno de ellos a 15 ó 20 minutos.

En verdad, los médicos con microconsultas sólo atienden a 10 ó 12 pacientes al día, con una media de 30 minutos invertidos en cada uno. Ocuparse de las tareas que normalmente recaen en los empleados añade algunas restricciones a su productividad. Además, estos médicos prefieren este ritmo más lento aunque afecte a sus ingresos, ya que tienen más tiempo para escuchar e instruir a sus pacientes.

“En mi antigua consulta, era normal que al menos uno de mis pacientes se fuera a su casa sin haber comprendido nada de lo que yo le había explicado”, dice John Brady en Newport News, Virginia, un médico de familia con microconsulta desde 2003. “Ahora, esto me puede pasar una vez cada seis meses”.

Dado que su cantidad de pacientes es menor, Brady y otros médicos como él pueden

El nuevo nombre de las microconsultas enfatiza la calidad de la asistencia

A los médicos con microconsulta les gusta autodenominarse “IMPs”. Este acrónimo inglés con maliciosa connotación solía venir de “micro consulta ideal”, pero los miembros del llamado movimiento microconsulta lo han renombrado y ahora significa “consulta médica ideal”. No sólo los bajos gastos generales son ideales, sino también la calidad de la asistencia médica.

Un consorcio de individuos y grupos tales como el Fondo de la Commonwealth y el Instituto por la Mejora de la Asistencia Médica se encarga de promover esta nueva estirpe de IMPs en un proyecto nacional que intenta medir la calidad de la asistencia que reciben sus pacientes. Un elemento clave del Proyecto de Consultas Médicas Ideales (www.idealmedicalhome.org) es un cuestionario *on line* para los pacientes llamado “¿Cómo está su salud?” y desarrollado en gran parte por el médico de familia John Wasson, también profesor en la Escuela Médica Dartmouth. Además de recopilar la información geográfica y el historial médico, la herramienta le pide al paciente que evalúe la asistencia que ha recibido de su médico, incluso hasta el punto de si considera que ha perdido el tiempo en la consulta. También les pide a los pacientes que describan su nivel de confianza con el médico a la hora de tratar su propia salud.

Las IMPs salen bien paradas. En 2007, en un estudio de Wasson y de Gordon Moore, un médico de familia con microconsulta, el 60 por ciento de los pacientes de una IMP declaró: “He recibido exactamente la asistencia que quería y necesitaba”. Por el contrario, sólo el 35 por ciento de los pacientes de consultas tradicionales estaban “algo” satisfechos con la asistencia que recibieron.

Moore, el principal investigador del proyecto IMP, dice que no es necesario trabajar sólo para tener una IMP. Las consultas médicas ideales también cuentan con médicos de grupos numerosos que han aprendido a trabajar con equipos pequeños y eficientes. “El modelo puede funcionar en Káiser,” añade Moore. “Yo las llamo IMPs por dentro”.

ocuparse sin problemas de los pacientes que precisan una cita ese mismo día o el siguiente. También son mucho más accesibles, puesto que dan su número de teléfono a sus pacientes. “Si es una urgencia, mis pacientes me pueden llamar al móvil en lugar de dejar un mensaje en el contestador de mi consulta, aunque puedan interrumpir la visita de otro paciente”, dice Jean Antonucci. “Ellos no abusan demasiado de este privilegio”.

Como médico con microconsulta, usted puede crear su rutina laboral como prefiera, cuando quiera otro beneficio adicional de este modelo. Aunque existe un esfuerzo por adaptar los principios de las microconsultas a las consultas de grupo, los médicos que siguen este modelo virtualmente trabajan solos. Esta soledad les aporta una autonomía incorporada. Pero disfrutan de mucha más autonomía porque no tienen que persuadir ni engatusar a los empleados para que cambien su manera de trabajar.

Asegúrese bien antes de arriesgarse

Una vez a la semana, Kevin Egly, médico de familia con microconsulta en Sandwich, Illinois, envía un lote de demandas de seguro a la cámara de compensación y se asegura de comprobar que han llegado. Una vez que los aseguradores reducen sus cheques, Egly repasa la exposición de la explicación de los beneficios su *software* de facturación los registra automáticamente para buscar los pagos incompletos.

Para ser un médico Angela Egly, hay que tener muchas ganas de dominar la gestión de ciertos detalles como la facturación. “Este modelo es para aquellos médicos que no temen conocer el lado financiero de la Medicina”, aclara Angela Egly.

Otro requisito indispensable es tener habilidad con las tecnologías de la información que racionalizan el funcionamiento de la consulta y reducen la necesidad de contratar empleados. Los médicos con microconsultas suelen contar con un sistema de registro electrónico del historial médico que genera las demandas de seguro en su programa de gestión de consulta, que puede ser un módulo del propio *software* de registro electrónico del historial médico. “Los candidatos a una microconsulta suelen ser los que siguen una educación médica continuada a través de su moderno teléfono móvil”, comenta Gordon Moore, quien hace seis años escribió un artículo para una re-

vista sobre su experiencia en una microconsulta que inspiró a los Egly y a otros médicos a seguir sus pasos.

Si usted también se ha visto inspirado, necesitará llevar a cabo un análisis financiero completo para determinar si tiene posibilidades de sobrevivir en una microconsulta. Un estudio de 2007 realizado por Moore reveló que la media de ingresos de 12 microconsultas era de 123.000 euros. Eso supone el 75 por ciento de lo que los médicos de Atención Primaria suelen ganar en Estados Unidos, según la Encuesta Exclusiva de Medical Economics en 2008. Sin embargo, el estudio de Moore demostró que las consultas ya habían alcanzado sus ganancias potenciales totales. Este comentario esperanzador también es respaldado por John Brady, que espera llegar a la media de los médicos de cabecera en cuanto liquide los créditos de puesta en marcha.

Puesto que los ingresos son regulares, al menos al principio, una microconsulta no es una buena opción para los médicos que tienen fuera su residencia con una tonelada de deudas médicas, dice Brady. Estos médicos preferirán plantearse trabajar durante unos pocos años en una consulta propia, donde los sueldos son más altos.

Brady y otros médicos también advierten que las microconsultas tienen una tasa de supervivencia más baja en las llamadas “zonas muertas” lugares en los que el coste de vida y



las primas por negligencia son elevados pero los reembolsos de los planes de salud son bajos. “En algunas partes del país esta combinación es prohibitiva”, asegura Gordon Moore. “No veo a nadie capaz de trabajar en los alrededores de Filadelfia”. Por ello, es asunto de los médicos con microconsultas valorar su mercado particular.

Si los problemas económicos han sido superados, considere ahora su propia capacidad para trabajar solo, la desventaja de no contar con empleados, y mucho menos con un compañero. “Hay un poco de aislamiento”, comenta Scott Clemensen, un médico de familia con microconsulta en Canandaigua, Nueva York. “Esa es la razón principal por la que comencé a practicar el pluriempleo trabajando también en un hospital”. Sin embargo, Clemensen añade que los médicos como él pueden ponerse en contacto con otros profesionales a través de los foros de Internet como el foro de discusión “*practiceimprovement1*” en health.groups.yahoo.com (escriba “*practiceimprovement1*” en la casilla de búsqueda).

Compruebe la lista de control de puesta en marcha

Crear una microconsulta implica seguir muchos de los pasos de una puesta en marcha tradicional imprimir las tarjetas de visita, conseguir contratos con los planes de salud y algunos que son exclusivos de este modelo de escasos gastos generales. Tómese todo el tiempo necesario para hacerlo bien. Nancy Guinn, médico de familia, asegura que pasó seis meses planeando su microconsulta antes de abrir sus puertas a los pacientes.

Aprenda de los veteranos. Los médicos que llevan varios años con sus microconsultas pueden hablarle de los secretos del éxito y mantenerle a salvo de reinventar la rueda. Para llegar a ellos, únase al foro de discusión mencionado más arriba o visite el sitio *web* de una microconsulta en idealhealth.wikispaces.com.

Desarrolle un plan de empresa. Establezca el nivel de ingresos que pretende alcanzar, calcule los gastos generales, y proyecte lo que espera recaudar por parte de terceros pagadores y de los pacientes que pagan por ellos mismos basándose en un número de visitas al día. Rebaje sus gastos generales o aumente el volumen de pacientes cuanto sea necesario para llegar a los ingresos que se ha puesto como objetivo. Una hoja de cálculo en idealhealth.wikispaces.com, uno de los muchos recursos educativos del sitio, puede ayudarle a manejar los números.

Encuentre una consulta. La solución más simple es alquilar una o dos habitaciones a otro médico, aunque poder trabajar todo el día en una consulta de 30 ó 70 metros cuadrados sin padecer claustrofobia depende de la personalidad de cada uno. Comience con el menor espacio posible, aconseja Gordon Moore. “Demasiado espacio y un contrato de arrendamiento largo han causado el fracaso de muchos médicos”.

“Trabajar fuera de casa es otra opción, en el supuesto de que las regulaciones locales así se lo permitan. Si no se siente seguro con los pacientes dentro de su casa, esta alternativa no es para usted”, deja claro Nancy Guinn.

Un vistazo rápido a las microconsultas

¿Qué es?

Una consulta con gastos generales un 40 ó 50 por ciento más bajos que la gran mayoría de consultas tradicionales, que por lo general se consigue trabajando en espacios pequeños y no contratando empleados.

¿Para quién es?

Para médicos que quieren pasar más tiempo con sus pacientes y desean ocuparse de todas las facetas de la gestión de una consulta ellos mismos.

¿Quién debe evitarlas?

Los médicos que aún están pagando deudas y los que trabajan en zonas en las que los reembolsos por parte de terceros son bajos y las primas por negligencia y el coste de vida son elevados.

Beneficios

La libertad de pasar más tiempo con menos pacientes.

Inconvenientes

Ingresos limitados.

Mayor probabilidad de sufrir aislamiento profesional.

«Este modelo es para aquellos médicos que no temen conocer el lado financiero de la medicina»

—Angela Egly, MD



Póngase al día con la informática. Guinn se ha olvidado del papel con una combinación improvisada de *software* de bajo coste. Ella recibe los resultados del laboratorio, por ejemplo, como faxes electrónicos a través de un programa de sistema telefónico llamado OneBox y los sube al programa de gestión de documentos llamado UpBox. Gracias a UpBox puede enviar el fax a los pacientes en forma de archivo adjunto en un e-mail y archivarlo en su registro electrónico del historial médico, todo en cuestión de segundos. “La clave de trabajar con eficiencia es ocuparse de cada cosa sólo una vez”, asegura Guinn.

Esta médico de Albuquerque utiliza un ordenador conectado a la red popularizado por Scott Clemensen, que ayuda a los médicos con microconsultas a digitalizar a través de un programa llamado The IMP Technology Solution (www.imptechsolution.com). Clemensen calcula que los gastos invertidos en su *hardware* y *software* recomendado durante el primer año son de 5.000 ó 6.000 euros.

Establezca un sistema de facturación y recaudación. Si elige hacerlo todo usted mismo, plantéese tomar unas clases de facturación y recaudación en su sociedad médica o Asociación de Gestión de Grupo Médico local. Algunos médicos con microconsultas eluden esta tarea y contratan a un cobrador para un día a la semana. Jean Antonucci envía las demandas de seguro a una empresa de cobro, que se queda con el 8 por ciento de su recaudación.

Sopese los pros y contras de un empleado. Algunos médicos con microconsultas se permiten el lujo de contratar a un asistente médico para aumentar el volumen de pacientes, pero Gordon Moore aconseja renunciar a ello al principio para asegurar el éxito económico. “Cuando puedes permitirte tener un empleado, sabes qué tipo de asistente médico necesitas”, añade. Sólo recuerde que un empleado no sólo implica un gasto extra, sino también un trabajo extra, tanto si se trata de presentar los impuestos sobre la nómina o de realizar una revisión anual.

Deshágase de sus peores seguros. Si está convirtiendo su consulta tradicional en una versión muy limitada de la misma, ya no podrá (o no necesitará) atender a tantos pacientes. Para reducir el tamaño de su lista de pacientes, identifique los planes de salud con las tasas más elevadas y abandónelos.

Aférrese a sus principios. Nancy Guinn rechaza pacientes nuevos de manera que puede mantener un ritmo de 10 ó 12 visitas al día, aunque gane un 20 por ciento menos que cualquier médico de Atención Primaria. “No puedo hacer lo que hago en cuanto a la asistencia a mis pacientes y aumentar el tamaño de mi lista de pacientes”, dice Guinn. “Terminaría contratando a al-

Haga que su microconsulta funcione

- ▶ Determine si el modelo es económicamente viable en su región.
- ▶ Averigüe cómo funcionan otras microconsultas.
- ▶ Elabore un plan de empresa.
- ▶ Encuentre una consulta de unos 60 metros cuadrados.
- ▶ Consiga herramientas informáticas para aumentar su eficiencia.
- ▶ Deshágase de sus seguros más caros.

gún empleado, con gastos generales elevados y con visitas más cortas que en una consulta tradicional”.

El ritmo demasiado rápido de una consulta tradicional desalienta a muchos estudiantes de medicina, que dejan de interesarse por la Atención Primaria. Sin embargo, la satisfacción que los médicos y los pacientes obtienen en las microconsultas podría cambiar esta tendencia, afirma Gordon Moore. “Más gente se sentiría atraída hacia Atención Primaria cuando se trata de una experiencia plenamente satisfactoria, y los médicos pueden intentar alcanzar la excelencia con sus propias condiciones”, concluye. ■

Inversiones

¿Hora de invertir en la libra?



Natalia Aguirre Vergara*

» El Reino Unido está inmerso en la peor crisis de los últimos 20 años, que se ha traducido en una caída de su PIB del 1,5 por ciento trimestral en el cuarto trimestre de 2008.

» La clave de una futura recuperación sostenida de la divisa británica estará en la evolución de su sector financiero, clave a su vez para el funcionamiento de la economía.

La libra esterlina ha pasado de 1,50 euros por unidad a niveles cercanos a la paridad, lo que supone que la divisa británica ha perdido en este período un 25 por ciento de su valor. Pero, ¿cuáles son las razones de este ajuste? ¿Se ha descontado ya todo lo malo y es momento de apostar por una mejora sostenida de su cotización?

No se puede negar que el Reino Unido está inmerso en la peor crisis de los últimos 20 años, que se ha traducido en una caída de su PIB del 1,5 por ciento trimestral en el cuarto trimestre de 2008, afectado principalmente por el declive de la construcción, que podría haber retrocedido más de un 10 por ciento en 2008 (los precios de la vivienda caen ya a tasas del 20 por ciento interanual) y del consumo, que podría acabar el año 2008 con una caída superior al 1 por ciento (afectado por la restricción crediticia y el incremento del paro).

Sin embargo, donde se centran las mayores preocupaciones es en el claro deterioro de sus cuentas públicas, perjudicadas por los numerosos planes de rescate al sistema financiero británico. Según la Comisión Europea, el Reino Unido podría ser la economía europea que más incrementado vea su déficit público en los próximos dos años, lo que genera una elevada incertidumbre sobre el sector financiero británico, pero también sobre el propio país. Si a esto le añadimos la política monetaria fuertemente expansiva del Banco de Inglaterra, que ha recortado sus tipos de interés de forma agresiva hasta situarlos en mínimos históricos, y el déficit por cuenta corriente de Reino Unido, no es de extrañar que la libra haya llegado a cotizar en sus mínimos históricos, en un contexto en el que incluso se ha llegado a barajar una posible rebaja de su *rating* crediticio. Tras la caída registrada por

la libra, podríamos decir que está infravalorada en torno a un 25 por ciento frente al euro, pero, ¿es momento ya de entrar en libras o volveremos a ver niveles inferiores?.

La clave de una futura recuperación sostenida de la divisa británica estará en la evolución de su sector financiero, clave a su vez para el funcionamiento de la economía, y de la eficacia de las medidas adoptadas tanto por el gobierno británico como por el Banco de Inglaterra para salir gradualmente de la recesión. En la medida en que estas decisiones tengan el efecto buscado, creemos que podemos afirmar que, con una visión de medio plazo, la libra debería tender a apreciarse y recuperar buena parte del terreno perdido frente al euro.

A nivel bursátil, el índice selectivo Footsie 100, principal representante de la Bolsa del Reino Unido, podría asimismo registrar un mejor comportamiento relativo a otros índices bursátiles internacionales, en la medida en que se trata de un índice bastante defensivo. Esto es debido a su composición sectorial: tras la fuerte caída registrada por el sector financiero, en general y el británico, en particular, las financieras tienen muy poco peso relativo en el Footsie, que está mucho más sesgado hacia otros sectores, como el de telecomunicaciones, farmacéutico, consumo no cíclico o petrolero.

De hecho, entre los diez valores con mayor ponderación en el Footsie, que suponen prácticamente un 50 por ciento del índice, tan sólo encontramos una financiera (HSBC), mientras que el resto pertenecen a los sectores de petróleo y gas (BP, Royal Dutch, British Gas), farmacéutico (Astrazeneca, GlaxoSmithKline), telecomunicaciones (Vodafone) y consumo no cíclico (British American Tobacco, Tesco). ■

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

Valores del mes

Infravalorados

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

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Iberdrola es la primera eléctrica española por capitalización bursátil y por cuota de mercado (30 por ciento generación, 40 por ciento distribución). En los últimos dos años, ha pasado de ser la segunda eléctrica española a convertirse en líder mundial de energías renovables y ha aumentado significativamente su internacionalización. Del total de su beneficio operativo bruto, un 60 por ciento es aportado por el negocio de internacional y renovables, mientras que el negocio tradicional en España ha reducido su aportación hasta un 36 por ciento del total, frente al 99 por ciento del año 2000. Una vez eliminadas durante el pasado año las incertidumbres en torno a la adquisición de Energy East, la aten-

ción de los inversores debería volver a los fundamentales de la eléctrica, que son sólidos. La estrategia de la compañía se basa fundamentalmente en el crecimiento en renovables.

Indra es una de las compañías que presenta una mejor visibilidad de resultados, incluso en un entorno económico recesivo. Además, su exitosa historia a la hora de cumplir sus objetivos, da una mayor validez a sus previsiones. Confiamos en que sus títulos sigan comportándose mejor que el Ibex gracias a su visibilidad de negocio, a su creciente exposición al mercado internacional, al carácter anticíclico de muchos de los proyectos que desarrolla y a su exposición al sector público tanto a nivel nacional como internacional.

Los elegidos

Iberdrola. A nivel corporativo se han suavizado las expectativas de movimientos en torno a la eléctrica. Sin embargo, consideramos que los múltiples implícitos en la compra de Unión Fenosa por Gas Natural son una clara muestra más de la infravaloración relativa de Iberdrola. Consideramos el castigo de Iberdrola excesivo, afectado por la incertidumbre regulatoria, posibles salidas del capital por necesidades de liquidez de algunos de sus accionistas y moderación de las expectativas de movimientos corporativos. Esta brusca caída ha dejado la cotización en niveles atractivos, algo por encima de la media europea aunque por sus mayores perspectivas de crecimiento merece cotizar con prima.

Indra. Presenta un gran historial a la hora de cumplir e incluso exceder sus objetivos financieros, mientras que su buena capacidad de generar caja le ha permitido mantener un balance muy saneado. La compañía ha presentado unos objetivos de crecimiento satis-

factorios de cara a 2009, en un escenario macroeconómico muy complicado. Su cartera de pedidos otorga una buena visibilidad a los resultados futuros, que se verán apoyados por el amplio conocimiento de las necesidades y oportunidades del mercado y desarrollo efectivo de la tecnología, que cubre un amplio espectro de aplicaciones (defensa, sistemas de control y seguridad, recuentos electorales), en un gran número de sectores (transporte y tráfico, telecomunicaciones, AAPP y sanidad, financiero y seguros, energía e industria). ■

Concepto	Iberdrola	Indra
Ticker	IBE	IDR
PER 2009	10	13
Rentab. dividendo (%)	5,8	4,2
Precio actual	5,7	14,34
Precio objetivo	7,5	17,9

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 28/4/2009

Deducciones estatales

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Vivienda habitual

¿Qué se entiende por vivienda habitual?

Con carácter general, la edificación que constituya la residencia del contribuyente durante un plazo continuado de, al menos, tres años. Es necesario que el contribuyente habite dicha edificación, de manera efectiva y con carácter permanente, en un plazo no superior a doce meses contados desde la fecha de adquisición de la vivienda o desde la fecha de terminación de las obras de su construcción.

No obstante, en ocasiones la vivienda puede ser habitual aunque no se cumpla este plazo de tres años de residencia efectiva. Eso ocurrirá cuando se produzca el fallecimiento del contribuyente o concurren otras circunstancias que necesariamente exijan el cambio de domicilio, como por ejemplo, la celebración de matrimonio, la separación matrimonial, el traslado laboral, la obtención del primer empleo o el cambio de empleo, etc.

Deducción por inversión en vivienda habitual

¿Cuándo es aplicable la deducción por inversión en la vivienda habitual?

Como sabemos, la inversión en la vivienda habitual genera en el adquirente el derecho a una deducción en la cuota íntegra de su IRPF. Los supuestos en los que se permite esa deducción son los siguientes:

1. Adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual.
2. Construcción o ampliación de la vivienda habitual.
3. Cantidades depositadas en cuentas vivienda.
4. Obras e instalaciones de adecuación de la vivienda habitual del contribuyente por razón de minusvalía.

Porcentaje de deducción

¿Cuánto me puedo deducir por la inversión que he realizado en la vivienda en la que habitualmente resido?

Actualmente el porcentaje de deducción es el 15 por ciento de las cantidades satisfechas para la inversión en vivienda habitual, siendo 9.015 euros anuales la base máxima de deducción. En el supuesto de realizar obras e instalaciones de adecuación de la vivienda habitual por razón de minusvalía el importe máximo de la inversión con derecho a deducción se amplía a 12.020 euros anuales.

Es importante tener en cuenta que quienes adquirieron su vivienda habitual con anterioridad al 20 de enero de 2006 y utilizaron financiación ajena pueden seguir beneficiándose de los porcentajes de deducción incrementados que preveía la anterior Ley del IRPF (un 25 por ciento sobre los primeros 4.507,59 euros de inversión durante los dos años siguientes a la adquisición y el 20 por ciento después, siempre que el importe financiado del valor de adquisición o rehabilitación de la vivienda supusiera, al menos, un 50 por ciento de dicho valor y durante los tres primeros años no se hayan amortizado cantidades que superen en su conjunto el 40 por ciento del importe total solicitado).

Cuentas ahorro vivienda

¿Qué tratamiento fiscal tienen las cuentas ahorro vivienda?

Quienes depositen cantidades en entidades de crédito para la primera adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual, pueden aplicar, con el límite de 9.015 euros anuales, una deducción en la cuota íntegra de su IRPF del 15 por ciento de dichas cantidades.

Estas cantidades deben estar en cuentas separadas de cualquier otro tipo de imposición y los saldos de las mismas tienen que destinarse exclusivamente a la primera adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual del contribuyente. Asimismo, como regla general se requiere que el inversor adquiera su vivienda habitual dentro del plazo de cuatro años desde la apertura de dicha "Cuenta Ahorro Vivienda".

» La Ley del IRPF permite este año por primera vez a los arrendatarios (inquilinos) poder deducirse el 10,05 por ciento de las cantidades satisfechas en 2008 por el alquiler de su vivienda habitual.

» Se entiende por vivienda habitual la edificación que constituya la residencia del contribuyente durante un plazo continuado de, al menos, tres años.

Excepcionalmente, los saldos de las cuentas vivienda que, por finalización del plazo de cuatro años, debieran destinarse a la primera adquisición o rehabilitación de la vivienda habitual del contribuyente en el período comprendido entre el día 1 de enero de 2008 y el día 30 de diciembre de 2010 (es decir aquellas cuentas cuya apertura se haya producido a partir de 1 de enero de 2004), podrán destinarse a dicha finalidad hasta el día 31 de diciembre de 2010 sin que ello implique la pérdida del derecho a la deducción por inversión en vivienda habitual. Lo anterior no permite ampliar la deducción a las cantidades que se depositen en dichas cuentas vivienda una vez transcurrido el plazo de cuatro años desde su apertura.

Alquiler de la vivienda habitual

¿Cuál es la deducción por el alquiler de la vivienda habitual?

La Ley del IRPF permite este año por primera vez a los arrendatarios (inquilinos) poder deducirse el 10,05 por ciento de las cantidades satisfechas en 2008 por el alquiler de su vivienda habitual, siempre que su base imponible (ingresos) sea inferior a 24.020 euros anuales.

La base máxima de esta deducción es de 9.015 euros anuales cuando la base imponible del arrendatario es igual o inferior a 12.000 euros anuales, y 9.015 euros menos el resultado de multiplicar por 0,75 la diferencia entre la base imponible y 12.000 euros anuales, cuando la base imponible esté comprendida entre 12.000,01 y 24.020 euros anuales.

Cuenta ahorro-empresa

¿Qué deducción tienen las cuentas ahorro-empresa?

Para facilitar la creación de empresas y reorientar el ahorro hacia el desarrollo de nuevos negocios la Ley del IRPF prevé una deducción del 15 por ciento sobre una base máxima de deducción de 9.000 euros anuales, por las cantidades que se hayan depositado en 2008 en una entidad de crédito en una "cuenta ahorro-

empresa" destinada a la constitución de una Sociedad Nueva Empresa, regulada en el capítulo XII de la Ley 2/1995, de 23 de marzo, de Sociedades de Responsabilidad Limitada.

Donativos

¿A qué deducción dan derecho los donativos?

Dan derecho a una deducción del 25 por ciento de su importe las donaciones y aportaciones irrevocables realizados en favor de las entidades e instituciones previstas en la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo, entre las que cabe destacar las fundaciones, asociaciones declaradas de utilidad pública, organizaciones no gubernamentales, delegaciones de

Actualmente el porcentaje de deducción es el 15 por ciento de las cantidades satisfechas para la inversión en vivienda habitual, siendo 9.015 euros anuales la base máxima de deducción

fundaciones extranjeras inscritas en el Registro de Fundaciones, federaciones deportivas españolas, iglesia católica, Cruz Roja Española y la Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Dan derecho a una deducción del 30 por ciento las cantidades donadas o satisfechas a determinadas entidades que se destinen por las mismas a la realización y desarrollo de actividades y programas prioritarios de mecenazgo.

Y por último, dan derecho a una deducción del 10 por ciento las cantidades donadas a las fundaciones legalmente reconocidas que rindan cuentas al órgano del protectorado correspondiente, así como a las asociaciones declaradas de utilidad pública no comprendidas en la citada Ley 49/2002. ■

1,6 créditos



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

Enseñanza no reglada sin carácter oficial

FORO CIENTIFICO SEXOLOGIA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009
Colegio Oficial de Médicos de Valencia

PROGRAMA AVANZADO

Viernes tarde, 12 de junio de 2009

17.30 Conferencia inaugural:

"El rompecabezas de la sexualidad"

José Antonio Marina

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

18.30-21.00 MESA CIENTÍFICA: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD

Moderador: Antonio Casaubón Alcaraz

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

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

María Lameiras Fernández

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

Sexualidad masculina: a propósito de la
andropenia

José Luis Arrondo Arrondo

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

Sexualidad femenina: menopausia

Francisco Donat Colomer

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

**Sexualidad en las parejas de mediana
edad**

José Cáceres Carrasco

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

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

Ramón González Correales

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

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

Marta Arasanx Roche

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

Debate

Sábado mañana, 13 de junio de 2009

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

Moderadora: Mercedes Pons Esteve

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

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

Felipe Hurtado Murillo

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

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

Marcelino Gómez Balaguer

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

Cirugía de reasignación sexual

Iván Mañero Vázquez

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

Aspectos legales de la transexualidad

Carlos Díez Lirio

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

Debate

11.30 Café

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

Moderadora: Adriana Rey Anastasi

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

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

Fernando Esparza Morera

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



Sábado tarde, 13 de junio de 2009

Terapias biológicas para agresores sexuales

José Díaz Morfa

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

Aspectos forenses de la violencia sexual.

Purificación Beltrán Aleu

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

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

Susana Gisbert Grifo

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

Debate

14.00 Comida de trabajo

16.30-18.30 MESA DE COMUNICACIONES LIBRES

Moderadora: Olatz Gómez Llorens

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

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

Moderador: Carlos San Martín Blanco

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

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

20.00 Acto de clausura

COMITÉ ORGANIZADOR

Felipe Hurtado Murillo
Presidente

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

COMITÉ CIENTÍFICO

Carlos San Martín Blanco
Presidente

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

Con la colaboración de:



AES



FLASSES



AESC



APISS

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 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 Drug Farma (Spanish Publishers Associates, S.L.; Prodrug Multimedia, S.L.; Drug Farma, S.L.). Ud. tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta certificada remitida a DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.: c/ Antonio López, 249-1º, 28041 Madrid.

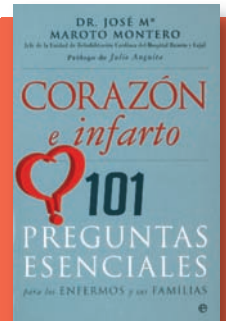
Cultura

LIBROS

¿Puedo tener un infarto?

En España se producen anualmente más de 70.000 infartos, siendo la causa más habitual de fallecimiento en los países desarrollados. El libro *Corazón e infarto. 101 preguntas esenciales*, escrito por el director de la unidad de rehabilitación cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, José María Maroto, y publicado por La Esfera de los Libros, explica cómo funciona el aparato cardiocirculatorio, los métodos diagnósticos, el tratamiento y algunos efectos como la disfunción eréctil e incluye recomendaciones sobre los hábitos de vida y alimentación. Maroto subrayó la importancia de un programa terapéutico con actuaciones físicas, atención psicológica y el control de factores de riesgo como el tabaquismo, el estrés, el sedentarismo o la hipertensión arterial, tras haber sufrido un infarto.

Por su parte, Julio Anguita, encargado del prólogo de la obra aseguró que “aparte del rigor y la calidad científica del libro, su lectura es necesaria para los familiares y los propios enfermos” y añadió que “esta obra es importantísima por su aportación presente a la medicina conararia española”.



Título: *Corazón e infarto. 101 preguntas esenciales*
 Edita: La Esfera de los Libros
 Autor: José María Maroto

EXPOSICIONES

La lucha contra la malaria

La Biblioteca Nacional acoge una exposición que analiza, a través de un recorrido cronológico, la lucha contra la malaria a lo largo de su historia, con el objetivo de concienciar acerca del problema que supone hoy en el mundo, así como ilustrar la importancia que tuvo en países de clima templado, y la manera en que se combatió esta enfermedad en países como España. La exposición contiene un total de 150 piezas, entre las que se incluyen manuscritos, libros, dibujos, láminas, fotografías, carteles, instrumental de investigación y objetos médicos y farmacológicos. La muestra se puede visitar hasta el 7 de junio en la Biblioteca Nacional (Paseo de Recoletos, 20-22. Madrid).



La expulsión de los moriscos

La Universidad de Valencia, a través de la Fundación General de la Universidad de Valencia, y la Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales, con el patrocinio de Bancaja, han organizado la exposición “Entre tierra y fe. Los musulmanes en el reino cristiano de Valencia (1238-1609)”, que da a conocer la vida de los valencianos musulmanes bajo el reino cristiano fundado por Jaime I. La muestra pone de relieve la lucha interior que sostuvieron los moriscos entre el apego a su tierra y el sentimiento religioso hacia su fe a finales de la Edad Media y comienzos de la Moderna. Se puede visitar en la Sala de Exposiciones de Estudi General (C/ Universidad, 2. Valencia) hasta el 1 de junio.



MÚSICA

Ópera romántica para todos

Con el fin de hacer llegar la ópera a todo tipo de público el Teatro Compac Gran Vía de Madrid y la Compañía de Opera Romántica presentan hasta el 14 de junio un ciclo de Opera Romántica Italiana que incluye “La Bohème” de Giacomo Puccini hasta el 10 de mayo, “Madame Butterfly”, también de Puccini, del 12 al 24 de mayo, “Rigoletto” de Giuseppe Verdi del 26 al 31 de mayo y para finalizar “La Traviatta” también de Verdi, del 2 al 14 de junio. Además los sábados y domingos en función matinal se presentará “Jugando con la Flauta Mágica” de Mozart, con el fin de iniciar a los más pequeños al mundo de la ópera. Se recomienda para niños a partir de 5 años.



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:



Revised by:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada



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.
Consorti Sanitari de Terrassa. Barcelona.

Luis Arantón

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

Esther Armans

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

Josep M. Petit

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

Xavier Teixidó

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



antisepsia y desbridamiento

TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

Unidad 2 Desbridamiento

COORDINADOR

Justo Rueda

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

AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

Con el aval de



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

Patrocinado por



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

www.medeco.es

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Internet

Sólo el 11,4 por ciento de alojamientos rurales cobra 'on line'

Sección patrocinada por



El buen comportamiento del turismo de interior –particularmente los establecimientos rurales– está siendo una de las pocas sorpresas agradables que depara la actual situación económica, cuya deriva está provocando el auge de este tipo de turismo que ha irrumpido en la oferta de ocio de los españoles gracias –entre otras cosas– a la incorporación de las nuevas Tecnologías de la Información.



Buena parte del sector del turismo rural desconoce las aplicaciones de las nuevas tecnologías para su negocio.

Datos como que más del 75 por ciento de empresas del sector disponen de página *web* y cerca del 90 por ciento acceden a Internet y utilizan el e-mail como medio de comunicación con sus clientes, o que el 44 por ciento de los propietarios reconoce que su mejor escaparate es In-

ternet mueven al optimismo, pero no ocurre lo mismo con aspectos cualitativamente importantes como la gestión del negocio.

De hecho –según un estudio de Red.es– solamente el 11,4 por ciento de establecimientos rurales tiene en su *web* la posibilidad de realizar el pago *on line* de una reserva. El establecimiento de “centrales de reservas” no se ha generalizado, aunque asociaciones como Autural –que agrupa a 3.000 propietarios de alojamientos de toda España– cuenta con una potente agencia para información y reservas.

Una buena parte del sector, prosiguen las conclusiones del estudio, no conoce la posible aplicación para su negocio de los nuevos usos y tecnologías adaptadas a la gestión turística y hotelera, tales como la georeferenciación o la participación en *blogs* turísticos.

Mirando al futuro, los autores del informe ponen deberes al turismo rural en España: debe analizar y segmentar mejor su público objetivo; desarrollar el comercio electrónico como canal prioritario e incorporar recursos tecnológicos como herramientas de gestión y de apoyo a nuevos servicios asociados a su actividad. ■

La fiebre de la roja

Desde la pasada Eurocopa 2008 que ganó la selección española de fútbol, se están batiendo récords de seguimiento nunca vistos. En junio hay otra cita que puede acabar con un nuevo éxito antes del Mundial de Sudáfrica. <http://es.fifa.com/confederationscup/index.html>



Los pájaros de tu ciudad

Esta *web* colombiana permite al internauta informarse sobre los pájaros que habitan en cualquier ciudad del mundo, desde los más exóticos a los más comunes. <http://www.geolocalizador.com/ciudad-cienaga-los-pajaros-X3675994.html>



CIBERCONSEJOS

Sin vídeos musicales YouTube en Alemania

YouTube y la sociedad de derechos de autor alemana GEMA no han llegado a un acuerdo sobre la remuneración por la emisión de vídeos musicales, acuerdo que expiró el 31 de marzo. YouTube no está dispuesto a cumplir las exigencias de transparencia de GEMA, que dice representar a 60.000 artistas en Alemania, sobre la utilización de música.

Lugo, la ciudad más europea

El dominio de Internet europeo “eu” ha cumplido tres años en los que ha superado los tres millones de registros y se ha convertido en el noveno nombre de dominio más popular en el mundo, destacando como ejemplo la ciudad española de Lugo, que otorga gratuitamente direcciones de correo electrónico “eu” a sus residentes al considerar que refuerzan tanto su identidad local como europea.



Golf

Green Cantabria 2009

Una gran feria de Golf en Santander

Del 14 al 17 de mayo se celebrará en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Santander la primera edición de Green Cantabria.

Resulta indiscutible afirmar que el golf está de moda y que, en España, ha cobrado una relevancia enormemente significativa. No hay más que observar los datos que hacen referencia al número de jugadores federados o hacer un recorrido por los más de 300 campos de juego repartidos por todo el país. Y es que la práctica de este deporte genera, tan sólo en el sector turístico e inmobiliario español, más de 2.300 millones de euros anuales. Cantabria se ha convertido en una de las comunidades autónomas con mayor número de licencias federativas de golf por habitante: unas 9.200. Ahí existen 13 campos de muy diversa índole y trazado, que disponen de todos los servicios necesarios para el golfista. Además, la Federación cuenta

con 17 clubes y otras tantas escuelas de gran calidad.

En un contexto tan favorable como éste, tendrá lugar, del 14 al 17 del próximo mes de mayo en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Santander, la Feria Internacional de Golf Green Cantabria, un certamen dedicado exclusivamente al mundo del golf, desde todos y cada uno de sus ángulos. Esta feria, que ofrece una novedosa y actualizada respuesta a la gran demanda ejercida desde el mundo del golf, nace con clara vocación continuista y pretende convertirse en punto de encuentro y referencia para aficionados, profesionales y empresas del sector, erigiéndose como la marca impulsora de la actividad golfística en la región. La fuerte inversión realizada en sectores tales como la construcción de

campos y complejos hoteleros, así como el turismo, muy asociado al golf en los últimos años, tendrá una gran presencia en dicho evento.

La feria dispondrá de una superficie expositiva de unos 5.000 metros cuadrados y se espera la presencia de más de cien expositores y marcas de ámbito nacional e internacional, y cerca 10.000 visitantes. Green Cantabria ofrecerá al visitante las principales novedades del mundo del golf encuadradas en la promoción turística privada, promoción turística institucional, campos de golf públicos y privados, federaciones de golf y escuelas, marcas y material deportivo, empresas especializadas en organización de torneos, fabricantes y proveedores e importadores de maquinaria para campos. ■

El día más golfístico de Andalucía

Sesenta y seis jugadores participaron en la competición anual del Día de Andalucía celebrada recientemente en La Cala Resort en Mijas (Málaga). A pesar de una leve llovizna, el día fue un gran éxito y al finalizar el juego, los jugadores pudieron degustar de una variada selección de tapas típicas andaluzas. Para acelerar el juego, en cada *buggy* se colocó información sobre los tiempos estimados en los que se debía completar cada parte del campo. Gracias a este esfuerzo, las partidas resultaron más rápidas que en ediciones anteriores. La mejor puntuación fue la conseguida por el jugador con *handicap* 4, Nick Whiting con 39 puntos (35 puntos brutos), en la categoría junior. En la categoría masculina, venció el jugador con *hándicap* 9, Paul Massey con 37 puntos mientras que en la femenina la ganadora con 34 puntos fue Sylvia Robbins de *handicap* 22. Como colofón, un ex capitán del club consiguió un hoyo en 1 en el noveno hoyo.



Nick Whiting con Gabriel De la Rosa y Ana Nyblom de La Cala Resort.

CLASIFICADOS

EMPLEO

El Servicio de Neurocirugía del Hospital de León, precisa:

MÉDICO ADJUNTO

Trabajo estable de larga duración.

Título de especialidad y capacidad de incorporación inmediata.

Los interesados pueden contactar con el doctor Jose G^a. Cosmalón. Teléfono: 987 23 74 00, ext 1294

El Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León precisa:

PROFESIONALES SANITARIOS PARA HOSPITALES PÚBLICOS DE LA COMUNIDAD

Se ofrece:

Contratos de tipo estable.
Salario bruto anual 47.000 euros.
Posibilidad de realización de guardias remuneradas en función del servicio.

Interesados envíen su CV a la siguiente dirección: dgarcia@iecscyl.com.
Teléfono 983 45 7 591. Fax: 983 45 76 88.

El Complejo Hospitalario de Toledo, oferta:

2 PLAZAS DE NEUROCIURUGÍA

Se requiere:

Título de la especialidad y guardias de presencia física.

Se ofrece:

Contrato indefinido.
Los interesados pueden contactar con el doctor Hernández Moneo. Teléfono: 972 256400, ext 49995. E-mail: jhernandez@sescam.jccm.es

IMAGEN Y SONIDO



Técnicas Audiovisuales Combinadas
Recursos de imagen y sonido
Sistemas interactivos
Traducción simultánea

Antonio López, 237
28041 Madrid • Tel.: 606 14 76 46

Grupo Hospitén selecciona:

MÉDICOS PARA HOSPITALES EN GRAN CANARIA

Se ofrece:

Atractiva remuneración. Incorporación a una sólida empresa en expansión. Formación continua y posibilidades de desarrollo profesional.

Se requiere:

Titulación vía MIR u homologación del Ministerio de Educación y Ciencia de España.

Enviar historial detallado con fotografía reciente y carta de presentación indicando la referencia a la que opta a la dirección: empleo@hospiten.com.

Consorcio Hospitalario de Vic (Barcelona) ofrece una plaza de:

MÉDICO ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

Se ofrece:

Contratación indefinida a dedicación completa. Retribución según Convenio XHUP. Acceso a colaboraciones docentes universitarias.

Se requiere:

Título de especialista en Urología, obtenido preferentemente vía MIR.

Enviar *curriculum vitae* y documentación acreditativa a la Dirección de Recursos Humanos del Consorcio Hospitalario de Vic. C/ Francesc Pla "El Vigatà", 1, 08500 Vic (Barcelona)
Tel.: 93 889 11 11, extensión 1011.
E-mail: seleccio@chv.cat

CONGRESOS

DRUG FARMA

CONGRESOS, S.L.

Organización de congresos con un servicio integral y diferenciado: apoyo de expertos en diseño gráfico, edición, desarrollo web y multimedia, y comunicación.

Antonio López, 249 (1^º)
28041 Madrid
Tel.: 91 792 13 65
info@drugfarmacongresos.com
Contacto: Lourdes Panizo

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, en Sevilla, selecciona:

MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Se requiere:

Especialidad vía MIR.
Experiencia quirúrgica.
Interesados enviar *curriculum vitae* a aljarafe.rh@sjd.es.
Teléfonos: 955 05 91 53/
955 05 91 94.
Más información: www.hslda.es