

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 112

22 de mayo de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

## MESA REDONDA:

Aseguradoras vs. clínicas  
y consultas privadas

# Una relación de amor-odio

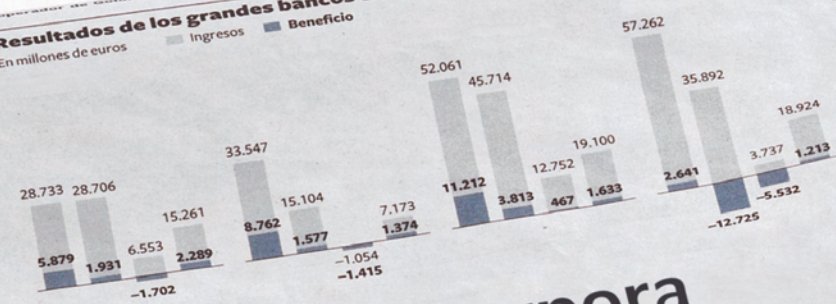
Pág. 28

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

### Resultados de los grandes bancos en EE UU

En millones de euros



banco por activos, juega en la misma liga. La entidad multiplicó por tres el beneficio con el que

### Varias empresas importantes del sector anuncian ganancias en 2009

cerró el cuarto trimestre de 2008, año que cerró con unas ganancias tres veces más bajas que en 2007. El negocio de banca de inversión registró un beneficio récord de 1.600 millones. Y como no 1.590 millones en el trimestre, tajada de los fondos masivos que se están empleando para descongelar el crédito. Pero el banco se enfrenta a otro problema: el consumidor sigue bajo una fuerte presión y se teme que la próxima burbuja en estallar sea la de la deuda de las tarjetas de crédito. América, junto a Bank of América, no 1.590 millones en el trimestre, da por las ayudas del Tesoro, también parece ver la luz. No hace ni siquiera dos meses se temía por su nacionalización. La entidad gastó 1.590 millones en el trimestre, sus primeros beneficios en 18 meses. En el último trimestre de 2008, América golpeó al sistema con unas pérdidas de 8.290 millones de dólares y sembró el pánico en el mercado. Ahora en un trimestre ha multiplicado por cinco sus ingresos y gracias a la banca de inversión vuelve a la vida. O eso parece.

# Sanitas incorpora la cobertura gratuita de protección de pagos en caso de desempleo.

condiciones para capear la crisis sin el sustento público o si necesitarán por el contrario una ayuda extra. Es un momento que se aguarda con expectativa. Aunque la Reserva Federal y la Casa Blanca observan

cierros de EE UU utilizan los últimos resultados para amasar dinero para el futuro. Pero para convencer a los inversores y para que el repunte en Wall Street sea sostenido, deben demostrar que pueden

vos tóxicos vinculados a deuda de mala calidad, y ese proceso llevará tiempo. Lo que temen los analistas a partir de todo esto es que la banca esté tratando en exceso de probar que todo va mejor que bien.



## Más tranquilidad cuando más lo necesitas.

En Sanitas sabemos que, pase lo que pase, tu salud y la de los tuyos es lo más importante.


Por eso, hemos incorporado una **cobertura gratuita** por la que, en caso de encontrarte en situación de desempleo, nos hacemos cargo del importe de la prima de tu póliza durante 6 meses\*.

Llama e infórmate  
**901 200 401**  
[www.sanitas.es](http://www.sanitas.es)



A tu lado, en todo momento

\* Coberturas aplicables a tomadores de pólizas de seguro individuales excluyendo los siguientes productos Sanitas Health Plan, Sanitas Autónomos IT, Sanitas Oro, Sanitas Oro Reembolso y aquellas pólizas cuyos tomadores sean mayores de 65 años y menores de 18 años. Para aplicar estas coberturas deberán haber transcurrido dos meses desde el alta de la póliza del cliente y estar al corriente de pago. Cobertura también aplicable a la Incapacidad Temporal.



Oleada  
de **POTENCIA**

NUEVO

**DAFIRO** es el nuevo producto para la hipertensión arterial que **reduce la PA.**<sup>1,2,3</sup> **DAFIRO** ha demostrado **reducciones de hasta 43 mmHg PAS.**<sup>1,2,3</sup> 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

SALVASKIN **oil**

ESPECIAL ZONAS DELICADAS  
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKIN **milk**

ESPECIAL EXTREMIDADES  
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT

## 28 | MESA REDONDA

### Aseguradoras vs. clínicas y consultas privadas

La relación (digamos comercial) que mantienen las compañías aseguradoras con las clínicas y consultas privadas es la del perro y el gato. Las peticiones de uno se enfrentan a las exigencias del otro. Pero, como ambos conviven en la misma casa, no les queda más remedio que ponerse de acuerdo en sus reivindicaciones, lo que hasta ahora no han hecho.



## MALPRAXIS

### 40 Cuando el jurado se equivoca

Como era de esperar, el jurado determinó que el patólogo había incurrido en una negligencia. Pero, para mi sorpresa, la paciente no fue indemnizada por los daños sufridos.

## RENTA 2009 (V)

### 46 Deducciones en la cuota

El importe de la deducción por maternidad correspondiente a cada hijo que otorgue derecho a ella es de 100 euros al mes.

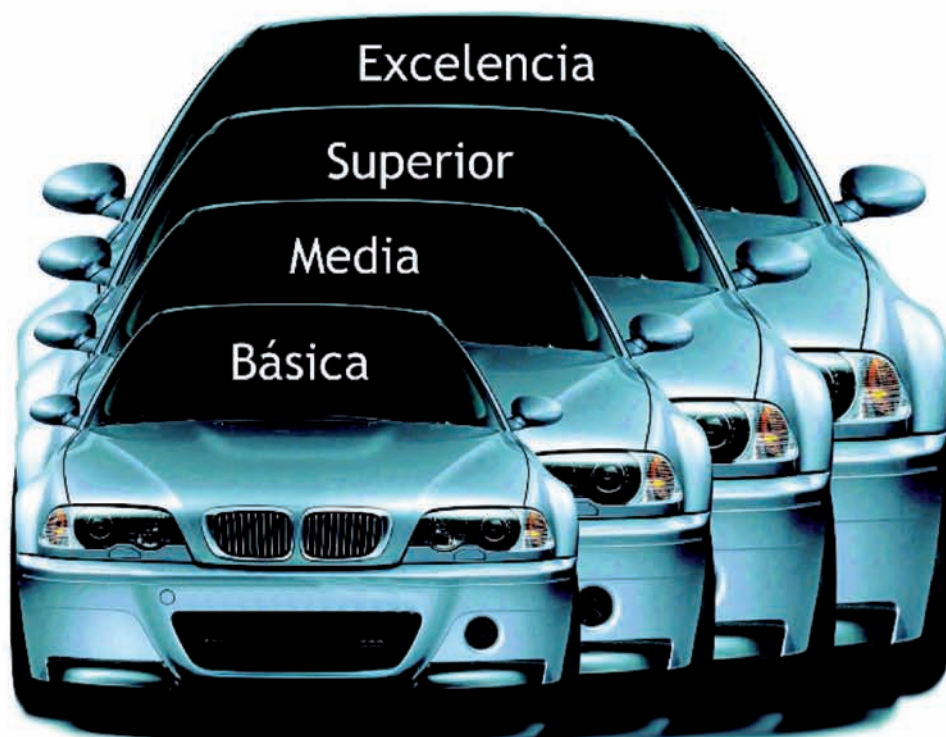
## FINANZAS

### 36 Cómo evitar el fraude en su consulta

El fraude por parte de los empleados, lejos de lo que se pueda pensar, no es algo del todo inusual. Evite que sus empleados le engañen con unos sencillos consejos de los expertos, como mantener al día sus cuentas y su relación con los clientes.



# Ahora decide usted...



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

Ahora, además, premiamos su fidelidad

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

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

**91 572 44 22**



**40 años asegurando a los profesionales sanitarios**

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

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

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Piperno

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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

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


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

### Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por 

## ACTUALIDAD

- 9 Mi punto de vista
- 14 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 16 Economía de la Salud  
La carga de la EPOC
- 18 Gestión Profesional  
Cómo conseguir dinero para nuestros proyectos (II)
- 20 Gestión de Calidad.  
Medio Ambiente  
Quien contamina, paga
- 22 Normativa  
Falló el consentimiento informado
- 44 Gestión en Atención  
Primaria
- 46 Renta 2009 (V)

## Y ADEMÁS...

- 10 Atención al paciente
- 12 De Cerca
- 51 Tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Está preparado para evitar el fraude por parte de sus empleados?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

\* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



## ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com) en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

## CURSOS ON LINE

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

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con: [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)



Las secciones Golf y Las tres de últimas se han elaborado con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

MEDICAL ECONOMICS no hace necesariamente suyas las opiniones vertidas en los artículos firmados.

MEDICAL ECONOMICS Edición Española es una publicación de Spanish Publishers Associates (SPA) Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid, editada en colaboración con Advanstar Medical Economics.

© Copyright 2009 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2009 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

### Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

Jefe de Servicio de Neumología Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutur Abogados y Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca

### Carlos Belmonte Martínez

Director Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Bruguera i Cortada

Presidente Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal Hospital Clínic de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

### Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario La Paz (Madrid)

### José Ángel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

### 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

### Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria UCM

### Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios y Científicos de Allergan

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

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

### Eugení Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Felipe Chavida García

Médico de Familia Presidente de Idepro

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

#### Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

#### Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario Facultad de Medicina UCM

#### Ricardo de Lorenzo y Montero

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

#### Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

#### Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia Renta 4 Sociedad de Valores

#### José Ignacio Alemany

Socio Director Bufete Alemany Escalona & Escalante

### Capital Riesgo

#### Luis G. Pareras

Médico Gerente Incubación Proyectos Empresariales –MediTecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad PricewaterhouseCoopers

### Atención al Paciente

#### Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitales



Real Academia Nacional  
de Medicina

Convoca: \_\_\_\_\_



# PREMIO CARLOS IV de Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública



Bases disponibles en: [www.ranm.es](http://www.ranm.es)

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

# Lo mejor de lo publicado

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



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

## CARDIOLOGÍA

### *Poblaciones étnicas por detrás en el uso preventivo de la aspirina*

En general, el uso de la aspirina en la prevención primaria de la patología cardíaca ha aumentado significativamente desde 2002, cuando la American Heart Association publicó unas guías recomendando a las personas con riesgo cardiovascular a 10 años de Framingham del 10 por ciento o superior que tomaran aspirina regularmente. Sin embargo, el uso de la aspirina entre los hispanos, los chinos americanos y los afroamericanos no está a la misma altura, según los resultados de un estudio publicado por Daniel R. Sánchez, de la Universidad de California. Una encuesta poblacional de 2.106 personas de alto riesgo, la mayoría con seguro, de raza blanca, negra e hispana y sin patología cardiovascular mostró que el 26 por ciento tomaron aspirina de forma preventiva al menos tres días a la semana entre los años 2000 y 2002. Entre 2005 y 2007, después de publicarse las guías de la AHA, el 41 por ciento de este mismo grupo refirieron tomar aspirina regularmente.



### *El uso de Internet ayuda a reducir la presión arterial*

Los pacientes hipertensos que combinaron el control domiciliario de la presión arterial con la inclusión de los resultados en un sistema de comunicaciones médico-paciente a través de Internet alcanzaron, al cabo de un año, valores de presión arterial significativamente más bajos que los de los pacientes que tan sólo podían realizar visitas periódicas a la consulta. "El uso de Internet fue especialmente eficaz en quienes tenían hipertensión en estadio I", dice el Dr. Alfred Bove, profesor emérito de la Universidad Temple de Filadelfia y presidente entrante del American College of Cardiology. Todos los pacientes presentaron mejorías, pero los usuarios del sistema interactivo de comunicación presentaron presiones arteriales significativamente reducidas, dice Bove.

### ■ Los cribados del cáncer de ovario presentan tasas bajas de positividad

Obstet Gynecol. 2009;113:775-782. [Abril, 2009]

En las mujeres de más edad, las pruebas periódicas para detectar el cáncer de ovario tienen una tasa baja de positividad, lo que indica que la tecnología actual no es buena para detectar el cáncer precoz, según investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alabama, en Birmingham. Se ha hallado que los resultados positivos de las pruebas eran escasos: 0,12 por ciento el año uno, 0,08 por ciento los años dos y tres, y 0,05 por ciento el año cuatro. Durante el estudio se diagnosticaron cánceres invasivos a 89 pacientes, pero tan sólo 60 de los casos se detectaron con el cribado. El 72 por ciento de los cánceres detectados durante el cribado estaban en estadio III o IV, lo que indica que las pruebas de detección no habían cambiado la distribución de estadios esperable en la población normal sin cribar.

### ■ La acitretina en dosis bajas se muestra eficaz para la psoriasis ungueal

Arch Dermatol. 2009;145:269-271. [Marzo, 2009]

La acitretina, un medicamento históricamente recetado para la psoriasis cutánea, es comparable a los fármacos biológicos adalimumab e infliximab a la hora de eliminar la psoriasis ungueal. Se realizó un ensayo en el que 27 varones y 9 mujeres con psoriasis ungueal recibieron tratamiento con acitretina por vía sistémica en dosis de 0,2 a 0,3 mg/kg/día durante seis meses. Al cabo de los seis meses, la evaluación clínica mostró que la afección se había eliminado completa o casi completamente en nueve pacientes, mientras que otros nueve presentaban mejorías moderadas, doce tenían mejorías leves y seis no habían mejorado en absoluto.

### ■ La insuficiencia cardíaca antes de los 50: más frecuente en negros que en blancos

N Engl J Med. 360:1179-1190. [Marzo, 2009]

En una cohorte de jóvenes negros y blancos seguidos durante dos décadas, la probabilidad de tener insuficiencia cardíaca antes de los 50 años fue 20 veces mayor en los negros que en los blancos, según investigadores de la Universidad de California en San Francisco. En los negros, la incidencia acumulada de la insuficiencia cardíaca antes de los 50 años fue del 0,9 por ciento en los varones y del 1,1 por ciento en las mujeres, frente a un 0 por ciento en los varones blancos y un 0,08 por ciento en las mujeres blancas. El 75 por ciento que acabaron presentando insuficiencia cardíaca tenían hipertensión a los 40 años.

### ■ Ira en cardiología. La hostilidad vinculada a la cardiopatía coronaria

J Am Coll Cardiol. 2009;53:936-946. [Marzo, 2009]

La ira, la hostilidad y la depresión se asocian a un mayor riesgo de cardiopatía coronaria en las personas sanas, según dos estudios. En el primer estudio, unos investigadores británicos hallaron que la ira y la hostilidad se habían asociado a un mayor riesgo de episodios de cardiopatía coronaria en 25 estudios con poblaciones inicialmente sanas y a mal pronóstico en 19 estudios de pacientes con cardiopatía coronaria preexistente. En el segundo estudio, unos investigadores estadounidenses encontraron que los síntomas depresivos se asocian a la cardiopatía coronaria de desenlace mortal y a la muerte súbita de origen cardíaco. El uso de antidepresivos también se asoció a la muerte súbita de origen cardíaco.

### ■ La vitamina C podría ayudar a prevenir la gota en los varones

Arch Intern Med. 2009;169:502-507. [Marzo, 2009]

Investigadores canadienses hallaron que la ingesta elevada de vitamina C por el varón se asocia de forma independiente a un riesgo de gota significativamente menor. Comparados con los varones que tomaban menos de 250 mg de vitamina C al día, los consumidores de 500-999 mg, 1.000-1.499 mg ó 1.500 mg o más de vitamina C presentaban un riesgo de gota significativamente menor. Frente a los varones que no tomaban suplementos de vitamina C, los que tomaban 1.000-1.499 mg al día ó 1.500 mg o más al día también tenían un riesgo significativamente menor.

### ■ Los riesgos vasculares podrían acelerar el declive cognitivo en el Alzheimer

Arch Neurol. 2009;66:343-348. [Marzo, 2009]

Los factores de riesgo vascular preexistentes, como los niveles anómalos de colesterol y la diabetes, podrían asociarse a un declive cognitivo acelerado en los pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer, según la Universidad de Columbia. Los investigadores de esta universidad hallaron que los sujetos con niveles más altos de colesterol de lipoproteínas de baja densidad y colesterol total antes del diagnóstico presentaban un declive más rápido en las valoraciones de las pruebas cognitivas que el de los individuos con niveles de colesterol normales.

### ■ La endocarditis infecciosa sigue siendo una amenaza letal

Arch Intern Med. 2009;169:463-473. [Marzo, 2009]

Un estudio neozelandés determinó que, a pesar de los recientes adelantos diagnósticos y terapéuticos, la endocarditis infecciosa sigue siendo mortal con frecuencia, siendo las presentaciones agudas más corrientes de lo que se pensaba y habiendo una tasa elevada de infecciones por *Staphylococcus aureus*. Se halló que el 77 por ciento de los pacientes acudían al médico antes de pasados 30 días desde el inicio de la enfermedad, pero con pocos de los síntomas clínicos clásicos. Identificaron *Staphylococcus aureus* como el patógeno más habitual (31,2 por ciento) y hallaron que se asociaba a un mayor riesgo de muerte.

### ■ La embolia pulmonar es frecuente en los pacientes con EPOC aguda

Chest. 2009;135:786-793. [Marzo, 2009]

La embolia pulmonar puede afectar a una cuarta parte de los pacientes hospitalizados por exacerbación aguda de una neumopatía obstructiva crónica. En general, la embolia pulmonar se produjo en casi un quinto de los pacientes (19,9 por ciento). Cuando la muestra se limitó a los pacientes hospitalizados, la prevalencia de la embolia pulmonar aumentó a casi un 25 por ciento. En cambio, la prevalencia entre los pacientes evaluados en la sala de urgencias fue mucho menor. Los autores concluyen que los clínicos deberían tener presente la embolia pulmonar al hacer las pruebas para diagnosticar las exacerbaciones de la EPOC, especialmente en los pacientes sin etiología de base obvia y con antecedentes de cáncer u otro factor de riesgo más que pudiera incrementar las probabilidades de padecer una embolia pulmonar.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





# Líderes en la prevención



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

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

herpes zóster, sarampión, meningitis,  
tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis  
**gastroenteritis pediátrica por**  
**rotavirus**, neumonía neumocócica,  
difteria, rubéola, **varicela**, sarampión

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



**sanofi pasteur MSD**  
vacunas para la vida

# Mi punto de vista

## La investigación sociosanitaria en España

**E**n las últimas décadas, auspiciado por los cambios socioeconómicos, demográficos, y por el desarrollo de la sociedad en general, ha ido emergiendo un nuevo paradigma en la atención a la salud en España. Los anteriores modelos que aportaban un enfoque puramente biomédico o social se han mostrado ineficaces para dar respuesta a situaciones de atención de gran complejidad, como es el caso de la atención a las personas dependientes, que no pueden ser abordadas desde un enfoque simplista de la salud. Es precisamente en este campo de situaciones de cuidados complejas, y en general de larga duración, donde tiene su espacio la investigación sociosanitaria.

Este ámbito de investigación en nuestro país, que tuvo un desarrollo modesto durante la segunda mitad del siglo XX, ha avanzado de forma notable en la última década. Baste como ejemplo que, mientras que en anteriores convocatorias de los planes nacionales de I+D+i en salud la investigación sociosanitaria encontraba poca parcela para su financiación, en el último plan nacional (2008-2011), se contempla ya de manera específica una línea de investigación sobre la dependencia. Por su parte, comunidades autónomas como Castilla y León, Castilla-La Mancha o Extremadura, entre otras, han regulado en sus planes de I+D ayudas específicas a la investigación sociosanitaria.

La demanda creciente de cuidados de larga duración de las personas mayores con falta de autonomía ha puesto de manifiesto errores conceptuales y lagunas de conocimiento científico que se han de abordar de

forma urgente. A nuestro juicio, la investigación sociosanitaria se puede interpretar de dos maneras: con una visión reduccionista, basada fundamentalmente en los cuidados de larga duración, y ligada al envejecimiento y a la dependencia; o con una visión comprensiva, entendiendo que además de lo anterior, por investigación sociosanitaria se debe entender la investigación en ese tipo de problemas que no se pueden abordar exclusivamente desde los servicios de salud, ni tampoco desde los servicios sociales.

El cambio de un enfoque a otro es tan abismal, que tendríamos que empezar por definir cuáles pensamos que son los determinantes del bienestar de los mayores para, a partir de ahí, seleccionar las preguntas de investigación más relevantes y de mayor prioridad a contestar en los próximos años. Entendemos que para promover el bienestar de los mayores, y para prevenir la fragilidad, debemos estudiar cómo mitigar la pérdida de capital social que significa la disminución de la autonomía personal. Debemos entender, que además de investigar cómo mejorar el bienestar físico (dolor, movilidad, sueño...) y psicológico (autoestima, resiliencia, seguridad, etc.) debemos intentar solucionar problemas como la participación, la accesibilidad a todos los servicios y mercados, la integración en experiencias nuevas, y la capacidad de influencia de este grupo de población.

Pensamos que las nuevas tecnologías de la información y la comunicación son una herramienta de extraordinaria utilidad para evitar el aislamiento social que padecen mu-



Vicente Martínez Vizcaino\*

chos de nuestros mayores. Investigar en el modo de integrar estas tecnologías para favorecer la adherencia a los tratamientos, para promover la ayuda mutua, para prevenir la fragilidad a través de la actividad física, para mejorar las relaciones sociales y evitar el deterioro cognitivo, en suma, para mejorar la calidad de vida de los mayores, creemos que es una de las prioridades más acuciantes. A nuestro juicio, la ventana de la oportunidad para integrar esta visión de los problemas sociosanitarios en el diseño de las políticas de atención sociosanitaria y en las agendas de investigación está abierta, y buena prueba de ello es la creación de un ministerio que, al menos por denominación, va a permitir que la atención social y la atención sanitaria dejen de darse la espalda. Algunas comunidades como la de Castilla-La Mancha, por citar la que más conozco, ya habían dado este paso. Ahora queda trasladar el conocimiento que la investigación está produciendo en la atención diaria a los problemas de salud, y en el diseño de las políticas de atención sociosanitaria. ■

# Buenas actitudes para todos

*Es importante que como organización nuestros pacientes nos manifiesten sus inquietudes sobre el servicio que están recibiendo, de la misma manera que como organización es fundamental que establezcamos los mecanismos para facilitar la recepción de dicha información.*



**Vanessa Asenjo\***

**E**n la mayoría de artículos de atención al paciente hacemos referencia a las actitudes que tenemos como empleados y profesionales en las organizaciones (sanitarias en este caso); es decir, hablamos de cómo actuamos frente a la manifestación de una reclamación/queja, mencionamos la necesidad de sensibilidad, respeto, formación, profesionalidad, etc., de aquellos que están en primera línea “dando la cara” en la institución, de la “cara visible” hacia el cliente. Ya en mi anterior artículo mencioné la necesidad de ser organizaciones humildes, de la importancia de tener equipos con valores humanos, con profesionales amables, respetuosos, y mostrando una actitud de empatía absoluta. Y no sólo por las personas/empleados que están cara al público, no, sino porque al final todos somos “atención al paciente”. Y así creo que debe ser.

Preparando este artículo, he leído en el boletín interno del Hospital USP San Camilo al doctor Alejandro Domingo, endocrinólogo y sociólogo del centro. “En la sociedad actual se están produciendo (se han producido) unos cambios de valores que hacen que seamos menos amables. Se producen menos actitudes amables en el ambiente familiar, en el trabajo, en la calle, en la carretera, en los lugares de ocio, menos amables en general allí donde se interrelacionan sus componentes. [...]”. Argumenta que existen dos factores que influyen básicamente en mostrar una actitud amable. El primer factor “la amabilidad sólo puede aparecer cuando la persona tiene un cierto grado de felicidad, de confianza, de tranquilidad, de serenidad y de estado de ánimo alto”. Y el segundo factor es “el concepto que nos merece nuestro prójimo, con el cual tenemos que relacionarnos”.

Pues bien, en este sentido quiero centrar el motivo de este artículo en hacer referencia no sólo a las actitudes que muestran los profesionales/empleados, sino que debemos pensar y valorar ciertas actitudes y comportamientos de las personas/clientes/pacientes y que están al otro lado (pero no en el sentido de opuesto) y que son los receptores del servicio en cuestión. Y no lo digo con una actitud de reproche, (nada más lejos de la realidad), al contrario, si menciono este aspecto es para que entre todos seamos capaces de “entender” cómo influyen en nuestras reacciones tanto la actitud de la persona con la que estemos interrelacionando en ese momento como nuestro estado de ánimo. Y estos dos factores se extrapolan tanto a la vida personal (relación con tu pareja, hijos, familiares, amigos, etc.) como en las relaciones profesionales.

Me gustaría empezar haciendo referencia a lo que muchos de los clientes/pacientes se cuestionan: ¿sirve de algo manifestar una queja o reclamación? ¿Llega dicha información a la persona adecuada? ¿Se le informa al servicio donde se ha producido una incidencia que los pacientes no están contentos con el trato que han recibido? En definitiva, como pacientes, ¿debemos seguir manifestando nuestra disconformidad?

Y, como organización sanitaria, ¿debemos seguir ofreciendo las vías para facilitar la comunicación de dicha información proveniente de los usuarios hacia la organización? Rotundamente sí. Como ya manifesté en mi anterior artículo, creo que una buena gestión de la información recogida mediante reclamaciones, quejas y/o sugerencias es fundamental para

» Una buena gestión de la información recogida mediante reclamaciones, quejas y/o sugerencias es fundamental para identificar áreas de mejora y definir y establecer las acciones correctivas.

» La falta de respeto y la utilización de palabras no adecuadas juegan en contra de una actitud colaboradora y de cooperación entre los implicados, y por lo tanto se dificulta claramente el logro de un consenso ante una situación de crisis.

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:

identificar áreas de mejora y definir y establecer las acciones correctivas oportunas en la organización, con el objetivo de establecer “la mejora continua” de la que tanto hablamos continuamente en todo tipo de organizaciones. ¿Y por qué se producen actualmente tantas manifestaciones de los clientes/pacientes respecto a las que se producían hace unos años? La respuesta es sencilla y estoy segura que no voy a descubrir nada que el lector no sepa. Vivimos en una sociedad más formada e informada, con un más rápido acceso y en tiempo real (*on line*) a las fuentes de información (Internet, *Blackberry*, etc.) y por lo tanto podemos establecer en tiempo real nuestras propias valoraciones del servicio que estamos recibiendo como clientes/pacientes. Dicha mayor accesibilidad a la información y en tiempo real nos permite ser más exigentes con el servicio/producto que vamos a recibir y por el que vamos a pagar, y por lo tanto, nuestras expectativas sobre el servicio que vamos a recibir serán mucho mayores y no aceptaremos como usuarios que nada de lo que vamos a “vivir” no satisfaga nuestras expectativas y exigencias. Está claro, el nivel de exigencia por acudir a un centro sanitario público no estará al mismo nivel que el de acudir a un centro sanitario privado, y del mismo modo que “pedimos” a todos los profesionales que prestan un servicio y que están de cara al público que sean capaces de ponerse en la situación del cliente/paciente, y definimos internamente los controles de alarma y los mecanismos de gestión con el objetivo de cumplir siempre con las exigencias y expectativas (del cliente/paciente), tan cambiantes y dispares como clientes/pacientes acuden a un centro sanitario. Creemos que éstos deberían hacer la misma reflexión, sobre todo porque cuando se produce una incidencia en el proceso habitual del servicio, seguro que no se ha producido por una persona en concreto, y seguramente tampoco por la persona que está detrás del mostrador.

La falta de respeto y la utilización de palabras no adecuadas (reacciones que en determinadas situaciones podrían llegarse a entender, pero que no se deben de ad-

mitir por ninguna de las dos partes) juegan en contra de una actitud colaboradora y de cooperación entre los implicados, y por lo tanto se dificulta claramente el logro de un consenso ante una situación de crisis.

En definitiva, es importante que como organización nuestros clientes/pacientes nos manifiesten sus inquietudes sobre el servicio que están recibiendo, de la misma manera que como organización es fundamental que establezcamos los mecanismos para facilitar la recepción de dicha información y definamos los procesos más eficientes para su correcta gestión.



Uno de los valores de nuestra organización es el compromiso (empeño, implicación, respeto, interés, sentido de pertenencia, fidelidad, lealtad y humanidad en el trato) y el de trabajar siempre bajo la premisa del respeto. Unos valores que consideramos importantes que tengan todas las personas como base del entendimiento entre seres humanos y para mantener unos valores en la sociedad que actualmente se están perdiendo. Sólo con el respeto mutuo (y por supuesto con una correcta canalización y gestión de las reclamaciones) podremos conseguir que las expectativas iniciales de nuestros clientes se vean realmente cumplidas e incluso superadas por la percepción de un servicio profesional que trabaja para y por sus necesidades. ■

\* Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitales.

Manuel Díaz-Rubio García, catedrático de Medicina Interna y presidente de la Real Academia Nacional de Medicina

## "Me siento discípulo de mis discípulos"

*Recatado, como si en su vida no hubiera roto un plato, Manuel Díaz-Rubio (Cádiz, 1941) se confiesa "discípulo de sus discípulos", amante y coleccionista de casi todo cuanto rodea al mundo de la cerveza, partidario de la cultura del esfuerzo y la excelencia y de formación liberal. Su maestro y referencia en la vida es su padre (ya fallecido) que, como él y su hermano Eduardo, fue catedrático, académico y jefe de servicio en el Hospital Clínico de Madrid, algo verdaderamente extraordinario. La saga Díaz-Rubio tiene continuidad en uno de sus sobrinos.*

Por Gonzalo San Segundo

**PREGUNTA:** Ama la música, especialmente el jazz, flamenco y la música barroca. ¿Con qué melodía le gustaría amenizar esta entrevista?

**RESPUESTA:** Depende de cómo transcurra la entrevista, pero pongamos algo de Mozart inicialmente para abrir boca. Y luego ya veríamos. Aunque también el jazz, el flamenco (con el que me siento muy identificado por mis raíces gaditanas) y la música barroca serían compatibles. Hoy se mezclan los tipos de música (sentimientos, sensaciones...), como hizo Gustavo Montesano en *Fantasia Flamenca*, igual que se mezclan los sabores en la cocina. Y está muy bien. Cuando estoy trabajando en casa, siempre tengo puesta música (al final de la entrevista, dijo que también le hubieran gustado que sonara la música de la película *La vida es sueño*).

**P.** Estamos en la Real Academia Nacional de Medicina, que usted preside desde el pasado mes de noviembre, una institución con más de 270 años de historia y, además, muy machista: de sus actuales 47 miembros numerarios, sólo hay una mujer entre ellos: Carmen Maroto...

**R.** Está bien la pregunta, pero no es un problema de machismo. Es que el nú-

mero de mujeres que se presentan es escasísimo. Desde que yo ingresé en la Academia, en 1993, solamente se ha presentado una mujer, y salió, que es, precisamente, Carmen Maroto. Y no se presentan las mujeres porque, hasta los últimos 15 ó 20 años, la Medicina ha sido una profesión fundamentalmente de hombres.

**P.** ¿Cuántas mujeres trabajan en el Servicio de Aparato Digestivo del Clínico de Madrid, del que es usted jefe?

**R.** Más de la mitad, de las 41 personas que trabajan en mi servicio. Y todas tienen por debajo de los 40 años. Es muy raro que un hombre o una mujer entre en la Academia con menos de 50 años. Para entrar en la Academia, se ha de tener al menos 15 años de antigüedad en el ejercicio de la profesión.

**P.** Usted estudió en los jesuitas. ¿Qué recuerdos tiene de esa época?

**R.** Del colegio tengo unos recuerdos muy gratos y agradables. Recibí una buena y exigente formación, donde se premiaba el trabajo. Me enseñaron la cultura del esfuerzo y de la excelencia, de la que se habla mucho, y a la que desgraciadamente se apoya poco. También se habla de la sociedad del bien-

estar, donde se ha confundido el bienestar con trabajar poco o lo justo; se habla mucho del *mileurismo*, y yo hablo mucho del *ochorismo*, es decir, que la gente quiere trabajar ocho horas, no quiere trabajar más tiempo. El Estado del Bienestar, que nadie queremos abandonar, nos ha llevado a un estado de la comodidad. Es un problema que se está metiendo en la cultura.

**P.** Y en la Medicina...

**R.** Yo distingo mucho ese sentirse médico las 24 horas del día y estar dispuesto a sacrificarse por su profesión. Y, sin embargo, estamos asistiendo a un cambio de la sociedad donde cada uno tiene su horario, y donde grandísimos médicos tienen luego otros cometidos. Y las mujeres siguen asumiendo sus compromisos de la casa, lo que repercute negativamente en la dedicación a la profesión, al no facilitarse la conciliación de la vida laboral y familiar. Y esto sucede en la medicina pública y en la privada. Y esto hay que corregirlo con una cultura muy diferente a la que estamos viviendo.

**P.** De los jesuitas de Cádiz viene a Madrid a estudiar Medicina y en 1964 viaja a Alemania, concretamente a Heidelberg. ¿A qué va allí?

**R.** Yo todavía era estudiante y me interesaba mucho el desarrollo de una serie de técnicas que estaban allí realizando del estudio de la función gástrica, con unos novedosos aparatos que medían el PH, que en España ni se conocían. Y mi padre, catedrático de Medicina Interna formado en Austria y Alemania, me recomendó que fuera allí. Estuve tres meses y volví al año siguiente. Fue una experiencia muy buena. Me traje uno de esos aparatos, lo puse en marcha aquí y todavía lo conservo.

**P. Desde su estancia allí no ha cesado de cantar las excelencias del consumo de la cerveza, moderado y responsable...**

**R.** Sí, de las bebidas fermentadas, que no destiladas. Es un consumo saludable demostrado científicamente. Hay un gran desconocimiento en relación con la cerveza. Y, personalmente, prefiero la cerveza al vino, me gusta mucho más. Soy un bebedor moderado y nunca me he cogido una cogorza, ni siquiera daría positivo en la prueba del alcohol.

**P. Su estancia en Alemania le dejaría cierto poso de formación germánica...**

**R.** No, no, no. Yo no tengo una influencia claramente germánica. He disfrutado de la enseñanza de la concepción de la medicina alemana, pero en modo alguno soy de pensamiento germanófilo. La influencia fundamental en mi vida profesional ha sido la de mi padre, que ha sido mi auténtico maestro y la referencia de mi vida. Y sigue siéndolo, pues sigo aprendiendo de él aunque no lo tenga a mi lado.

**P. Algo verdaderamente excepcional se da en su familia: usted y su hermano Eduardo son catedráticos, académicos y jefes de servicio en el mismo hospital, el Clínico de Madrid, tres circunstancias que también reunió su padre...**

**R.** Efectivamente. Esto no es frecuente, pero le diría con mucha honestidad y mucha modestia que se debe a la puesta en marcha del esfuerzo. Uno ha tenido que estar continuamente en una actitud

de trabajo y de búsqueda de la excelencia y de dar ejemplo. Y al final, la vida se hace mucho más dura de lo que podrían pensar aquellos que nos pudieran decir que tendríamos ventaja por ser hijos de catedrático.

**P. ¿Hasta qué punto la vida ha sido dura con usted?**

**R.** Estoy encantado con la vida que he tenido. La vida me ha tratado divinamente. Los mayores contratiempos que he tenido fueron la pérdida de mi padre y de mi madre, pero por lo demás la vida me ha tratado bien.

**P. ¿No tiene práctica privada?**

**R.** La tuve durante algún tiempo, pero la abandoné. Uno es consciente de que no puede estar en todos los frentes en la vida. Mis aptitudes económicas no son las de ganar mucho dinero, no es mi problema, tengo otras prioridades. Me encanta ir al hospital y estar con mis colaboradores, me encanta la investigación y la docencia... Y esto, de alguna forma, me ha permitido llegar a una institución como ésta.

**P. Como jefe, ¿le gusta delegar funciones?**

**R.** Asumo mi responsabilidad y delego funciones. Hoy, un buen jefe de servicio no puede serlo si no delega funciones. En mi servicio tengo hasta siete unidades con personas al frente que tienen su propia responsabilidad. Yo asumo la mía, que son las de todos, y estoy con todos. Una parte importante de lo que soy se la debo a mis colaboradores.

**P. Usted prefiere el término maestro al de jefe. ¿Por qué?**

**R.** El término maestro tiene una connotación de admiración, de respeto, de ejemplo. La palabra jefe, en general, tiene una connotación más administrativa, burocrática y muchas veces despectiva. Maestro es la persona de referencia en la vida de uno, del discípulo. El maestro de hoy impregna a las personas que están a su alrededor de un estilo, de una forma de pensar, de actuar, de mejorar, de algo que está más allá del aprendizaje en los libros.



"He disfrutado de la enseñanza de la concepción de la medicina alemana".

**P. Una frase suya: "Los maestros siguen existiendo en cuanto que haya personas con vocaciones de ser discípulos". ¿Existen hoy esas vocaciones?**

**R.** Las hay y no son *rara avis*. Hay mucha gente que sabe valorar lo que otra persona, el maestro, les puede transmitir en lo que respecta a la forma de ser, de estar y sentirse. Hay personas que tienen vocación de discípulo, yo sigo teniendo vocación de discípulo, no ya por mi maestro personal, sino por todos los maestros a los que uno se acerca para conocer su historia. Yo aprendo mucho de los que están conmigo, de los que, teóricamente, son mis discípulos. Yo me siento discípulo de mis discípulos. Y esto es tremendamente importante, y no tiene nada que ver ni con lo humilde ni con lo soberbio. Sencillamente, todos somos discípulos y todos somos maestros.

**P. ¿Tiene continuidad la saga Díaz-Rubio?**

**R.** Pues tengo un sobrino que es médico, trabaja conmigo y es profesor titular. Y seguro que su trayectoria y línea de trabajo le llevará a la cátedra y luego ya se verá. Mis hijos no han querido estudiar Medicina y, de ello, por una parte me alegro y por otra no. Ser médico ahora no es lo mismo que antes. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 8,4

por ciento del PIB dedicó España a la salud en 2006.

### 9,6

por ciento es la media dedicada por los países de la UE-15.

### 11,1

por ciento, el más alto, es el de Francia.

### 10,6

por ciento dedicó Alemania.

### 10,4

por ciento dedicó Bélgica.

Fuente: Estudio de cuatro tipos de médicos de Atención Primaria Rural en España, 2008.



## PROFESIÓN MÉDICA

### El 15 por ciento de los sanitarios ha sido agredido por sus pacientes

La violencia contra el personal sanitario por parte de los usuarios es un problema preocupante. El 10-20 por ciento de los profesionales de la salud han sido agredidos físicamente durante el último año, y el 64-75 por ciento han sido víctimas de la violencia psicológica (amenazas, gritos, etcétera), según diversas encuestas. De hecho, el sector salud aglutina uno de cada cuatro casos de violencia en el trabajo, según Consol Serra, jefa del servicio de salud laboral del Hospital del Mar de Barcelona, organizador de una jornada sobre violencia laboral. El problema radica en que sólo el 3,5 por ciento de las agresiones físicas acaba en denuncia, según la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, mientras que la violencia verbal de pacientes y familiares se acaba viendo “como algo normal”.



## FINANZAS

### Bajan los tipos, sube la morosidad

El Banco Central Europeo (BCE) continua con su drástica reducción del precio del dinero iniciada el pasado octubre, cuando la crisis hipotecaria norteamericana comenzaba a dar muestras de sus devastadores efectos sobre la economía mundial. Con este último recorte, séptimo consecutivo, el BCE contrae los tipos de interés en la zona euro hasta el 1 por ciento, la tasa más baja que ha conocido la moneda única en toda su existencia. Por otro lado, y tras el incremento registrado por los ficheros de morosos en los últimos meses, la lista de impagos con entidades bancarias, compañías o financieras que realiza la Asociación Nacional de Establecimientos Financieros de Crédito ya incluye datos de más de 2,7 millones de personas y 232.000 empresas.



## ATENCIÓN AL PACIENTE

### Día Nacional de la Dermatitis Atópica: 27 de mayo

La Asociación de Pacientes y Familiares de Dermatitis Atópica (ADEA) en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, la Academia Española de Dermatología Venereología (AEDV), la Asociación Española de Pediatría y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, organiza el próximo 27 de mayo el Día de la Dermatitis Atópica. Se trata de una dolencia crónica muy común que, sin ser grave, supone una serie de trastornos muy molestos para el paciente: prurito, problemas de sueño, alteraciones psicológicas e, incluso, en los casos severos se puede llegar a la incapacidad laboral. Con motivo de la celebración del Día Nacional de la enfermedad, se celebrará una conferencia-coloquio con el objetivo de concienciar a la sociedad de la importancia de la enfermedad.

## EXAMEN MIR 2009

## Los dos médicos con mejor nota en el MIR eligen la especialidad de Cardiología

Los facultativos que han obtenido el número uno y dos en el examen Médico Interino Residente (MIR) de este año han elegido la especialidad de Cardiología. Los dos profesionales que mejores notas han obtenido en el examen MIR de 2009 han elegido el Hospital Clínico San Carlos de Madrid para desarrollar su período de residencia, pues, para ambos médicos, ofrece "una formación muy completa y con buen nivel". La especialidad de Cardiología ha sido una de las más demandadas por los licenciados en Medicina, ya que de los cien alumnos con mejor nota en el examen selectivo de MIR 2008-2009, un 20 por ciento eligió esta especialidad.



## NEGOCIOS

## España, único país europeo donde crecen los dividendos

Un informe de Markit, proveedor de servicios de información financiera, muestra que los dividendos de las compañías que integran el índice DJ Stoxx 600 caerán un 17,4 por ciento en 2009. Sólo el 36 por ciento de las empresas que forman el índice han aumentado su *payout* –porcentaje de los beneficios que se destina a dividendos– en el primer trimestre del año, comparado con el 75 por ciento del mismo período de 2008. El informe también revela que de las compañías que han optado por mejorar la retribución al accionista sólo el 27 por ciento lo han hecho más de un 20 por ciento, frente al 39 por ciento de los tres primeros meses del año pasado.



## GASTO SANITARIO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

## El aumento demográfico elevará un 16 por ciento el gasto sanitario hasta 2016

España tendrá 2,6 millones de habitantes más en 2016, lo que elevará el gasto de la sanidad pública entre un 11 y 16 por ciento y provocará que las comunidades autónomas con más crecimiento demográfico, como Baleares y Canarias, afronten hasta un 27 por ciento más de costes. "La demografía contribuye a un aumento del gasto, pero no pone en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario español", ha manifestado el profesor de la Universidad Pompeu Fabra, Jaume Puig, en la presentación del estudio *Impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las comunidades autónomas*. Según el informe, el crecimiento del gasto sanitario hasta 2016 será "muy heterogéneo" entre las comunidades autónomas.



## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

## Medical Economics

¿Está de acuerdo con la investigación con células madre?



La mayor parte de nuestros lectores (un 46 por ciento) está a favor de la investigación con células madre, mientras que un 24 por ciento sólo si no es con financiación pública. Mientras que un 22 por ciento está sólo a favor en el caso de células madre adultas. Un 8 por ciento cree que supone un atentado contra la vida.

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

# Economía de la Salud

## en el Área Respiratoria (X)

### La carga de la EPOC



Carlos Polanco\*

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable, con repercusión sistémica, de evolución progresiva, que se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, poco reversible, al flujo aéreo y asociada a una reacción inflamatoria anómala de la vía aérea frente a partículas nocivas o gases. En los países desarrollados es la cuarta causa de muerte (se le atribuyen tres millones de muertes, un 5,15 del total) tras el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares), si bien es la única que está aumentando, por lo que se pronostica que en la próxima década se convertirá en la tercera causa de muerte en el mundo.

El estudio *Global Burden Disease 2004* de la OMS estima en 63,6 millones de personas la prevalencia mundial de la EPOC, lo que la sitúa como la décima enfermedad más prevalente de entre las que causan incapacidad moderada y severa. La prevalencia (26,6 casos por cada 100.000 habitantes) se distribuye de modo muy desigual según renta *per cápita* y edad (en los países desarrollados, 3,2 para menores de 60 años, y 4,5 para los mayores; 10,9 y 0,8, respectivamente, en los subdesarrollados). En cuanto a la carga de la enfermedad, estima que la EPOC genera 30,2 millones de AVAD (2,0 por ciento del total), que se obtienen a partir de las cifras de AVP (11,121 millones) y AVD (19,075 millones).

La prevalencia de la EPOC en nuestro país es elevada y se sitúa en torno al 9,1 por ciento en los individuos adultos de entre 40 y 70 años, con importantes diferencias según sexo (14,3 por ciento en hombres y 3,9 por ciento en mujeres) y hábito tabáquico (15 por ciento de los fumadores, 12,8 por ciento de los ex fumadores, y 4,1 por ciento en los no fumadores). La OMS atribuye 14.600 fallecimientos al asma en España durante 2004

(tasa de mortalidad equivalente a 34 de cada 100.000 habitantes; 14,8 tras estandarizar según edad), así como 133.000 AVAD (311 por cada 100.000 habitantes, 218 tras ajustar por edad). La creciente morbimortalidad asociada a la EPOC implica que los gastos provocados por esta enfermedad alcancen el 2 por ciento del presupuesto anual del hasta hace unos meses Ministerio de Sanidad y Consumo, y el 0,25 por ciento del producto interior bruto.

Se considera que el coste de la EPOC está infravalorado, ya que ésta no suele aparecer como la causa de defunción o la razón primaria de ingreso hospitalario en buena parte de los pacientes que la padecen, así como por tratarse de una enfermedad infradiagnosticada e infratratada (se estima que reciben tratamiento el 49,3 por ciento de los pacientes con EPOC grave, el 11,8 por ciento con EPOC moderada, y el 10 por ciento con EPOC leve). Además de los costes directos, es necesario estimar la incapacidad asociada (incapacidad) y considerar la atención médica que los pacientes con EPOC reciben durante la última fase de su enfermedad: la frecuentación de las unidades hospitalarias de cuidados intensivos es superior durante los seis últimos meses de vida en los pacientes con EPOC que en aquellos con cáncer de pulmón.

Los estudios llevados a cabo en nuestro país difieren en su estimación del coste global de la EPOC, ya sea por divergencias metodológicas o por discrepar en cuanto al manejo de la enfermedad. En cualquier caso, la distribución de los costes es muy similar en todas las publicaciones. Buena parte de las variaciones se deben a la incertidumbre en cuanto a la magnitud de los costes indirectos.

El estudio IBERPOC estimó a partir de una muestra representativa de la población entre 40 y 69 años un coste directo anual

» La OMS estima en 63,6 millones de personas la prevalencia mundial de la EPOC, lo que la sitúa como la décima enfermedad más prevalente de entre las que causan incapacidad moderada y severa.

» El estudio IBERPOC estimó a partir de una muestra representativa de la población entre 40 y 69 años un coste directo anual de la EPOC en España de 238,82 millones de euros, y concluyó que el coste de la hospitalización era la partida más elevada.

de la EPOC en España de 238,82 millones de euros, y concluyó que el coste de la hospitalización era la partida más elevada (41 por ciento), seguida por el tratamiento farmacológico (37 por ciento). Al analizar los costes del ingreso de los pacientes con EPOC se concluye que el coste de la estancia (es decir, el coste fijo de mantener una cama disponible) representa el 70 por ciento del coste total de la atención al paciente con EPOC ingresado. De este modo, el coste de la atención médica, de los fármacos o de las exploraciones representa menos de un tercio del coste total, por lo que la optimización de recursos en el manejo de la EPOC no debería centrarse en el control de las pruebas diagnósticas, sino en la reducción de los días de estancia.

Otra conclusión del estudio IBERPOC fue la constatación de un incremento de los costes a medida que aumentaba la gravedad de la enfermedad: el coste de la EPOC grave era siete veces el de la EPOC leve, y tres veces el de la EPOC moderada. El coste anual de la EPOC se estimó en 238,82 millones de euros. Estas diferencias son menores en el estudio que Miravittles y cols. realizaron con una muestra de 1.510 pacientes con bronquitis crónica y

EPOC: el coste medio directo era de 1.760 dólares por paciente con EPOC, de 2.911 dólares para aquellos con EPOC grave y de 1.484 dólares para los leves. La distribución de los costes coincide con la estimada en otros estudios, y los autores concluyen que el coste de la EPOC dobla el asociado al asma, y seguirá aumentando conforme envejecen las poblaciones de los países desarrollados y no se modifican los hábitos tabáquicos.

En mayo de 2009 se presentaron los resultados de un estudio que atribuía a la EPOC el 35 por ciento de las incapacidades laborales en España, así como 39.000 hospitalizaciones y un coste socioeconómico que asciende a 2.400 millones de euros. La EPOC es la principal causa de baja laboral por enfermedad (62,4 por ciento), seguido del asma (21,4 por ciento) y la neumonía (7,6 por ciento). Asimismo, origina un 10-12 por ciento de las consultas de Atención Primaria, un 35-40 por ciento de las consultas de Neumología y un 7 por ciento de los ingresos hospitalarios. Estos recientes datos confirman los resultados de investigaciones anteriores que alertan acerca del ingente y creciente coste en términos de morbilidad e impacto económico de la EPOC en todo el mundo. ■

Sección patrocinada por:



### Para saber más:

Halpin, D. M. (2006). *Health economics of chronic obstructive pulmonary disease*. Proc Am Thorac Soc 3(3): 227-33.

Masa, J. F., V. Sobradillo, et al. (2004). Costs of chronic obstructive pulmonary disease in Spain. Estimation from a population-based study. *Ach Bronconeumol* 40(2): 72-9.

Miravittles, M., C. Murio, et al. (2003). *Costs of chronic bronchitis and COPD: a 1-year follow-up study*. Chest 123(3): 784-91.

Organización Mundial de la Salud. Global Burden of Disease: HYPERLINK [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)

*The Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (2006): *Eur Respir J* 27(1): 188-207 & *Eur Respir J* 27(2): 397-412.



# Gestión Profesional

## Conseguir dinero para nuestros proyectos (II)



Jose María Martínez García\*

**V**amos a tratar las posibilidades existentes para aquellas clínicas o establecimientos sanitarios clasificados como pymes. Y empezaré, haciéndolo con perspectiva europea. Tradicionalmente, el objetivo de las iniciativas en este sentido ha sido favorecer la adaptación al mercado único de las pequeñas y medianas empresas, especialmente las de regiones menos desarrolladas. Existen diversas áreas prioritarias, pero, a nuestros efectos, la más destacada es la explícitamente destinada a fomentar la cooperación entre los centros de investigación y las pymes de forma que las actividades de investigación llevadas a cabo se ajusten a necesidades locales reales y éstas reciban asistencia sobre la transferencia y aplicación de tecnología, a escala local, encontrando así estímulos, sobre todo, para la innovación y la contratación de personal muy cualificado.

Existe un amplio y detallado catálogo de medidas oficiales que pueden ser financiadas, pero nosotros sólo nos fijaremos en las que fomentan la cooperación para la I+D+i. Y esas medidas son posibles mediante:

- a) La fundación y puesta en marcha de consorcios y organismos que favorezcan el establecimiento de conexiones entre los centros de investigación y educación y entre éstos y las pymes.
- b) La creación o apoyo de programas de ayuda a las pymes en los campos que se indican a continuación, cuando los gastos se deriven de proyectos comunes de investigación efectuados por más de una pyme y un centro de investigación, una universidad u otro organismo equivalente: ayuda a la adquisición de equipos y conocimientos especializados para la investigación aplicada, el desarrollo experimental, los proyectos piloto, la introducción de innovaciones en los productos y procesos y la investigación relacionada con el control de calidad; proyectos autorizados de investigación; y estudios de expertos para la evaluación técnica

y financiera de las actividades de investigación y los planes de innovación.

- c) Subvenciones para mejorar la utilización de los servicios avanzados de telecomunicaciones, especialmente en lo que respecta a las comunicaciones entre proveedores de servicios sanitarios o entre éstos y los pacientes.
- d) Subvenciones para sufragar los gastos realizados en actividades de contratación pública referentes a asesoría, asistencia técnica, formación y pliego de condiciones.
- e) Subvenciones a las pymes para la adopción de programas de formación profesional continua.

Otro programa que, en un principio, puede resultar sorprendente que lo mencionemos, es el de política urbana: URBAN. En este marco se puede acceder a la ayuda comunitaria en forma de préstamos o subvenciones para programas de desarrollo integrado de una parte limitada, y geográficamente definida, de una ciudad. El programa integrado debe incluir un conjunto equilibrado y coherente de medidas de desarrollo económico, integración social y medioambientales. Se concederá prioridad a los programas integrados que tengan carácter innovador, un valor añadido de demostración y que ayuden a crear empleo local.

- f) Fondo de cohesión: Es un instrumento adicional para reforzar la cohesión económica y social de la comunidad, más allá de los fondos estructurales. Su criterio básico que más nos interesa es el de que el fondo aportará financiación a iniciativas presentadas por los estados miembros que tengan un PIB, en términos de paridades de poder adquisitivo, inferior al 90 por ciento de la media comunitaria, y que presenten programas encaminados a la consecución de las condiciones máximas de convergencia económica establecidas en el tratado de la UE. ■

» El fondo de cohesión es un instrumento adicional para reforzar la cohesión económica y social de la comunidad, más allá de los fondos estructurales.

» Se concederá prioridad a los programas integrados que tengan carácter innovador, un valor añadido de demostración y que ayuden a crear empleo local.

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

## Medical Economics colaborará con la Fundación Hospital de Madrid y el Instituto Roche en el fomento y desarrollo de la investigación sanitaria

Las tres entidades han firmado un convenio de colaboración por el que se crea un marco institucional de buena voluntad y apoyo mutuo.

**E**l doctor Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo Hospital de Madrid (HM); Jaime del Barrio Seoane, director general del Instituto Roche; y Manuel García Abad, consejero delegado de Spanish Publishers Associates, empresa editora de *Medical Economics*; han presentado un convenio cuyo objetivo principal es establecer un espacio de colaboración sobre varias áreas de actuación, entre ellas el fomento y desarrollo de la investigación sanitaria. En primer lugar, se pretende crear un marco institucional de buena voluntad y apoyo mutuo en todo aquello que pueda ser necesario, y muy especialmente en materia de difusión y publicidad de las actividades de las

tres instituciones (páginas web, boletines, etc.). El convenio también se refiere a la realización conjunta de cursos, seminarios, encuentros, conferencias y programas sobre temas de interés común para las tres instituciones, además de la participación en publicaciones y en cualquier otra actividad académica, docente o investigadora que se acuerde. Los acuerdos

De izda. a dcha., Jaime del Barrio, Juan Abarca y Manuel García Abad.

específicos serán debatidos y aprobados en el seno de una Comisión Mixta de Coordinación. El primero de los acuerdos específicos se refiere a la organización conjunta de la II Lección Conmemorativa Clara Campal, celebrada el pasado 18 de mayo. Tras la firma del convenio, el doctor Abarca Campal agradeció al Instituto Roche y a *Medical Economics* su colaboración, mientras que Jaime del Barrio explicó que el convenio "consolida el objetivo del Instituto Roche de establecer alianzas permanentes para desarrollar acciones concretas, con todos los grupos de España con potencial asistencial, docente e investigador". Por su parte, Manuel García Abad, aseguró que "es un motivo claro de satisfacción ir de la mano de estas dos entidades. Estamos muy orgullosos de participar en este convenio". ■



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 fungicida. **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. **FISIOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica.

#### PRESENTACIONES:

Cristalmina solución 1%..... envase 500 ml  
Cristalmina solución 1%..... envase 125 ml  
Cristalmina solución 1%..... envase 25 ml  
Cristalmina solución 1% monodosis.

#### OTRAS PRESENTACIONES:

Cristalmina film 1% gel..... envase 100 g  
Cristalmina film 1% gel..... envase 30 g  
Cristalmina Plus solución 1% .... envase 30 ml

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
innovación y calidad

## Gestión de Calidad: Medio Ambiente

# Quien contamina, paga



Elisa Herrera Fernández\*

» El agente generador de contaminación, cualquiera que sea (empresa, administración o particular), tiene que pagar para llevar a cabo la descontaminación necesaria, o debe asumir su coste.

» Se trata de un principio de internalización de los costes que conlleva el saneamiento de los efectos negativos sobre la contaminación del medio ambiente, que debe ser soportado por quien está en el origen de aquella.

**P**ara muchos hablar de un principio jurídico llamado “contaminador-pagador”, que hunde sus raíces en el derecho internacional, y que es acogido por el derecho ambiental de la Unión Europea, es hablar de algo extraño. Sin embargo, nada más lejos de la realidad, pues sólo debemos hacer cierta abstracción y pensar que ya desde el derecho romano, la idea de justicia basada en la reparación de daños por parte del responsable de los mismos, forma parte de los ordenamientos jurídicos de todos los países. Y el principio de “quien contamina paga” no es más que una concreción de esa reparación de daños, circunscrita, eso sí, a lo que se entiende por medio ambiente.

Los principios ambientales básicos: el principio de cautela y de acción preventiva, el de corrección de los atentados al medio ambiente, preferentemente en la misma fuente, y el principio de que quien contamina paga, tienen una aplicación basada en la lógica, es decir, cautela y prevención, son de aplicación inicial (“prevenir antes que curar”), pero si éstos no han dado resultado, está muy claro que “quien contamina paga”. El principio en términos genéricos puede entenderse de la siguiente forma: el agente generador de contaminación, cualquiera que sea (empresa, Administración o particular), tiene que pagar para llevar a cabo la descontaminación necesaria, o debe asumir su coste. Se trata de un principio de internalización de los costes que conlleva el saneamiento de los efectos negativos sobre la contaminación del medio ambiente, que debe ser soportado por quien está en el origen de aquella.

Tenemos claros ejemplos en nuestra legislación del principio de “quien contamina paga”. Baste mencionar la Ley 10/98 de Residuos, o la Ley 10/1993 sobre vertidos líquidos industriales a la red de saneamiento integral, ambas leyes aplicables en los centros médicos/hospitalarios. Pero debemos destacar, por su novedad e importancia, la esperada

Ley 26/2007, de 23 de octubre, de Responsabilidad Ambiental, fruto de la obligación de transponer a nuestro derecho interno la Directiva 2004/35/CE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre responsabilidad medioambiental en relación con la prevención y reparación de daños medioambientales. España se dota por primera vez en su historia de una normativa que pone precio al deterioro del medio ambiente y obligará al infractor a pagar por los daños ocasionados.

Por último, el principio de quien contamina paga tiene su proyección sobre el ordenamiento jurídico financiero, y surge la llamada fiscalidad ambiental que implica el pago de ecotasas, cánones de vertidos y tributos ecológicos, que cada día se hacen más presentes en la actividad de la empresa privada y de los contribuyentes/ciudadanos. En efecto, la conservación del medio ambiente no es en la actualidad una desiderata individual o social más o menos extendida, sino que es un deber que incumbe a todos, y además, constituye también un deber para los poderes públicos restaurar el medio apoyándose en la indispensable solidaridad colectiva. Así se prevé en el artículo 45 de nuestra Constitución, por lo que la existencia de la fiscalidad ambiental encuentra eco no sólo en el derecho comunitario, sino también en nuestro texto constitucional. Recordemos algunos de los instrumentos fiscales que varias de nuestras comunidades autónomas pusieron en marcha: en Cataluña, el canon de saneamiento; en Murcia, el canon por contaminación; en Baleares, el impuesto sobre instalaciones que inciden en el medio ambiente.

En definitiva, el principio “quien contamina paga” es el fundamento de importantes instrumentos y medidas para la protección del medio ambiente, y actúa como mecanismo de internalización de los perjuicios externos causados por la actividad de un sujeto (sea éste una empresa, un particular o la propia Administración). ■

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

## La desnutrición en pacientes hospitalizados, un factor en el aumento del gasto sanitario

La colaboración entre la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) y Nutricia posibilita la edición de un texto de referencia en nutrición clínica.

La desnutrición en pacientes hospitalizados se asocia con un importante aumento de la morbimortalidad, una mayor estancia hospitalaria (con el consiguiente incremento de los costes) y una peor calidad de vida. De ahí la importancia de contar con herramientas de información y formación actualizadas que permitan a los diferentes profesionales de la salud relacionados con la nutrición clínica conocer bien el problema, diagnosticarlo precozmente y tratarlo adecuadamente. En este contexto



De izda. a dcha., Enrique Bermejo, Mercè Planas y Abelardo García de Lorenzo.

es donde surge el libro “Actualizaciones en el metabolismo y la nutrición de órganos y sistemas”, presentado en el marco del XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). Tal y como destaca la doctora Mercè Planas, coordinadora del libro, “este manual es el refle-

jo de cuatro años consecutivos de cursos, de nivel avanzado, que la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) con el patrocinio de Nutricia ha desarrollado antes de cada congreso nacional de la SENPE”.

Según añade el profesor Abelardo García de Lorenzo y Mateos, presidente de la SENPE, “ponemos a disposición de las personas que quieran saber más sobre este tema un libro de estudio y consulta que ofrece el conocimiento nutro-metabólico en el horizonte del 2010”, algo especialmente importante, “sobre todo si se tiene en cuenta que el problema de la malnutrición clínica va aumentando, especialmente por el progresivo envejecimiento poblacional”, apostilla este experto.

Como destaca Enrique Bermejo, director general de Nutricia, “para nuestra empresa es una satisfacción poder disponer de esta obra que recopila cuatro años consecutivos de cursos, y que potenciará el progreso de los profesionales desde el punto de vista científico y técnico”. ■



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

**dertrase**<sup>®</sup>  
POMADA

Complejo enzimático  
(Tripsina y Quimotripsina) que permite  
una proteólisis de amplio espectro



Acción desbridante con efecto  
antiséptico de amplio espectro

**DERTRASE<sup>®</sup> 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 fístulas 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<sup>®</sup>, 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 **S**alvat  
000 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

**S**  
**SALVAT**  
innovación y calidad

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici\*

### Medicamentos caducados

*¿Cómo contempla el Código Penal la expedición o despacho de medicamentos deteriorados, caducados o que incumplan las exigencias técnicas?*

El Código Penal tipifica en su artículo 361 que “los que expendan o despachen medicamentos deteriorados o caducados, o que incumplan las exigencias técnicas relativas a su composición, estabilidad y eficacia, o sustituyan unos por otros, y con ello pongan en peligro la vida o la salud de las personas, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a dos años, multa de seis a dieciocho meses e inhabilitación especial para profesión u oficio de seis meses a dos años”. Este delito se imputará cuando los medicamentos no reúnan las exigencias técnicas de composición, estabilidad y eficacia en el momento en que son dispensados, independientemente de que sí los cumplieran en el momento de su elaboración. Es decir que el incumplimiento de estos requisitos puede surgir en la fase de comercialización, dándose las características para el cumplimiento del tipo penal.

El cumplimiento de los referidos requisitos es acorde con las exigencias normativas sobre los mismos, en especial con la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, así como por las correspondientes resoluciones respecto a los diferentes medicamentos en cuestión, lo que implica una puesta al día del profesional encargado de dispensar los mismos, pues el propio Código Penal prevé la comisión de este delito por medio de imprudencia.

### Personal estatutario fijo

*¿Qué causas extinguen la condición de personal estatutario fijo?*

Establece la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, en su artículo 21 que son cau-

sas de extinción de la condición de personal estatutario fijo: a) La renuncia; b) La pérdida de la nacionalidad tomada en consideración para el nombramiento; c) La sanción disciplinaria firme de separación de servicio; d) La pena principal o accesoria de inhabilitación absoluta y, en su caso, la especial para empleo o cargo público o para el ejercicio de la correspondiente profesión; e) La jubilación; y f) La incapacidad permanente. En ese sentido y con respecto a las penas de inhabilitación absoluta y especial, recoge el artículo 25 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que en los casos en los que la pena de inhabilitación especial para la correspondiente profesión exceda de seis años, la misma supondrá la pérdida de la condición de personal estatutario fijo.

### Internamientos voluntarios

*¿Cuál es la responsabilidad de los profesionales sanitarios en los casos de internamientos voluntarios?*

A diferencia de los internamientos involuntarios, procedimiento regulado, entre otros, por el propio Código Civil en su artículo 211, que recoge que el mismo requerirá de autorización judicial previo informe del facultativo, en el caso de los internamientos voluntarios, los mismos carecen de una regulación específica en nuestro ordenamiento jurídico, de modo que el facultativo en principio, debe presuponer la capacidad del solicitante, siempre que sea mayor de edad, para consentir su propio internamiento en un centro psiquiátrico. No obstante, diferentes protocolos hospitalarios establecen la necesidad de poner en conocimiento de los órganos judiciales el internamiento de un paciente cuando consideren que no tiene la capacidad suficiente para consentir, debiendo motivarlo debidamente, haciendo constar, cuando sea posible, la valoración que sobre el internamiento del paciente realizan los familiares. ■

» Los internamientos voluntarios carecen de una regulación específica en nuestro ordenamiento jurídico, de modo que el facultativo en principio, debe presuponer la capacidad del solicitante.

» El delito se imputará cuando los medicamentos no reúnan las exigencias técnicas de composición, estabilidad y eficacia en el momento en que son dispensados.

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

## Manel Esteller y Andrés Esteban de la Torre, premios Fundación Lilly 2009

*El acto de entrega de los Premios, este año en su octava edición, fue presidido por la ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia.*

Los doctores Manel Esteller, director del Programa de Epigenética y Biología del Cáncer en el Instituto de Investigaciones Biomédicas de Bellvitge, y Andrés Esteban de la Torre, jefe de servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Getafe y jefe de Grupo del CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), han recibido los Premios de Investigación Biomédica 2009 en la categoría de investigación biomédica



Manel Esteller (izda.) y Andrés Esteban de la Torre (dcha.) con la ministra Garmendia.

preclínica y clínica, respectivamente. El acto de entrega de los Premios, que este año celebraron su octava edición, fue presidido por la ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia.

Los Premios de Investigación

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

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

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

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



*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*

# Tecnología

## Cómo mejorar la eficiencia



Oscar Gil García\*

» Gran parte de los responsables de centros asistenciales no acaban de ver el retorno de la inversión de los sistemas incorporados.

» El tiempo entre las medidas debe ser lo suficientemente amplio como para que el sistema esté estable y se obtengan de él las máximas prestaciones.

**S**i bien está generalmente aceptado que la inversión en sistemas de información sanitarios redundará en una mejora en la calidad asistencial, no siempre ocurre lo mismo en cuanto a la mejora de la eficiencia.

Gran parte de los responsables de centros asistenciales no acaban de ver el retorno de la inversión de los sistemas incorporados. En gran medida esto ocurre porque los costes no sólo son financieros, sino que también existe un impacto en la actividad. A modo de ejemplo, mencionar que al poner en marcha la historia clínica informatizada en consultas externas de un centro sanitario, es habitual aumentar el tiempo de prestación (primeras visitas y sucesivas) al menos al principio, para que los profesionales se habitúen a la herramienta (se visitan menos pacientes).

### Sistema de historia clínica completo

Según un estudio publicado en *Health Affairs*, el sistema sanitario americano podría ahorrarse 77.400 millones de dólares al año si tuviera un sistema de historia clínica completo e interoperable entre los centros.

Algunas de las principales áreas de mejora de la eficiencia son:

- Automatización de actividades de menor valor añadido en los procesos, que deben redundar en un aumento de la productividad (por ejemplo, la transcripción de órdenes).
- Evitar la repetición de pruebas y consultas.
- Implantar políticas de uso racional del medicamento soportadas en los sistemas.
- Disminución de la estancia media de los pacientes (telehospitalización, soporte a autocuidados, etcétera).

- La utilización de herramientas de ayuda al diagnóstico, a la prescripción, protocolos y guías clínicas.
- Reducción del tiempo administrativo y de documentación empleado por enfermería.
- La reducción de la frecuentación mediante el impulso de herramientas colaborativas entre Atención Primaria y especializada.
- Soporte a la centralización de servicios departamentales (radiología, laboratorios, anatomía patológica).

### Comparación de índices de calidad

Para medir el impacto de la puesta en marcha del sistema muchas veces lo que se suele hacer es comparar índices de calidad y/o actividad, antes y después de la incorporación de un nuevo sistema. Tiene la ventaja de que se manejan datos reales, pero la gran desventaja de que no necesariamente tiene por qué existir una relación directa entre la informatización y la mejora en los índices.

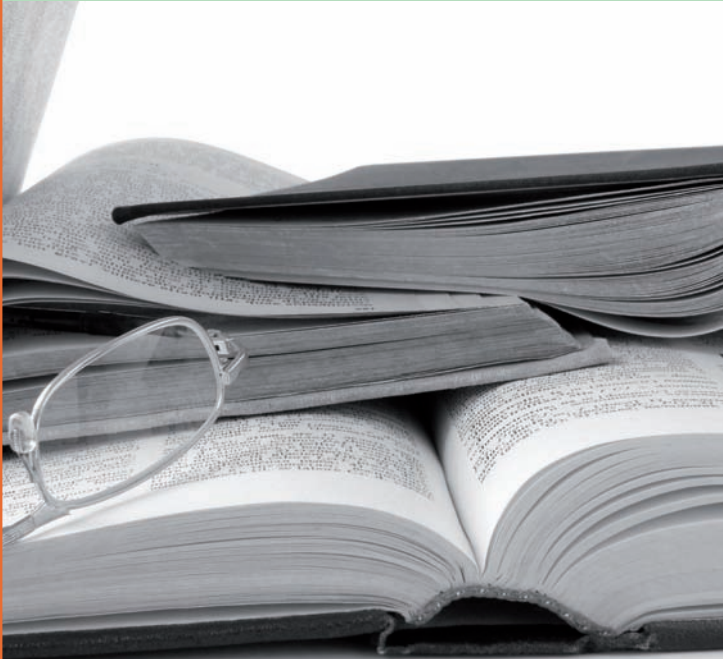
Adicionalmente, el tiempo entre las medidas debe ser lo suficientemente amplio como para que el sistema esté estable y se obtengan de él las máximas prestaciones, con lo que la diferencia en los índices de calidad puede ser debido a múltiples factores y cambios que sucedieron durante el tiempo entre medidas.

El reto realmente está en encontrar una fórmula, un patrón o simplemente un razonamiento válido que permita relacionar la inversión en sistemas de información con índices de calidad y/o mejora de la eficiencia. Esta fórmula mágica, de existir, tendría dos grandes ventajas, por un lado serviría para construir modelos predictivos, y por otro permitiría traducir a términos de gestión las inversiones en tecnología. ■

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

J O R N A D A

# La formación del médico y su reflejo en la calidad asistencial



Valladolid, viernes 5 de junio de 2009

Organizado por

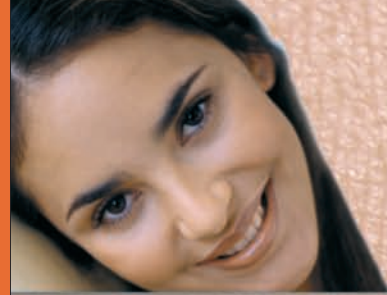
Medical Economics



Con la colaboración de



Inscripción e información: Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 - [info@medeco.es](mailto:info@medeco.es)



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

**SureSkin<sup>®</sup> II**   
APÓSITOS HIDROCOLOIDES  
DE II<sup>a</sup> 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](mailto:infosalvat@salvatbiotech.com)

  
**SALVAT**  
*innovación y calidad*

# ESCÁPESE... con

Con la colaboración de  
**pullmantur**



## *Certamen de Artículos 2009*

**E**scriba 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](mailto:medeconomics@drugfarma.com)\***

## ❖ Plazo de presentación de originales

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

*\*Consulte las bases del certamen en [www.medeco.es](http://www.medeco.es)*





**MESA REDONDA:**  
Aseguradoras *vs.* clínicas  
y consultas privadas

## Una relación de amor-odio

La relación (digamos comercial) que mantienen las compañías aseguradoras con las clínicas y consultas privadas es la del perro y el gato. Las peticiones de uno se enfrentan a las exigencias del otro. Pero, como ambos conviven en la misma casa, no les queda más remedio que ponerse de acuerdo en sus reivindicaciones, lo que hasta ahora no han hecho.

---

Mesa redonda coordinada  
por **Gonzalo San Segundo**  
Director asociado

---

**L**a relación entre las compañías aseguradoras médicas y la clínicas y consultas privadas, o sea, el sector de la medicina privada, es la de un matrimonio generalmente mal avenido que se tiene que soportar en interés de ambos. Y en estos tiempos de profunda crisis económica, las empresas no están para perder clientes, sino todo lo contrario, y las clínicas y consultas privadas no andan muy sobradas de pacientes, que digamos.

De ahí que en esa convivencia interesada, del tira y afloja, surjan las reivindicaciones por ambas partes, las peticiones de unos hacia los otros y las exigencias de los otros hacia los unos. En medio de esa relación se encuentra el cliente-paciente, que lo único que pretende es que le atiendan lo mejor posible, porque para eso ha pagado. ¿Están dispuestas las aseguradoras y las clínicas y consultas privadas a aunar esfuerzos para remar juntos en una misma dirección, que no es

otra que el beneficio del paciente, cliente de unos y de otros?

Para dar respuesta a ese y otros interrogantes acerca de la relación de las aseguradoras con sus clientes, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda en la que participaron Bernardino Lendínez Castro, director general de Centro Médico Infanta Mercedes (Madrid); Luis Manuel Mayero Franco, delegado provincial de Asisa en Madrid; Carmen Menéndez Ceño, directora del Departamento de Medicina de la Mujer del Instituto Palacios; Manuel Rodríguez Ocaña, secretario general de la Asociación de Clínicas y Entidades sin Internamiento de la Comunidad de Madrid (Acesima), y Teótimo Sáez Zazo, presidente de la Comisión Técnica de Salud de la patronal Unespa. Del acto, moderado por José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista, ofrecemos en las páginas que siguen un amplio resumen.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cuál es el grado de satisfacción que existe en la relación entre las compañías de seguros y las clínicas y consultas privadas? ¿Qué grado de dependencia hay unas de otras?*

**MANUEL RODRÍGUEZ:** El grado de dependencia es grandísimo entre las clínicas privadas y las aseguradoras. Yo diría que del 90 por ciento en cuanto a actividad y por encima del 15 por ciento en facturación a nivel nacional. Hay que buscar que ese grado de dependencia sea distinto. Hay que definir las líneas de juego. Por ejemplo, cuando un traumatólogo pone una escayola en una clínica con internamiento, ésta factura a la compañía el yeso y el no sé qué; mientras que, cuando se hace en la clínica sin internamiento, esta clínica no factura nada y, además, compra el yeso. Hay que buscar líneas en las que las clínicas sin internamiento sean cada vez más

## El seguro de salud en España\*

- El gasto en Sanidad representa el 8,3 por ciento del PIB, del que el 5,6 por ciento es gasto público y un 2,7 por ciento gasto privado.
- En España hay mucho gasto sanitario privado: casi el 30 por ciento del gasto sanitario total es privado, y crece un poco más rápido que el gasto público.
- La recaudación de primas se estima que este año alcance los 5.800 millones de euros, la cuarta parte del gasto sanitario privado en España.
- El 86 por ciento de los ingresos corresponde al seguro sanitario, un 9 por ciento al de reembolso y el otro 5 por ciento sería el seguro de indemnización y de subsidio.
- Hay unos diez millones de españoles con seguro de salud, de los que el 80 por ciento (la mitad funcionarios públicos) tienen suscrita una póliza de asistencia sanitaria, de cuadro médico y cobertura completa.

\*Cifras proporcionadas por Teótimo Sáez, presidente de la Comisión Técnica de Salud de la patronal Unespa.

independientes, porque, al ser dependientes por encima del 90 por ciento de un solo cliente, corremos el riesgo de Caja Castilla-La Mancha.

**CARMEN MENÉNDEZ:** En el Instituto Palacios tenemos un alto nivel de privados y trabajamos solamente con dos compañías aseguradoras, pero con independencia. Siempre hay esas diferencias y hay que llegar a una convergencia de ambas partes. A mí no me gusta hablar de producto final, pero tenemos que tener en cuenta una cosa: a quién nos estamos dirigiendo, que es el paciente o usuario. Tenemos que dar calidad y llegar a acuerdos entre las partes implicadas.

**TEÓTIMO SÁEZ:** A pesar de que el seguro de salud no llega a la cuarta parte del gasto sanitario, es esencial para la actividad sanitaria privada. Es decir, el seguro es el gran esqueleto, el armazón del que cuelga el sistema sanitario privado. Si de repente borramos el seguro sanitario, la sanidad privada en la mayor parte de las provincias españolas se cae, y no hay otra demanda, por lo menos consistente, de recursos, de ca-

mas, de consultas, de diagnóstico que no sea la que viene a través de una póliza de seguro. Los cuadros de las compañías de seguro de hace 40 años eran de pago caritativo, con uno o dos especialistas por especialidad; los de hoy son gigantescas listas de establecimientos y profesionales, miles y miles de profesionales, con lo cual la actividad está tremendamente atomizada, teniendo en cuenta que el asegurador interviene realmente poco en los flujos entre pacientes y prestadores. La mayor parte de esos movimientos son movimientos espontáneos que no controla la aseguradora y no puede hacer demasiado por controlar. Esa atomización lleva a otra cosa: que casi nunca es posible la retribución más que por el sistema de pago. Y acaban pasando cosas como que, por los motivos que sean, en determinados prestadores se concentra una parte considerable de la actividad, y otros apenas tienen actividad; o como que un mismo médico esté en el cuadro de varias aseguradoras. Esto produce una serie de efectos que no hay quien los cambie ya. El usuario lo que quiere es libertad y eso no hay quien lo toque, lo condiciona todo.

**BERNARDINO LENDÍNEZ:** Yo tengo una teoría muy clara de la sanidad. El primero es el cliente-paciente, después el profesional, luego las empresas sanitarias, después las compañías de seguros. Si no hay paciente, no hacemos nada; si no hay médico, no hacemos nada, y si no hay empresa que invierta, no hay nada. Y después está la compañía de seguros, que es la que nos aglutina a todos. Las compañías no son nuestros enemigos ni nosotros somos los enemigos de las compañías, porque un centro médico facilita al paciente el consumo, la calidad en el servicio.



**“Ocho millones de españoles tienen un seguro de asistencia sanitaria y proporcionan al sector el 86 por ciento de los 5.800 millones de euros que ingresa el seguro de salud”**

– Teótimo Sáez Zazo



Luis Manuel Mayero Franco  
**DELEGADO  
PROVINCIAL  
DE ASISA  
EN MADRID**

“Tenemos que buscar fórmulas para mejorar los negocios sanitarios, que la privada sea una alternativa de verdad a la pública”.



Manuel Rodríguez Ocaña  
**SECRETARIO GRAL.  
DE LA ASOCIACIÓN DE  
CLÍNICAS Y ENTIDADES  
SIN INTERNAMIENTO  
DE LA CAM**

“El pago que debieran hacer las compañías aseguradoras al médico, al proveedor debería depender del grado de carrera profesional”.

**TEÓTIMO SÁEZ:** Desde el punto de vista de la oferta comercial se utilizan cuadros muy grandes, porque así es como la sanidad privada es competitiva. Esos cuadros que comercialmente tienen sentido, sanitariamente no lo tienen porque son excesivamente grandes. Y claro que cuesta tener a los mejores en el cuadro médico. Por ejemplo, si en mi cuadro tengo 400 traumatólogos y les doy realmente trabajo a 50, es mejor que no tenga más de 70, porque si no tendré a 350 señores enfadados permanentemente conmigo porque les pago muy mal. Y no es que les pague muy mal, es que no les doy pacientes, que es lo mismo pero dicho de otra manera. Los cuadros son muy grandes y no creo que el paciente tenga problemas por no tener a "fulanito". En general, la respuesta desde el punto de vista prestacional es muy potente, yo diría que permanentemente hipertrofiada porque la demanda no alcanza. Ya nos gustaría, pero la demanda es la que es.

**MANUEL RODRÍGUEZ:** El pago que debieran hacer las compañías a un profesional, a un proveedor debería depender del grado de carrera profesional. No cobra lo mismo un coronel que un teniente. Esto hay que trabajarlo, tal vez con las instituciones colegiales. No hay un precio cierto de la medicina, lo que acarrea problemas y disfunciones, por ejemplo, con el tema de las colaboradoras a 20 euros, cuando una póliza privada está a unos 55 euros. Además, no es lo mismo atender a 400 pacientes o clientes que a tres o cuatro. Si hago más trabajo, debería tener un descuento por el volumen.

**BERNARDINO LENDÍNEZ:** Eso tendremos que cambiarlo, pero nos tendremos que poner de acuerdo la asociación de



**"El grado de dependencia es grandísimo entre las clínicas privadas y las aseguradoras médicas: el 90 por ciento en cuanto a actividad y el 15 por ciento en facturación a nivel nacional"**

– Manuel Rodríguez Ocaña

clínicas (con internamiento y sin internamiento) con las compañías aseguradoras, que no somos enemigos, que tenemos que ir por las buenas, porque si Sanitas, Adeslas y Asisa representan el 90 por ciento de mi facturación, yo tendré que hablar con

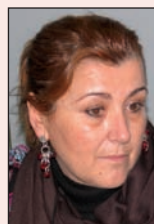


Los expertos convocados por MEDICAL ECONOMICS explicaron la relación que mantienen las aseguradoras con las clínicas y consultas privadas.



**Teótimio Sáez Zazo**  
**PRESIDENTE DE LA COMISIÓN TÉCNICA DE SALUD DE UNESPA**

"A pesar de que el seguro de salud no llega a la cuarta parte del gasto sanitario, es esencial para la actividad sanitaria privada".



**Carmen Menéndez Ceño**  
**DIRECTORA DEL DPTO. DE MEDICINA DE LA MUJER DEL INSTITUTO PALACIOS**

"El cliente futuro de la medicina privada tendrá un perfil de 30 a 60 años, de clase media y un nivel de educación medio-alto".



**“Las compañías aseguradoras no son nuestras enemigas ni nosotros los enemigos de las aseguradoras. Un centro médico facilita al paciente el consumo, la calidad en el servicio”**

– Bernardino Lendínez Castro

ellos de alguna manera. Hay que tener en cuenta que cerca del 80 por ciento de empresas sanitarias están en una decena de aseguradoras y que más del 50 por ciento están en las tres mayores. Pero volvamos a los servicios. Yo tengo un centro médico abierto desde las ocho de la mañana hasta



Durante el encuentro se habló de cómo ha evolucionado el perfil del cliente en los últimos años.



**Bernardino Lendínez Castro**  
**DIRECTOR GRAL.**  
**DEL CENTRO MÉDICO**  
**INFANTA MERCEDES**  
**(MADRID)**

“Cerca del 80 por ciento de las empresas sanitarias están en una decena de aseguradoras y más de la mitad están en las tres mayores”.

las nueve de la noche con una inversión, con un montón de profesionales dispuestos a que usted venga por mil euros al mes, y encima me lo va a pagar en tres partes que me complica la vida administrativamente y, además, dentro de tres meses. Pues no. Si usted quiere, yo le voy a arrendar los servicios sanitarios del centro. Usted me contrata y esto vale tanto al mes.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Qué medidas habría que tomar para que mejorasen las relaciones existentes entre aseguradoras y clínicas y consultas privadas?*

**BERNARDINO LENDÍNEZ:** Tendríamos que sentarnos para repartir, que es muy difícil, este pastelito que hay tan pequeño, e intentar que sea más grande y más beneficioso para todos; y que yo no me tenga que sentar con Asisa, con Adeslas, o con Sanitas para decirle: “Oye, súbeme el IPC, bájame el baremo, págame la escayola”. Pero estamos donde estamos y no podemos estar continuamente llorando, quejándonos e irnos al muro de las lamentaciones para luego seguir como estamos. Yo soy una persona muy optimista por sistema y creo que podemos hacer cosas, pero las tenemos que hacer juntos, las compañías aseguradoras con nosotros y nosotros con los profesionales. Vamos a ir a la Administración para el que paga la póliza de seguros por lo menos se desgrave algo, que tenga algún aliciente. Creo que esto en Madrid es viable, no sé en el resto del país.

**MANUEL RODRÍGUEZ:** Como centro sin internamiento, hay costes que no se nos reconocen. Ahora mismo, con una placa de tórax perdemos dinero con los costes indirectos. Y hay que ser conscientes, y el colegio de médicos debería saberlo, que tenemos un problema con la renovación de cuadros. En la última encuesta que publicó el Colegio de Madrid la edad media del profesional médico estaba en torno a los 55 años. Otro fenómeno que incide un montón es la feminización. Según datos del colegio de médicos, en Madrid se co-

legian mil médicos al año, de los que cerca de un cuarta parte pasan por la vocalía de ejercicio libre. Con las dificultades que hay ahora mismo para cualquiera de esos...

#### CARMEN MENÉNDEZ:

Después de todo lo que habéis dicho, creo que poco tengo que añadir. Lo único que quiero recordar es que el objetivo final de todo el sistema nacional de salud es el bienestar de su población y que el bienestar de población pasa por la convivencia de los dos sistemas que tenemos, tanto el público como el privado, y que el privado ha demostrado en los últimos años y en las últimas décadas que no solamente va a dar calidad asistencial, sino que también está participando en labores de investigación, de docencia y que tiene que ir en convivencia con el sistema público y que la libre elección la tiene el ciudadano.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Cuál es el perfil actual del cliente de las compañías aseguradoras y cuál sería el retrato robot de ese nuevo consumidor de servicios sanitarios que se acerca? ¿Cómo evolucionará este mercado, teniendo en cuenta que el cliente de las aseguradoras es paciente de las clínicas y consultas privadas?*

**MANUEL RODRÍGUEZ:** El eje de todo gira en torno al cliente, y su perfil sigue siendo el mismo que hace unos años. Pero con el tema de los funcionarios esto está cambiando. No obstante, ese retrato robot de futuro creo que se va a ir moviendo despacio, pero con un perfil parecido al que tenemos ahora, con unos ocho millones de españoles con póliza de asistencia médica, cerca de un 19 por ciento de la población.

**CARMEN MENÉNDEZ:** La medicina privada ha cambiado mucho, ha mejorado en calidad, pero la crisis económica nos afecta. Sectores o colectivos como los jóvenes y los pensionistas se pueden descolgar de la medicina privada. Pero, dependiendo de la repercusión de la crisis, en



Los asistentes debatieron también sobre cómo afecta la situación económica actual a la medicina privada.

los próximos años algo tiene que cambiar y creo que va a cambiar para bien.

**BERNARDINO LENDÍNEZ:** En el último año y medio ha habido un incremento del cliente-paciente privado, lo que quiere decir que las compañías aseguradoras tienen potencial de crecimiento. Para que esos pacientes lleguen a tener una compañía aseguradora, tendrán que cambiar algunas cosas. Bien es verdad que la inmensa mayoría de nuestros pacientes son clientes de las compañías aseguradoras, y algo tendrá que cambiar en la asistencia a estos pacientes. Es más complicado tener una asistencia de una compañía aseguradora que la propia Seguridad Social, en tiempos, en aglomeraciones, en servicios... Entonces, habrá que dar a esos pacientes-clientes algo más



**“ Los policlínicos nos generan una situación de cierta incomodidad, en el sentido de que el paciente se encuentra con un centro donde la oferta siempre genera más demanda”**

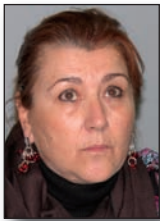
– Luis Manuel Mayero Franco



Los directores asociados de MEDICAL ECONOMICS José María Martínez (dcha.) y Gonzalo San Segundo (izda.), posan con los asistentes a la mesa redonda.

a lo que ya tienen. Creo que ahí radica el esfuerzo que se tiene que hacer.

**LUIS MAYERO:** El perfil del cliente sí ha cambiado mucho desde hace 20 años. Ha cambiado el entorno y ni la sanidad pública ni la privada son lo que eran. Estamos sacando sesgos en cada comunidad, y los que tenemos implantación nacional sabemos dónde hay más sensibilidad a gastarse el dinero en una asistencia, lo que se llama doble aseguramiento. Hay comuni-



**“ En el Instituto Palacios tenemos un alto nivel de privados y trabajamos sólo con dos aseguradoras. Tenemos que dar calidad y llegar a acuerdos entre las partes implicadas ”**

– Carmen Menéndez Ceño

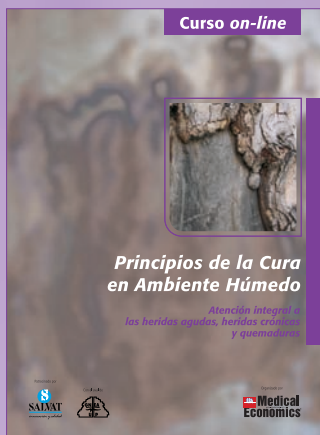
dades en las que hay o menos sensibilidad o menos dinero. Debemos crecer, pero por mejoramiento de nuestros servicios, no por el empeoramiento del de al lado. A la sanidad privada acuden el 93 por ciento de

los funcionarios y el ciudadano que elige pagar una cantidad de dinero, además del que le retiene el Estado, para utilizar otra medicina, a pesar de que la pública cada vez es mejor. Y luego, por razones fiscales, los colectivos, las empresas, que es donde las entidades de seguros están intentando apretar más. Pero detectamos que cada vez hay menos pacientes privados puros. De hecho, la facturación de las clínicas, casi en un 70 por ciento, es de aseguradoras, y si pones lo que va de

pública, te deja muy poco espacio para el privado puro. Respecto al futuro, tenemos que buscar fórmulas para mejorar nuestros negocios sanitarios, que la privada sea una alternativa de verdad a la pública, no un sustituto para cuando me interesa, que es lo que está ocurriendo en muchos casos. Las entidades aseguradoras deberíamos ir buscando el perfil del cliente que nos interesa y en eso se está trabajando.

**TEÓTIMO SÁEZ:** ¿Qué ciudadanos tienen un seguro privado de salud? Sobre todo, la clase media, que quiere acceder a la medicina privada, sin olvidar que ya tiene otra cobertura médica. Esto explica que la gente va al seguro de salud privado temporalmente, que muchos consumidores no se lo plantean de por vida. La duración media de los contratos de las pólizas, que ahora tenderá a ser más baja por la crisis económica, está en cuatro años. El español medio está dispuesto a pagar más por el seguro del BMW que por el seguro de salud privado.

**CARMEN MENÉNDEZ:** A modo de resumen, el cliente futuro de la medicina privada tendrá un perfil, varón o mujer, desde los 30 a los 60 años (esto ya depende de las compañías de seguro), de clase media y con un nivel de educación medio-alto y que pueda entender que nunca va a suplantar al seguro público, pero que sí es una alternativa eficaz. ■



## Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras

### Temario

#### Unidad 1

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

#### Unidad 2

Úlceras Vasculares (UV)  
Pie Diabético

#### Unidad 3

Quemaduras

### Coordinadores científicos

#### Justo Rueda

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

#### Luis Arantón

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

#### Esther Armans

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

#### Josep M. Petit

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

#### Xavier Teixidó

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



## antisepsia y desbridamiento

### TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

Unidad 2 Desbridamiento

### COORDINADOR

#### Justo Rueda

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

### AUTORES

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

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

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

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

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

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

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

Con el aval de



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

Patrocinado por



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

[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

donde encontrará información adicional sobre este curso.

# Cómo prevenir el fraude en su consulta

Esté preparado para evitar que sus empleados le engañen. La mejor defensa es un buen ataque.

Por Mark A. Master y Sheldon H. Eveloff



**E**l fraude por parte de los empleados puede tomar muchas formas dentro de una consulta médica. Pero las operaciones de cuentas por pagar pueden ser una fuente de grandes riesgos debido al enorme volumen de transacciones que se realizan. Si no se extreman las precauciones ante este tipo de situaciones, alguien puede intentar cometer un fraude de manera sencilla: existen grietas por donde puede filtrarse una factura de un proveedor que no procede u otro documento fraudulento, aprovechando de ese modo los valiosos recursos de una consulta. Incluso un empleado honesto que esté atravesando una crisis puede estar tentado de ponerse a flote mediante un “préstamo a corto plazo”.

Para reducir al mínimo estas oportunidades, debe reforzar la seguridad de su sistema de pago de cuentas. Establezca una política y una práctica de control adecuada con comprobantes y controles. Proporcione a cada empleado una descripción escrita bien

definida de su trabajo, con un listado detallado de sus deberes y de cómo esos deberes forman parte de todo el sistema. Evite tener a una persona sola manejando todas las operaciones de pago; dividir los quehaceres hace más difícil que cualquier persona tenga la posibilidad de hacer trampas. Finalmente, considere la opción de contratar a un auditor externo para evaluar los dominios internos, sobre todo si su consulta o el ambiente en general ha sufrido un cambio reciente.

Las políticas y los procedimientos que desarrolle le ayudarán a salvaguardar los recursos de la consulta, a limitar las responsabilidades y a hacer su sistema de información financiero más fiable y preciso, siempre

---

Los autores de este relato trabajan en el Goldenberg Rosenthal, una consultoría de Jenkintown, PA. Mark A. Master es socio responsable de la Healthcare Practice Division. Sheldon H. Eveloff es socio y responsable de la Management Consulting Services Division.

y cuando los siga. Aquí tiene algunas medidas clave para prevenir los fraudes:

► **Vigilar entradas inusuales.** La base de la contabilidad por partida doble es que cada transacción es bilateral, una acción provoca una reacción igual y opuesta. Cuando un paciente u otro tercero paga la cuenta, su dinero en efectivo incrementa, mientras que las cuentas pendientes disminuyen. ¿Qué pasa cuando la entrada de compensación de un pago es una cuenta de préstamo de un empleado, una cuenta de cambio, o una empresa relacionada? Esta situación debería hacer sonar las alarmas, indicando que la entrada en las cuentas puede haber sido desviada por un miembro del equipo.

► **Confirmar las compras y los gastos.** ¿Ha recibido el servicio o el producto que tenía que recibir? ¿La cantidad, la marca y otras especificaciones son correctas? Un compañero de consulta o el gerente de la oficina debe comprobarlo siempre, comparando las facturas originales del proveedor, la orden de compra y los recibos. Todo debe indicar “pagado”, acompañado por el número de talón. Investigue todas las transacciones en que la misma persona sea la que autorice la compra, apruebe la factura del proveedor y realice el pago.

► **No se fie de los proveedores “impacientes”.** Los proveedores serios no le apremian a la hora de realizar el pago, puesto que saben que usted debe mantener unos procedimientos y un control internos. Un proveedor que le presiona puede estar de acuerdo con un empleado que intenta una malversación de fondos. Además, en las consultas más grandes, no se fie de los proveedores que insisten en mantener relaciones comerciales con las mismas cuentas o con miembros de la empresa o aquellos cuyas cuentas siempre son pagadas por la misma persona. Si sospecha de una relación proveedor-empleado, verifique que la compañía tiene una sede válida, una dirección y un número de teléfono.

► **Verifique que sus facturas están siendo pagadas.** Si usa una cuenta corriente para pagar un conjunto de facturas, no es difícil que alguien incluya la de su teléfono, servicios públicos o la de la tarjeta de crédito. Esté atento a esta posibilidad y vigile las

facturas que incluyan productos o servicios entregados en cualquier otra parte.

► **Examine los cheques cancelados.** Los proveedores legales depositan los cheques en las oficinas bancarias, habitúese a revisar las dos partes implicadas en la cancelación de los mismos. Un cheque que aparece como cobrado pero que no ha sido depositado debería hacer sonar las alarmas. Además, también debería tener cuidado con los cheques que aparecen cobrados en una cuenta personal y no en una de la empresa o cheques con un endoso no conocido. Una cuenta por pagar a un proveedor aprobada por uno de sus empleados es, obviamente, una señal de alerta.

«Intentar ocultar prácticas ilegales haciendo trampas en la declaración de la renta, por ejemplo, puede suponerle grandes problemas»

► **Investigue los impresos de cuentas del proveedor.** Si acostumbra a recibir 12 facturas al año de la Acme Supply Company y observa que tiene 14 ó 15 pagos, averigüe el porqué. Este tipo de desajustes inexplicables no sólo puede ser una señal de un fraude por parte de un empleado, sino que puede estar relacionado con un delito por parte del proveedor. Si los registros de su cuenta sugieren que está pagando a dos compañías por el mismo servicio, investiguelo de inmediato.

► **Vigile los pagos.** Examinando los extractos mensuales del proveedor podrá saber si los pagos se están efectuando adecuadamente o si van a parar a una cuenta personal de algún empleado. Los sobrepagos a los proveedores deben hacer saltar todas las alarmas, puesto que suponen otra forma de efectuar pagos fraudulentos.



► **Tenga cuidado con los fraudes fiscales.** La Hacienda Pública vigila las actividades fraudulentas, que pueden tener consecuencias muy graves para usted y para su consulta. Intentar ocultar prácticas ilegales haciendo trampas en la declaración de la renta, por ejemplo, puede suponerle grandes problemas, especialmente si el culpable es un socio o un gerente. Esté muy alerta.

### Adopte medidas adicionales

Todas estas medidas son muy efectivas, pero hay muchas más cosas que puede hacer para prevenir la apropiación indebida de sus recursos.

► **Revise todos los extractos del banco y de su tarjeta de crédito.** Usted, el dueño de la consulta, o un compañero de confianza debe revisar los extractos antes de cuadrar la contabilidad. Antes de pagar los gastos de la tarjeta de crédito, insista en ver los recibos originales.

► **Revise los recibos y los depósitos.** Alguien ajeno a la contabilidad general de la consulta puede abrir su correo, observar los pagos e informar de los pagos totales a un compañero o jefe.

► **Ajuste sus cuentas a pagar y cuentas a cobrar mensualmente** y pida una aclaración de todos los movimientos efectuados por un compañero o gestor de la consulta.

► **Investigue a los proveedores con los que trata por primera vez.** Verifique su nombre, dirección y movimientos fiscales antes de iniciar una relación comercial.

► **Restrinja la autorización y el acceso a las finanzas.** Como una medida más de protección, proteja su ordenador con una contraseña y establezca un límite de gasto en las autorizaciones monetarias. Sólo usted debe conocer la contraseña.

► **Insista en que sus empleados se tomen unas vacaciones.** Es necesario para todo el que trabaje en contabilidad o en otra función que implique manejo de dinero, de esta forma usted podrá examinar su trabajo mientras estén fuera de la oficina. Los empleados con conocimientos contables pueden asumir este tipo de trabajo, pero no está de más que usted o alguien de confianza le eche un vistazo también.

► **Vigile comportamientos sospechosos.** Preste atención a sus empleados, esté alerta sobre signos que indiquen abuso de algún tipo de sustancia, ludopatía, deudas personales o cualquier otra crisis o serios cambios en su estilo de vida. Observe también si hay algo que indique insatisfacción en el ámbito laboral. Si observa alguna de estas señales, vigile estrechamente los actos del empleado en cuestión.

► **Investigue cuando vaya a contratar a alguien nuevo.** Consulte referencias y fechas

en las que ha trabajado, asegúrese de que hay explicación para los intervalos de tiempo entre un trabajo y otro. Tener un seguro (que podrá obtener a través de su responsable de seguros) para los empleados "de alto riesgo" con acceso a los activos de la consulta es una medida esencial de seguridad. Tener y consolidar fuertes controles internos para evitar el fraude en su consulta es similar a la práctica de la medicina preventiva. Realizados correctamente, son el mejor método para defenderse contra todo tipo de intentos de fraude por parte del personal. ■





# Los jueves de Medical Economics®

## Las taifas de la Sanidad española: ¿quiebra o fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud?

Jueves, 25 de Junio de 2009, 19.30h

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

Con la colaboración de

---



**NUTRICIA**

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

# JORNADA

## LA REALIDAD DE LA DEPRESIÓN: clínica y farmacoeconomía



Organiza

**Medical Economics**

Con la colaboración de:



Barcelona, 7 de julio de 2009

Información e inscripción: Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 • [info@medeco.es](mailto:info@medeco.es)

# Cuando el jurado se equivoca

Las negligencias y la malpraxis pueden perjudicar a los pacientes, pero también a los abogados, tal y como este especialista nos cuenta.

Por Arnold Wax

**S**oy médico especialista en Oncología y en general, estoy contento con los cambios que se han hecho en nuestro estado, Nevada, que creo que eran necesarios para mantener una correcta práctica médica. Sin embargo, un caso concreto me hizo ver cómo el sistema puede llegar a fracasar.

En 2002, una mujer encantadora, a la que llamaré Mary, acudió a mi consulta. Dos años antes, había desarrollado una lesión cutánea en la zona púbica. Su médico lo extirpó, y un patólogo le diagnosticó un nevus displásico. Lo márgenes estaban limpios, y Mary siguió con su vida.

En 2004, la lesión volvió a aparecer y su médico volvió a extirpar. Sin embargo, esta vez era maligno, por lo que Mary fue derivada a un cirujano para practicarle una incisión más amplia. Como la lesión estaba muy cerca de la zona linfática, pedí una linfoscintigrafía y una biopsia del ganglio centinela. Fue una sorpresa y un gran disgusto saber que el resultado de la biopsia indicó que se trataba de un melanoma.

Mary era una mujer muy activa que necesitaba cierto procedimiento ambulatorio para mantener su trabajo y cuidar de sus nietos. Con eso en mente, contemplamos la posibilidad de



la disección inguinal del ganglio. Pero dado que era posible que surgiesen complicaciones médicas que interfiriesen con su modo de vida, Mary declinó esta opción.

Después de ver los resultados negativos, tuvimos en cuenta otras opciones: observación, ensayos clínicos o terapia con interferón. Mary quería tratar su enfermedad, por lo que no podía esperar más. Asimismo, participar en un ensayo médico quedó totalmente descartado, puesto que para ello debía mudarse de ciudad. La única opción posible era la terapia con interferón, algo en lo que ella estaba de acuerdo.

Durante esta segunda etapa, un segundo patólogo revisó el informe original del año 2002 y observó que ya en él había signos evidentes que conducían a un diagnóstico de melanoma maligno, no de nevus displásico. Poco después, el primer patólogo reconoció que había interpretado mal las muestras.



Después, empezó la terapia con los consiguientes efectos secundarios: fiebre, resfriados, sudores, fatiga y depresión. La salud de Mary empeoró de tal forma que tuvo que dejar su trabajo. Además, tuvo otro efecto secundario inesperado: acusadas anomalías en la función hepática, que le llevaron a una profunda pérdida de peso. Detuvimos la terapia, pero las anomalías persistieron. Se le realizó una biopsia del hígado y las pruebas revelaron que Mary sufría una hepatitis autoinmune (que no fue causada por el interferón). Se abandonaron los planes de tratamiento con el tiempo, y sus problemas hepáticos se resolvieron.

Como esperaba, Mary denunció al primero de los patólogos, que había realizado un diagnóstico erróneo. Poco después, uno de sus abogados me invitó a ser testigo en el juicio,

«Creí que la resolución del caso iba a ser rápida, teniendo en cuenta que el acusado había admitido su error»

y, como médico encargado de su tratamiento, me sentí en la obligación de apoyar la demanda. Su abogado me dijo que lo único que Mary quería era que se le reconociesen los daños con el fin de ayudar a sus nietos (que eran lo más importante para ella, sobre todo después de que su marido muriese inesperadamente a causa de una embolia pulmonar tras una operación).

Creí que la resolución del caso iba a ser rápida, teniendo en cuenta que el acusado había admitido su error. Pero nada más lejos de la realidad.

### Los jurados pueden estar mal informados

Se realizó la presentación de las declaraciones juradas y la toma de las declaraciones, incluida la mía. Ya con todos los comentarios y con la presentación de los hechos, se procedió a la resolución del caso. Podría haberse tratado de un caso de más de 1 millón de euros, pero las nuevas leyes de Nevada, en Estados Unidos, señalaban que Mary no podría percibir más de

350.00 euros por daños no económicos (por daños y perjuicios) o por cualquier otro perjuicio económico colateral. Los costes médicos, que ascendían a más de 100.00 euros, fueron cubiertos por el seguro, por lo que no quedaban incluidos como daño económico.

El proceso se alargó durante seis días. Estuve dos horas en la tribuna de los testigos. Describí la trayectoria decreciente de la salud de Mary en los últimos años y las variaciones en el tratamiento en los diferentes estadios del melanoma. También dije que me parecía muy "loable" el reconocimiento por parte del primer patólogo de su error.

Como era de esperar, el jurado determinó que el patólogo había incurrido en una negligencia. Pero, para mi sorpresa, Mary no fue indemnizada por los daños sufridos. Uno de sus abogados me comentó más tarde que el jurado quería acordar una indemnización con la corporación profesional de patólogos, pero no se dijo nada en el juicio. Los miembros del jurado dijeron que sabían que el patólogo no había actuado malintencionadamente y que si debía hacerse responsable de la indemnización era muy probable que tuviese que abandonar el estado. Estoy seguro de que estaban influenciados por los anuncios políticos que se habían realizado durante la campaña electoral de la "tort reform", en los que se hablaba sobre los médicos que habían tenido que dejar Nevada por la crisis de mala praxis.

El juez se indignó con el veredicto, porque el jurado no había seguido el procedimiento estándar legal que debería haber sido aplicado en el caso. Después, me llegaron noticias de que los abogados de la defensa tenían la intención de instar a Mary a pagar los costes del juicio, algo que el juez juró que no dejaría que pasara.

Hoy en día, Mary es una mujer mayor, viuda que se hace cargo de sus nietos con muy pocos recursos. Había resultado perjudicada por un error médico admitido. Después de la terapia con interferones, que dio resultado, no ha seguido ningún otro tratamiento. Pero si el melanoma reapareciese, podría ser fatal.

Cuando colaboré con el movimiento de reforma de Nevada para resarcir a los pacientes que habían sufrido malpraxis, no pensé en las posibles consecuencias para las personas inocentes que realmente habían sido perjudicadas por errores médicos, y que no iban a recibir sus indemnizaciones por las equivocadas emociones del jurado. ¿Habría actuado de otra manera si hubiese sido consciente de ello? ■

# Gestión de Calidad

## La planificación del servicio sanitario

**D**entro de los requisitos especificados por la norma ISO, se encuentra el relativo a la planificación de la realización del producto, lo que implica que el centro sanitario debe desarrollar los procesos necesarios para la realización y/o prestación del servicio.

Esta labor previa de planificación implica la determinación de aspectos tales como los objetivos de calidad definidos para el servicio, requisitos necesarios, determinación de la necesidad de establecer procesos y documentación de los mismos, planificación de los recursos necesarios, actividades de verificación, validación, seguimiento y pruebas necesarias, así como los criterios de aceptación y registros necesarios para evidenciar que se han cumplido los requisitos predefinidos.

En la atención sanitaria, los principales productos son servicios muy amplios que abarcan actividades tales como la prevención y promoción de la salud, el diagnóstico, tratamiento, dispensación de medicación, cuidado de dependientes, y muchas veces son resultado de procesos integrados más amplios. Esta variada cartera de servicios recoge desde procesos complejos como un trasplante cardíaco a servicios más simples como una determinación analítica.

En la definición de estos servicios interactúan como vectores desde los derechos y necesidades del paciente hasta la política sanitaria o la legislación aplicable, que deben ser adaptados a las necesidades y expectativas de los clientes. En esta planificación se debe tener en cuenta lo siguiente: el marco normativo aplicable; requisitos de calidad exigidos por el centro; establecimiento de una metodología que permita aplicar la gestión por procesos y el desarrollo de métodos sistemáticos de protocolización de los procesos clínicos; definición de indicadores de cada proceso, que permitan su correcta medición y análisis; planificación de los recursos nece-

sarios, de manera que se eviten costes innecesarios por duplicidad de tareas o exceso de dotaciones (personal, instalaciones, equipamiento); y materiales y registros necesarios que evidencien el cumplimiento de los requisitos especificados.

Si tomamos como ejemplo la planificación de la prestación de un servicio de urgencias se deberían tomar en consideración los siguientes puntos: la normativa aplicable en cuanto a organización del servicio y dotaciones estructurales, los objetivos de calidad requeridos (tiempo medio de espera, duración media por proceso, porcentaje de ingreso desde urgencias a hospitalización, frecuentación de pacientes en las veinticuatro horas siguientes al alta, etc.), protocolización de los procesos atendidos, provisión de recursos necesarios (número de salas de atención, box de críticos, anchura de los pasillos, sistemas de refrigeración, carro de parada, desfibriladores, camas articuladas, así como los mecanismos de revisión de su adecuación al uso en las condiciones requeridas, personal necesario en cuanto a facultativos, especialidades existentes y régimen de permanencia en el centro). Además, de deben documentar las funciones, y su dependencia jerárquica y funcional en el seno de la organización. En cuanto a los materiales se requieren dotaciones mínimas de medicación y material y mecanismos de custodia, control y reposición de los mismos; por otro lado, se deben documentar adecuadamente los requisitos en cuanto a cumplimentación de historia clínica y custodia de la misma, así como el control de accesos que permitan dar adecuado cumplimiento a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

La definición de estos parámetros nos llevará al establecimiento de un plan operativo adecuado al servicio previamente definido. ■



Luisa Bautista\*

» Se deben documentar adecuadamente los requisitos en cuanto a cumplimentación de historia clínica y custodia de la misma.

» En cuanto a los materiales se requieren dotaciones mínimas de medicación y material y mecanismos de custodia, control y reposición de los mismos.

\*Responsable de Gestión de Proyectos y Calidad. Subdirección Médica de Clínicas. ASISA.

# Gestión en Atención Primaria

## Habilidades personales y comunicativas



Pablo Tobajas Ruber\*

**E**l desarrollo de habilidades directivas de los profesionales que desembarcan en el mundo de la gestión sanitaria es uno de los objetivos formativos fundamentales para crecer en capacidades que le permitan las mejorar en la toma de decisiones. En este sentido, para que los directivos dispongan de los conocimientos, herramientas y habilidades necesarias para desarrollar con éxito las responsabilidades y retos de la gestión sanitaria propios del nivel de la Atención Primaria de Salud, han de formarse en habilidades relacionadas con el ámbito del liderazgo; éstas deberán estar dirigidas a fomentar la participación, la asunción de responsabilidades y el *empowerment* de sus colaboradores.

En este artículo se pretenden destacar aquellas que consideramos más importantes y que suelen suscitar más interés habitualmente entre los directivos: gestión del cambio, estrategias de comunicación, gestión del tiempo, dinamización de equipos, planificación de la carrera profesional y personal, planificación estratégica y liderazgo en las organizaciones.

¿Cuáles son las habilidades que debe presentar un directivo de equipo? ¿Cómo se desarrollan estas habilidades? El desempeño adecuado de la función directiva implica el desarrollo de habilidades, principalmente, de organización personal, delegación, negociación, trabajo en equipo y comunicación.

Las competencias directivas que debe tener un directivo son entre otras: saber diferenciar lo urgente de lo importante, saber comunicar y presentar el “qué” y el “cómo” se quiere hacer, autocontrol del estrés o di-

cho de otras manera, dominar los nervios, tener liderazgo, saber gestionar equipos, conocer las herramientas de trabajo de resolución de problemas, ser creativo, flexible, tener capacidad de negociación, y además saber conciliar el ámbito profesional y personal. No parece tarea fácil, ¿verdad?

De lo que no cabe duda es que la manera de aprender este conocimiento, muchas veces emocional, y de todas éstas habilidades es a través de la práctica, mediante la experiencia del día a día. Un directivo debe ser “caliente”, esto es, tener cabeza, ser líder, empático y tenaz.

### El trabajo en equipo

Dentro de una organización los líderes se distinguen no sólo por tener una visión clara de hacia dónde hay que ir, sino además por saberlo explicar de forma clara y sencilla, sabiendo alcanzar las emociones de las personas y respondiendo a sus expectativas. Debe haber una relación recíproca entre el líder y las personas a las que se dirige.

Por tanto, lo realmente importante de un líder no son exclusivamente sus características intrínsecas, sino que lo importante es el liderazgo que ejerce a través de toda la organización de manera horizontal. Dicho de otra manera, se distinguen sus capacidades por la longitudinalidad de sus actuaciones, es decir, a lo largo del “proceso”.

Los beneficios que el liderazgo aporta al equipo van mas allá que la simple consecución finalista de los objetivos de un proceso concreto, ya que detrás de éste vendrá uno nuevo que necesitará que la maquinaria esté bien engrasada para funcionar con el mismo grado de implicación. Por ello han de tenerse

» Los beneficios que el liderazgo aporta al equipo van mas allá que la simple consecución finalista de los objetivos de un proceso concreto.

» En términos generales las estrategias de comunicación giran en torno a un concepto básico que es el respeto o la consideración que debemos tener hacia quien nos dirigimos.



en cuenta todos aquellos elementos que puedan suponer un desgaste, tanto para el equipo como colectivo como para cada uno de los colaboradores. A menudo el que el líder ejerza de parachoques o sepa “sacar el paraguas” cuando llueve suele ser admirado entre los suyos y respetado por los otros. Este tipo de conductas directivas son las que generan confianza interna, siendo ésta la mejor estrategia de propaganda de la organización a la que se representa.

En este sentido, no se debe descuidar la introducción de una cartera de incentivos que observen tanto el reconocimiento económico como el social, que permita facilitar activos de confianza al individuo para la superación personal del trabajo bien hecho. Por ello, es importante que el líder sepa relativizar y ser flexible en cuanto al método, a los procedimientos y a incorporar nuevas ideas de sus colaboradores.

El directivo no debería desatender a la hora de gestionar su liderazgo entre el equipo de trabajo, el saber plantear los retos como factor motivador de superación personal. Con ello conseguiremos tanto mejorar la satisfacción interna, como conseguir que manifiestamente actúe como palanca de avance de la organización. Todo ello está dentro del marco de actuaciones para cumplir con los conocidos principios básicos de la calidad total, es decir saber tanto orientar sus objetivos al cliente externo como generar satisfacción interna (formación, promoción, participación, *empowerment*).

En términos generales las estrategias de comunicación giran en torno a un concepto básico que es el respeto o la consideración que debemos tener hacia quienes nos dirigimos. A nivel interno debemos trabajar una serie de mecanismos autorreguladores, como son el conocimiento propio, el control de las propias emociones, tener la capacidad para poder fijar metas en cuanto al desarrollo de nuestras resistentes a la frustración y tener la capacidad de rectificación (humildad). Con respecto al mensaje que debemos ser capaces de transmitir cuando nos dirigimos a los de-

más, debemos ser capaces de generar alianzas de crear lazos, de saber escuchar y reconocer las emociones ajenas. Por tanto hemos de “aprender” a saber gestionar las habilidades sociales para poder comunicar con eficacia, esto es, ejercer influencia, resolver los conflictos, liderar con visión de futuro, catalizar los cambios, establecer vínculos, trabajar en equipo.

### Ensayar el mensaje

Cuando nos dirigimos a un público numeroso, debemos tener claro que aunque es importante saber controlar los nervios, conocer previamente el contexto, conocer el público a quien me dirijo, y por tanto saber sus necesidades; lo que es realmente capital es una preparación exhaustiva: ensayo y planificación del mensaje (delimitar los objetivos). Una vez que tenemos controlado todo lo anteriormente citado, no hay que perder de vista al “envoltorio”, ya que se nos va a juzgar tanto a nosotros mismos como a lo que decimos en función de si además sabemos controlar la comunicación no verbal y la locución. La comunicación no verbal, y por ende el afecto que traslademos a nuestros interlocutores, será responsable de que nuestro mensaje sea efectivo en más de un 50 por ciento.

En mi opinión, las competencias directivas que debe tener un directivo son entre otras: saber diferenciar lo urgente de lo importante, saber comunicar y presentar el “qué” y el “cómo” se quiere hacer, autocontrol del estrés o dicho de otra manera, dominar los nervios, tener liderazgo, saber gestionar equipos, conocer las herramientas de trabajo de resolución de problemas, ser creativo, flexible, tener capacidad de negociación, y además, saber conciliar el ámbito profesional y personal.

Deberemos ser claros y sencillos, estableciendo una relación empática entre el líder y los colaboradores, ello proporciona confianza interna y dará solidez a nuestra organización. Cuando nos dirijamos a los demás debemos conocer bien de lo que hablamos para controlar mejor nuestro lenguaje no verbal y conseguir la imagen o efecto deseado. ■

Sección patrocinada por:



# Deducciones en la cuota

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

### Deducción de 400 euros en el IRPF

#### ¿Quién puede beneficiarse de la deducción de 400 euros decretada por el Gobierno?

El 19 de abril de 2008 el Gobierno aprobó un plan de medidas para reactivar la economía. Una de estas medidas es la deducción de 400 euros aplicable sobre la cuota líquida total del IRPF. De esta medida pueden beneficiarse los contribuyentes que obtengan rendimientos del trabajo (asalariados y pensionistas) o de actividades económicas (autónomos). El importe de la deducción no podrá exceder del resultado de aplicar el tipo medio de gravamen a la suma de los rendimientos netos del trabajo y de actividades económicas, minorados, respectivamente, en la reducción por obtención de rendimientos del trabajo y, en su caso, de actividades económicas.

Pongamos un ejemplo: un celador obtiene rendimientos del trabajo por importe de 8.000 euros brutos anuales, y por los que, aplicando el tipo medio de gravamen por el IRPF, debería pagar 350 euros, el límite de la deducción será de 250 euros y nunca 400 euros. Sin embargo, si percibiendo unos rendimientos de 50.000 euros debiera pagar unos 9.500 euros, tendrá derecho a aplicar el cien por cien de la deducción.

### Aplicación en las nóminas de la deducción de los 400 euros

#### ¿Cómo se aplicó la deducción en las nóminas del ejercicio 2008?

En la nómina del mes de junio de 2008 las retenciones se redujeron en 200 euros. Si las retenciones no alcanzaban los 200 euros, no se practicaba ninguna. En las nóminas de los meses de julio a diciembre de 2008 debió disminuirse el tipo de retención aplicable en la cuantía necesaria para completar la reducción de las retenciones de 2008 hasta los 400 euros. En el caso de un médico que fuese a soportar una retención de 1.100 euros, en la nómina de junio de 2008 su empleador debió retenerle 900 euros (1.100-200). Los 200 euros restantes de la deducción

se debieron prorratear en los seis meses siguientes, de julio a diciembre, a razón de 33,33 euros por mes. En este caso, el empleador debió retener al médico en las nóminas de julio a diciembre 1.066,67 euros (1.100-33,33).

Por el contrario, en el caso de otro médico que solo estuviese soportando una retención de 180 euros, en la nómina del mes de junio su empleador no le debió retener nada. El saldo de deducción pendiente de aplicar entre los meses de julio y diciembre fue de 220 euros, a razón de 36,67 euros mensuales. Por lo que, en consecuencia, en las nóminas de los meses de julio a diciembre la retención aplicable a este médico por su empleador debió ser igual a 143,33 euros (180-36,67).

Los autónomos que realizaron pagos fraccionados trimestrales se beneficiaron de esta medida a partir de julio de 2008, aplicando una deducción de 200 euros en la declaración de pagos fraccionados presentada en julio, y de 100 euros en las de octubre y enero. Por el contrario, los autónomos que no realizaron en el ejercicio 2008 pagos fraccionados se beneficiarán de la deducción de los 400 euros en el momento en que presenten la autoliquidación del IRPF del ejercicio 2008, lo que supondrá que la cuota resultante de su autoliquidación sea inferior en 400 euros a la que hubiera correspondido en caso de no aplicarse esta deducción, siempre con el límite indicado del resultado de aplicar el tipo medio de gravamen a sus rendimientos netos reducidos.

### Aplicación de la deducción de los 400 euros

#### ¿Cómo se aplica la deducción de los 400 euros en el ejercicio 2009?

La deducción se ha mantenido para el ejercicio 2009, vía disminución de las retenciones aplicables a cada mes, para lo cual se prorratean los 400 euros entre los 12 meses del año, de manera que, como máximo, cada trabajador tendrá derecho a una disminución de las retenciones aplicadas en cada nómina

» El 19 de abril de 2008 el Gobierno aprobó un plan de medidas para reactivar la economía. Una de estas medidas es la deducción de 400 euros.

» El importe de la deducción por maternidad correspondiente a cada hijo que otorgue derecho a ella es de 100 euros al mes.

igual a 33,33 euros (400/12). En el caso de los preceptores de rendimientos de actividades económicas que presenten pagos fraccionados, cada pago fraccionado se minorará en 100 euros. Los autónomos que no presenten pagos fraccionados, se beneficiarán de la deducción de los 400 euros cuando presenten la declaración-liquidación del ejercicio 2009.

### Sin obligación de declarar

*Si no estoy obligado a presentar declaración de IRPF, ¿tengo derecho a beneficiarme de la deducción de los 400 euros?*

Si usted no está obligado a presentar declaración de IRPF, por ejemplo, por no superar los 22.000 euros de rendimiento del trabajo percibidos de un único pagador, que es el caso más habitual, pero obtiene rendimientos del trabajo sometidos a retención, sí podrá disfrutar de la deducción de 400 euros. Bien a través de una minoración en sus retenciones, bien en el momento en que presente la autoliquidación del IRPF, que siempre podrá presentar si le sale a devolver.

### En caso de declaración conjunta

*Si presento declaración conjunta con mi mujer, ¿podemos beneficiarnos de una deducción de 800 euros en lugar de 400 euros?*

No. La deducción de 400 euros se aplicará por declaración. Esto es consecuencia de las normas aplicables con carácter general a la declaración conjunta, según las cuales los importes y límites cuantitativos establecidos a efectos de la tributación individual (incluidos los beneficios fiscales) se aplicarán en idéntica cuantía en la tributación conjunta, sin que proceda su elevación o multiplicación en función del número de miembros de la unidad familiar.

### Deducción por maternidad

*¿Quién puede beneficiarse de la deducción por maternidad?*

Pueden beneficiarse de esta deducción las mujeres con hijos menores de tres años en las que concurren las siguientes circunstancias:

- Que los hijos convivan con ella y no tenga rentas anuales, excluidas las

exentas, superiores a 8.000 euros, así como que no presente declaración con rentas superiores a 1.800 euros.

- Que la madre realice una actividad por cuenta propia o ajena.
- Que estén dados de alta en el régimen correspondiente de la Seguridad Social o mutualidad.

La baja por maternidad no impide el cumplimiento del requisito de actividad, ya que se trata de un derecho que no implica que se deje de desarrollar la actividad. Sin embargo, según el criterio mantenido por la Dirección General de Tributos, no es aplicable la deducción en los supuestos de desempleo o de excedencia voluntaria aunque sea para el cuidado de hijos como tampoco cuando la madre se encuentre en situación de incapacidad.

### Cómo se calcula

*¿Cómo se calcula la deducción por maternidad?*

El importe de la deducción por maternidad correspondiente a cada hijo que otorgue derecho a ella es de 100 euros al mes, sin que pueda superar ninguna de las dos cantidades siguientes: 1.200 euros anuales o el importe de las cotizaciones y cuotas totales a la Seguridad Social y Mutualidades devengadas en cada período impositivo con posterioridad al nacimiento o adopción. El cómputo se efectúa por importes íntegros, sin tomar en consideración las bonificaciones que pudieran corresponder por la situación personal del afiliado o mutualista e incluyendo en dicho importe íntegro las cuotas correspondientes al trabajador y empleador.

### Cómo se declara

*¿Cómo se declara la deducción por maternidad en la autoliquidación del IRPF?*

La deducción por maternidad reduce la cuota diferencial. El importe de la deducción debe consignarse en la casilla 756 de la autoliquidación. Aquellas personas que hayan percibido anticipadamente esta deducción deberán consignar en la casilla 757 la suma de las cantidades percibidas por tal concepto en el ejercicio 2008. ■

# FORO CIENTÍFICO SEXOLOGIA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009

Colegio Oficial de Médicos de Valencia

## PROGRAMA

### Viernes 12 de junio de 2009

#### MESA 1: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD

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

### Sábado 13 de junio de 2009

#### MESA 2: LA TRANSEXUALIDAD, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

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

#### MESA 3: LOS DELITOS SEXUALES, UN ABORDAJE INTEGRAL

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

#### COMUNICACIONES LIBRES

#### TALLER PRÁCTICO: INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO



1,6 créditos



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

Enseñanza no reglada sin carácter oficial

#### COMITÉ ORGANIZADOR

**Felipe Hurtado Murillo**  
*Presidente*

Ramón González 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:



AEES



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](http://www.sexologiaintegral.es)

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

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

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

### DATOS PERSONALES

Apellidos ..... Nombre .....

Dirección ..... C. P. ....

Localidad ..... Provincia .....

NIF ..... Teléfono ..... E-mail .....

(Imprescindible para información relacionada con el Congreso)

### CUOTAS

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

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

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

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

● Previa confirmación de disponibilidad con Secretaría.

### LIQUIDACIÓN

1) .....  
2) .....  
3) .....  
TOTAL ..... €

### FORMAS DE PAGO

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

### DATOS PARA LA FACTURA

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

Nombre y apellidos o razón social .....

Dirección ..... C. P. ....

Localidad ..... Provincia .....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

CIF/NIF .....

### NOTAS IMPORTANTES

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

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

# JORNADA DE DEBATE



## Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis

Madrid, 22 de septiembre de 2009

Organiza:

  
Medical Economics

Con la colaboración de:



**Información e inscripción:** Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 • [info@medeco.es](mailto:info@medeco.es)

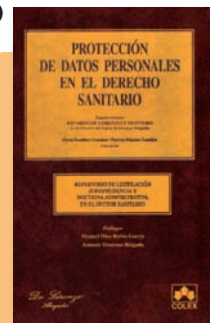
# Cultura

## LIBROS

### Cómo proteger los datos personales en el sector sanitario

**E**l objetivo del libro *Protección de Datos Personales en el Derecho Sanitario. Repertorio de Legislación, Jurisprudencia y Doctrina Administrativa en el sector sanitario*, de Ricardo De Lorenzo, Marta Escudero y Patricia Palacios, miembros de De Lorenzo Abogados es crear una herramienta práctica de trabajo para el sector sanitario en la que se reúne toda su normativa que se refiere a la protección de datos personales, con la intención de facilitar el cumplimiento de la legislación a los responsables del tratamiento de los mismos. Asimismo, para conocer la interpretación que las agencias y los órganos judiciales hacen de estas normas, se han incluido las resoluciones y los informes jurídicos junto con la jurisprudencia de los tribunales.

La obra, que contiene un CD dada su amplitud para facilitar el manejo de la misma, está dividida en dos apartados: Normativa y Jurisprudencia y Doctrina Administrativa. Finalmente, se ha incluido un índice que, además de contar con algunos aspectos propios de la protección de datos, recoge con carácter exhaustivo los términos del ámbito sanitario.



**Título:** *Protección de Datos Personales en el Derecho Sanitario. Repertorio de Legislación, Jurisprudencia y Doctrina Administrativa en el sector sanitario.*  
**Edita:** De Lorenzo Abogados  
2.493 págs

## EXPOSICIONES

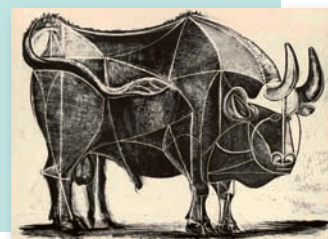
### Pinturas y esculturas del reinado de Carlos IV

**E**l Palacio Real de Madrid muestra el esplendor y la exquisitez del rey Carlos IV en la exposición *Carlos IV. Mecenas y Coleccionista*, que reúne 171 obras relacionadas con el monarca. Pinturas, esculturas, muebles, sedas, alfombras, tapices piezas de bronce, porcelana, relojes y marfiles confirman a Carlos IV como el mayor mecenazgo europeo de las artes decorativas. Organizada por Patrimonio Nacional y la Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales la muestra, que se extiende a lo largo de once salas, quiere subrayar la extrema sensibilidad de Carlos IV para las bellas artes. La muestra permanece abierta hasta el 19 de julio en el Palacio Real de Madrid (C/ Bailén, s/n).



### El universo taurino de Picasso

**P**ara Picasso la figura del toro simbolizaba la fuerza, el vigor y la fertilidad. Desde que asistió a su primera corrida, el mundo taurino le apasionó. En conversaciones con Dominguín, Picasso describía al torero como un verdadero artista, un genio que podía enfrentarse al animal con astucia y bravura. *Picasso: Arte y arena* se nutre con los fondos de la propia Fundación Pablo Ruiz Picasso, mientras que en la Casa Natal del artista se pone de manifiesto cuánto de drama y cuánto de belleza hay en la obra taurina de Picasso. La muestra se puede visitar en la Fundación Museo Casa Natal (Plaza de la Merced, 15. Málaga) hasta el 1 de julio.



## CINE

### ¿Delatarías a tu mejor amigo?

**T**ristán Ulloa vuelve a nuestras salas con *Un buen hombre*, un drama en el que comparte protagonismo con Emilio Gutiérrez Caba y que fue escrito y dirigido por Juan Martínez Moreno (*Dos tipos duros*). La trama se centra en Vicente (Ulloa) y Fernando (Gutiérrez Caba), dos profesores de la Facultad de Derecho. Amigos íntimos y de la burguesía acomodada, su relación se complica cuando Vicente es testigo de cómo Fernando mata a su mujer. A partir de ese momento, se desatan una serie de acontecimientos que dejarán al desnudo la doble moral de los personajes. Completan el reparto destacados actores españoles como Nathalie Poza y Alberto Jiménez.



# Internet

## Los operadores de redes sociales protegerán al menor

Los principales operadores de redes sociales, como Facebook, MySpace, Youtube, MSN o Yahoo Europe han suscrito un acuerdo de autorregulación a escala europea que tiene por objeto concienciar y facilitar a los usuarios menores de 18 años las herramientas más eficaces para hacer frente a los riesgos a los que se exponen.



La comisaria europea de Sociedad de la Información, Viviane Reding, impulsa la autorregulación de las redes sociales de Internet.

Este es el primer acuerdo de autorregulación impulsado desde el departamento de Sociedad de la Información, de la Comisión Europea, para fomentar la seguridad de los menores en el uso de redes sociales (Safer Social Networking Principles for the EU), siguiendo la línea política del equipo del presidente Duraó Barroso de potenciar

nuevos sistemas de autorregulación y reforzar los ya existentes.

La comisaria Viviane Reding, considera de especial interés sectores como Internet, y la web 2.0., cuya regulación resulta muy compleja.

En el acuerdo sobre redes sociales seguras, se destacan algunos riesgos actuales, como el *cyberbullying*, el *grooming*, el acceso de los menores a contenidos inapropiados o ilegales, o problemas frecuentes que requieren la aplicación de las leyes de protección de datos. También se reconoce la necesidad de que se impliquen los padres y tutores, las administraciones públicas y las Fuerzas de Seguridad, con el fin de minorar los riesgos.

Los principios que han inspirado a los redactores del acuerdo son: la obligación de informar claramente a los usuarios de lo que constituyen comportamientos inadecuados; incluir medidas técnicas de control de edad de los usuarios; facilitar mecanismos de denuncia del contenido inapropiado y asegurar la posterior retirada del mismo; poner a disposición del usuario herramientas para proteger su privacidad, y facilitar la identificación de potenciales riesgos para los usuarios menores de edad. ■

Sección patrocinada por



### Ajedrez 'on line'

En esta *web* puedes encontrar una red de jugadores cuyo nombre es FlyOrDie, donde puedes establecer los contrincantes según el nivel de destreza en el juego. Cada sala tiene un número limitado de participantes. <http://www.flyordie.com/juegos/ajedrez.html>



### Conocimiento de la F-1

No sólo es un placer ver las carreras, disfrutarás aún más si conoces todos los secretos de la F-1 y si sabes algunas cosas más. Motores, materiales, aerodinámica, herramientas y mucho más para los cada vez más amantes de este deporte. [http://f-1.awardspace.com/secretos\\_f1.htm](http://f-1.awardspace.com/secretos_f1.htm)



## CIBERCONSEJOS

### Cambiar de operador de móvil

La Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones (CMT) ha aprobado que los usuarios que deseen cambiar de operador móvil conservando su número, puedan llevar a cabo los trámites a través de consentimiento verbal, que deberá estar verificado por un tercero y establece una serie de requisitos a la entidad verificadora del consentimiento. Según la CMT, España es uno de los países europeos donde el donde más cambios de operadores se producen al mes.

### Alemania contra la pornografía infantil

En Alemania cada día se acceden unas 450.000 veces a páginas que incluyen pornografía infantil. Según la Oficina Federal de Investigación Criminal (BKA), el número de pederastas que acceden se duplicó entre 2006 y 2007. En un 12 por ciento de los casos, los niños que aparecen son menores de seis años. El Gobierno alemán suscribió acuerdos con cinco de los principales proveedores de servicios de Internet para bloquear hasta un millón de servidores extranjeros.

# Nuevos horizontes en la I+D+i sanitaria y biomédica en la Comunidad Valenciana



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

## Publicaciones

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

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

Nombre y Apellidos:  CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia:  C.P.:

Especialidad:

Teléfono:  Fax:  Móvil:

E-mail:

## Forma de pago

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

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

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



Valencia

Martes, 10 de junio de 2009

Conselleria de Sanitat  
Avda. Blasco Ibáñez, 50

Organizado por

Medical Economics

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

Con la colaboración de

astellas  
Leading Light for Life

Información e inscripción: Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 - info@medecoes.com

# Golf



Masters de Augusta 2009

## Ángel Cabrera rozó la gloria

Los cuatro españoles presentes este año en el torneo no tuvieron una buena actuación.

**E**l total de premios repartidos ascendió este año a 7.500.000 dólares, de los cuales 1.350.000 fueron para el ganador y 26.250 para el que quedó en el puesto 4º. El resto de jugadores recibieron un máximo de 24.750, dependiendo de la posición en la que hayan acabado.

Este año, el ganador habla español, pero es argentino. Con este triunfo, Ángel Cabrera se convierte en el primer ganador argentino de este torneo, que ya estuvo a punto de ganar su compatriota Roberto de Vicenío, aunque la mala suerte, las prisas y una firma en la tarjeta mal apuntada le privó de jugar un *play-off* que quien sabe si hubiera ganado.

Con un juego potente, con tranquilidad, sin grandes aspavientos y con la imagen de no ser consciente de que podía ganar el torneo, Ángel Cabrera se situó en los últimos nueve hoyos con posibilidades reales de ganar su segundo torneo del grand slam. Por delante, Tiger Woods y Phil Mickelson se ahogaban antes de llegar a la orilla después de haber nadado durante casi 18 hoyos haciendo el mejor golf del tor-

neo y conformando un partido histórico. Los dos jugaban al límite e incluso Mickelson estuvo a punto de conseguir su objetivo. Quizá si hubiera metido dos *putts* muy fáciles en el 15 y en el 17 las cosas habrían cambiado para él y hablaríamos ahora de la tercera chaqueta del zurdo, pero no pudo ser.

Dos *bogeys* consecutivos de Perry, en el 17 y en el 18, hicieron que el *play-off* llegara a Augusta. Campbell, Perry y Cabrera salieron en el 18 a jugarse la chaqueta empatados a -12. Y los tres tuvieron suerte muy diferente. En el primer hoyo de desempate Cabrera se fue a los árboles de la derecha y en su segundo golpe volvió a tocar madera, con la fortuna de que su bola saliera a calle. Sólo le quedaba, desde más de 120 metros, hacer *approach* y *putt*. Y lo hizo. Perry también y Campbell firmó un boguey que le sacaba del desempate a las primeras de cambio.

En el hoyo 10, segundo hoyo para disputar el desempate, Perry y Cabrera dejaron sus bolas en medio de la calle. Perry tiraba primero y su bola salió hacia la izquierda, muy lejos de *green* y entre los árboles. A Cabrera le quedaba un



Ángel Cabrera vivió una jornada inolvidable cuando en Augusta consiguió su segundo torneo del Gran Slam.

golpe de 120 metros a *green* para intentar hacer cuatro y ganar el Masters. Una Chaqueta Verde para Argentina y una decepción para los Estados Unidos, que vieron cómo ninguno de los suyos era capaz de ganar el masters. ■

## Tres pruebas tres victorias

**H**a dado comienzo la octava edición del Circuito de Madrid de Profesionales, promovido y organizado por la Federación de Golf de Madrid, con las victorias de Pablo Herrería, Ander Martínez y Carlos Balmaseda en los recorridos de Olivar de la Hinojosa, Lomas-Bosque y Palomarejos respectivamente. El Olivar de la Hinojosa albergó el torneo inaugural del circuito, al que los profesionales acudieron muy ilusionados después del parón invernal. Con una brillante tarjeta de 67 golpes, 5 por debajo del par, se impuso el madrileño Pablo Herrería, que mostró una gran solidez en su juego de *tee a green*. Como es ya habitual en el Circuito de Madrid, hubo que recurrir al desempate, ya que el veterano Manuel Moreno presentó una tarjeta con los mismos golpes, pero se impuso Herrería en el número de *birdies* conseguidos.

# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



VALENCIA  
28 de Mayo

MADRID  
3 de Junio

BURGOS  
24 de Septiembre

BARCELONA  
29 de Septiembre

SANTIAGO DE COMPOSTELA  
29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



Revised by:



INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**  
E S P A Ñ A  
*Educación Médica Continuada*

**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 la película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con la 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 «JLC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando se usa 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 m<sup>2</sup>) 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 hipertensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes con stenosis bilateral de la arteria renal o stenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con stenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente via CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketonazolol, 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, Phenycom 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, tiorsemda, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámda. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfabloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hiperpotasemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000); muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuencia. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso sin haberse observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, mialgia, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, purpura, 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 hipertensión sistémica marcada, y probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El glucagón 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 hemodíalisis. **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), Rojo 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 **NÚMERO(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**

Amlodipino (mg)	Valsartán (mg)				
	0	40	80	160	320
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 and 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.