

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 114 19 de junio de 2009 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente



## La Sanidad en Estados Unidos y España: ¿modelos opuestos?

Pág. 52

### ADEMÁS

II Lección Conmemorativa  
Clara Campal



(ver págs. centrales)



En A.M.A., hasta en los riesgos más pequeños,  
se sentirá **seguro**

Más de 500.000 profesionales confían ya en A.M.A.

**SEGUROS PERSONALES** Seguro Automóvil  
Multirriesgo Hogar  
Responsabilidad Civil General  
Multirriesgo Viajes  
Multirriesgo Accidentes  
Multirriesgo Embarcaciones

**SEGUROS PROFESIONALES** Multirriesgo Establecimientos Sanitarios  
Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas  
Responsabilidad Civil Profesional  
Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias  
Defensa y Protección por Agresión  
Multirriesgo Oficinas y Comercio  
Protección Jurídica, Defensa y Reclamación  
Multirriesgo PYME



Más información en:

- Teléfono Central Madrid  
91 343 47 00 / 902 30 30 10
- A través de internet:  
[www.amaseguros.com](http://www.amaseguros.com)
- En las delegaciones AMA de su provincia.

## 52 | EN PORTADA

Estados Unidos, país que representa la esencia del capitalismo y la sanidad privada por excelencia, ha emprendido, bajo la batuta de su presidente, Barack Obama, una reforma sanitaria donde la apuesta por lo público y los más desfavorecidos marcará un hito en caso de salir triunfante. Mientras, en nuestro país el avance de la gestión privada en los hospitales públicos es ya habitual en muchas comunidades autónomas.



### JORNADAS AUTONÓMICAS

#### 18 La formación continuada del médico en Castilla y León

MEDICAL ECONOMICS organizó una jornada en Valladolid, donde destacados expertos pusieron de manifiesto la necesidad de mejorar la formación continuada del profesional para que el paciente reciba una mejor asistencia.

### GRÜNENTHAL PHARMA

#### 22 Líderes en el tratamiento del dolor

Grünenthal es una compañía multinacional farmacéutica especializada en el área del Dolor, Ginecología y Sistema Nervioso Central, pionera en tecnologías de administración de medicamentos innovadores y de fácil uso.

### II LECCIÓN CONMEMORATIVA CLARA CAMPAL

#### 27 Principales objetivos de la Oncología

Los máximos exponentes de la Oncología nacional e internacional dieron a conocer en la II Lección Conmemorativa Clara Campal los últimos avances en el tratamiento del cáncer.



27

### PRÁCTICA PROFESIONAL

#### 59 Yo tengo un blog

Cada vez es más habitual que los internautas pongan en marcha un *blog*. El sector médico no está ajeno al avance de las nuevas tecnologías y son muchos los profesionales que hablan de su profesión en ellos.



59



Estamos allí.  
**Cerca.**

**Cerca. Es nuestro compromiso con la investigación.**

Nos sentimos comprometidos con la innovación y la investigación. Forman parte de nuestra esencia. Lo demuestran todos los proyectos en los que colaboramos, como el de una vacuna contra el sida.

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Piperno

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@sipaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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

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


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

### Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por 

## ACTUALIDAD

14 **Profesión/Finanzas**

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

40 **Gestión Profesional**  
Cómo conseguir dinero para nuestros proyectos (y IV)

42 **Gestión de Calidad. Medio Ambiente**  
Contaminación atmosférica

44 **Normativa**

46 **Informática**  
Aplicaciones independientes en el hospital

48 **Gestión en Atención Primaria**  
Voluntades anticipadas

50 **Economía de la Salud**

## Y ADEMÁS...

9 **Carta del Editor**

10 **Atención al paciente**

12 **De Cerca**

62 **Tres de últimas**



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Qué opina de los *blogs* de los médicos?

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**
- **Antisepsia y Desbridamiento**

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

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 Clínico de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

### Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

### José Ángel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### 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.

### Eugenio Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

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

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Felipe Chavida García

Médico de Familia Presidente de Idepro

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

#### Charo Vaquero Ruipérez

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



# Changing tomorrow

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

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

TRASPLANTE  
UROLOGÍA  
DERMATOLOGÍA  
ANTI-INFECICIOSOS

 **astellas**  
Leading Light for Life

# Lo mejor de lo publicado

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



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

## UROLOGÍA

### *La albúmina alta en orina, vinculada al tromboembolismo venoso*

El factor de riesgo conocido de tromboembolismo arterial, la microalbuminuria, también representa un factor de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), según un estudio realizado en los Países Bajos. Los investigadores extrajeron los datos de los 8.592 participantes con niveles más altos de albúmina urinaria de entre los 40.856 sujetos del estudio Prevention of Renal and Vascular End-Stage Disease (PREVEND), realizado de 1997 a 1998. Utilizaron los datos de la base regional de clínicas de anticoagulación para identificar a los participantes del PREVEND que habían presentado TEV entre 1997 y 2007. De los 8.574 participantes que podían evaluarse, 129 habían presentado TEV después del estudio PREVEND (seguimiento medio de 8,6 años), lo que refleja una tasa de incidencia anual del 0,14 por ciento. La tasa de incidencia anual del TEV aumentaba al incrementarse la excreción urinaria de albúmina (EUA).



### ■ Las estatinas pueden prevenir el ictus, y otro fármaco mejora los resultados

*Lancet Neurol.* 2009;8:434-440. [Mayo, 2009]

Las estatinas pueden ayudar a prevenir el ictus en los pacientes de alto riesgo pero, cuando éste se produce, controlar posteriormente la temperatura corporal del enfermo puede contribuir a mejorar los resultados, según dos estudios distintos. En un estudio francés, la incidencia de ictus se redujo un 18 por ciento en los grupos tratados con estatinas frente a los de control. Un estudio holandés halló que el tratamiento con paracetamol para controlar la temperatura corporal se asociaba a mejores resultados en los pacientes con ictus. El estudio no aporta pruebas suficientes como para justificar el uso rutinario de paracetamol en dosis altas en los casos de ictus.

### ■ La disfunción sexual femenina es frecuente en la diabetes de tipo 1

*Diabetes Care.* 2009;32:780-785. [Mayo, 2009]

Un estudio belga ha puesto de manifiesto que la depresión puede aumentar el riesgo de disfunción sexual en las mujeres que tienen diabetes de tipo 1, muchas de las cuales tienen problemas sexuales. Un porcentaje moderadamente alto de las mujeres sexualmente activas con diabetes de tipo 1 —el 35 por ciento— cumplían los criterios de disfunción sexual. En estas mujeres eran problemas frecuentes la pérdida de la libido (57 por ciento), los trastornos del orgasmo (51 por ciento) y la lubricación (47 por ciento).

### ■ La presentación de nalgas vinculada a los trastornos del espectro autista

*Pediatrics.* 2009;123:1293-1300. [Mayo, 2009]

Una relación entre la presentación de nalgas y los trastornos del espectro autista (TEA) en los niños podría apuntar a una etiología compartida por ambas cosas, según investigadores de la facultad de medicina de la Universidad de Utah en Salt Lake City. Los niños nacidos de madres con al menos 35 años de edad tenían más probabilidades de tener autismo que los nacidos de mujeres de 20 a 34 años. Los niños con autismo tenían también más probabilidades de ser los primogénitos y haberse presentado de nalgas.

### ■ Examinada la relación de los anticonceptivos hormonales con el VPH y el cáncer de cuello uterino

*Am J Obstet Gynecol.* 2009;200:489.e1-489.e8. [Mayo, 2009]

Las mujeres que usan anticonceptivos hormonales y dan positivo en las pruebas del virus del papiloma humano no tienen mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino, según investigadores de la facultad de salud pública y medicina comunitaria de la Universidad de Washington en Seattle. Sin embargo, el uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) se asocia a un mayor riesgo de infección por el VPH

oncogénico. El uso de AMPD se asoció inversamente al diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 2-3 ó mayor y de NIC1 entre las mujeres con VPH oncogénico positivo, mientras que el uso de anticonceptivos orales combinados no presentó relación con ninguno de ellos. Sin embargo, los investigadores descubrieron que las mujeres con histología negativa sí tenían asociado el VPH oncogénico al uso de AMPD.

### ■ El mayor rechazo de las vacunas aumenta los riesgos de salud pública

*N Engl J Med.* 2009;360:1981-1988. [Mayo, 2009]

La cifra de padres que rechazan las vacunas para sus hijos va en aumento, desafiando a los pediatras a convertirse en defensores eficaces de las vacunas al tiempo que respetan las decisiones de quienes optan por prescindir de ellas, según investigadores de la Universidad Emory en Atlanta. De 1991 a 2004, la media de exenciones no médicas a nivel estatal aumentó del 0,98 al 1,48 por ciento. Respecto a las exenciones por creencias personales, la tasa media de las mismas aumentó del 0,99 al 2,54 por ciento. Aunque estas tasas son bajas, los rechazos de las vacunas podrían agruparse por zonas geográficas.

### ■ Los costes de las interacciones con los planes de salud ascienden a 31.000 millones de dólares anuales

*Health Affairs.* 2009;28:w533-w543. [Mayo, 2009]

Una encuesta nacional a médicos y administradores de clínicas realizada por investigadores de Medical Group Management Association mostró que los médicos pasan 43 minutos al día —equivalentes a tres horas a la semana y a casi tres semanas al año— interactuando con los planes de salud. El tiempo dedicado ha pasado a ser de 31.000 millones de dólares anuales, es decir, más de 68.000 dólares por consulta y año, de media. Los médicos de Atención Primaria emplean significativamente más tiempo que los especialistas médicos o quirúrgicos; el personal de enfermería y administrativo emplea cantidades mucho mayores de tiempo. Entre las interacciones están las autorizaciones, los formularios, las reclamaciones y facturaciones, las credenciales, los contratos y los datos de calidad. Las consultas emplean la mayor parte del tiempo con los formularios. El 41 por ciento de los encuestados creen que los costes han crecido mu-

cho en los dos últimos años; el 36,4 por ciento asegura que han crecido algo.

### ■ Examinados los beneficios de la aspirina en la arteriopatía periférica

*JAMA.* 2009;301:1909-1919. [Mayo, 2009]

El tratamiento con aspirina no parece reducir significativamente los episodios cardiovasculares en los pacientes con arteriopatía periférica, según expertos de la Universidad de Pensilvania. Los investigadores hallaron que 251 (8,9 por ciento) de los 2.823 pacientes tratados con aspirina, con y sin dipiridamol, y 269 (11,0 por ciento) de los 2.446 del grupo de control habían presentado episodios cardiovasculares. El tratamiento con aspirina se asoció a un menor número de ictus no mortales, pero no hubo reducciones significativas de los demás resultados, incluidos la muerte por cualquier causa, la mortalidad cardiovascular, el infarto de miocardio y las hemorragias mayores. En los pacientes con aspirina sola sí hubo una reducción significativa de los ictus no mortales, pero ninguna otra reducción significativa de los otros resultados de importancia.

### ■ Pesticidas y metales asociados a un aumento de hepatopatías

*Semana de Patologías Digestivas, Chicago.* [Mayo, 2009]

La exposición a pesticidas y metales pesados se asocia a un mayor riesgo de hepatopatías sin explicar de manera dependiente de la dosis, según la Universidad de Louisville y el Louisville Veterans Administration Medical Center de Kentucky. Se analizaron los datos de 4.582 sujetos incluidos en la National Health and Nutrition Examination Survey que presentaban niveles urinarios o hemáticos detectables de cualquiera de una serie de 116 tóxicos. Los investigadores encontraron que el 34,1 por ciento de los sujetos sin ningún otro factor de riesgo de hepatopatía (hepatitis, abuso de alcohol, sobrecarga férrica) presentaban elevaciones de la alanina-transaminasa (ALT) superiores a 30 U/L en los varones y 19 U/L en las mujeres. Entre los metales pesados, el plomo, el mercurio y el talio se asociaron al mayor riesgo de ALT elevada de manera dependiente de la dosis, al igual que varios pesticidas organoclorados y sus metabolitos. Aunque la mayoría de estos pesticidas ya no se utilizan, son contaminantes persistentes que parecen importantes en la clínica, según los expertos.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





# Líderes en la prevención



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



**sanofi pasteur MSD**  
vacunas para la vida

# La Sanidad en crisis

**E**l problema es común para la mayoría de los países, Estados Unidos y España incluidos, y cuyos sistemas de salud se analizan en nuestro artículo de portada para, partiendo de dos modelos antagónicos que ya están dando muestras de agotamiento, señalar cómo pueden iniciar una cierta aproximación que les haga sostenibles, con aportaciones públicas y privadas, respectivamente.

En España ya se vislumbra desde hace años una mayor colaboración público-privada desde el reconocimiento de que, a falta de un por ahora improbable ticket moderador del gasto público, esta colaboración incluye elementos amortiguadores del mismo, mientras que en Estados Unidos es ahora cuando las estructuras no parecen aguantar más.

Allí determinados grupos de presión se encargaron de prolongar por quince años y desde Clinton la agonía de un sistema del que quedan fuera 47 millones de personas de una población total de 300 millones pese a que el gasto público representa un 17,6 por ciento de su PIB, en Sanidad, dejando para su actual presidente Barack Obama la patata caliente de abordar una reforma en plena crisis económica y de la que ha hecho una prioridad con el fin de conseguir que toda la población tenga seguro sanitario, proponiendo la creación de una entidad pública que compita con las aseguradoras privadas de manera que los afiliados elijan entre ambas opciones.

¿Pero acaso ha desaparecido la oposición que llegó a crear la pareja publicitaria formada por Harry y Louise con los que la industria aseguradora atacó el plan del presidente Clinton?

La respuesta no es definitivamente negativa pero ayuda como dice el senador demócrata por Rhode Island, Sheldon Whitehouse, el que estemos en un momento Thelma y Louise, la pareja de la famosa película que terminó con

las dos heroínas conduciendo hacia el abismo.

En esta ocasión y además de los políticos demócratas en general y algunos republicanos, son los líderes médicos los que reconocen la necesidad de dar un giro hacia un mayor control del gasto, con la colaboración pública.

“Lo que tenemos ahora no vale para nadie”, ha señalado Nancy Nielsen, presidente de la Asociación Médica Americana, mientras que Ted Epperly, presidente de la Academia Americana de Médicos de Familia se hace eco de las declaraciones anteriores: “Espero que esta vez la gente reconozca que tenemos un sistema disfuncional que está horadando la economía del país. Todos tenemos que sacrificarnos un poco para alcanzar un mejor sistema sanitario. Esta vez lo vamos a conseguir”.

En una reunión sobre temas sanitarios celebrada en marzo en la Casa Blanca, Obama señaló los desorbitados costes, una de las grandes amenazas para las familias, industria, presupuestos y la economía: “el debate no es si los americanos debemos tener una sanidad de calidad, sino cómo”.

Más allá de los citados, Chuck Kilo, internista de Oregón, desearía la existencia de un sistema de salud como el de Suecia: “Cómo podemos tolerar que una sexta parte de la población no tenga ningún seguro. Los médicos no lo hemos denunciado y sólo nos quejamos cuando algo amenaza nuestros ingresos”.

Si bien algunos dirigentes como George Watson del consejo de dirección de la conservadora Asociación Americana de médicos y cirujanos no ven las ventajas de lo que él llama un programa de salud socialista, la buena noticia para Obama es que muchos empresarios dicen que el sistema americano necesita parecerse más al de Canadá e Inglaterra en términos de calidad y



Manuel García Abad  
mga@drugfarma.com

coste-eficiencia o de lo contrario el país perderá peso económico, abordando en un informe de Business Roundtable, entidad que representa a los presidentes de las principales compañías y según el cual el gasto en salud en Estados Unidos es un 75 por ciento más *per capita* que en Canadá, Japón, Alemania, Gran Bretaña y Francia, encontrándose, sin embargo, detrás de estos países en 17 medidas sanitarias clave.

Lo significativo ahora, como dice Regina Herzlinger profesora de Harvard Business School, es que una reforma exitosa ha de venir no de los políticos, sino de los que hacen que las ruedas del sistema sanitario sigan girando y señalando que grandes innovadores desde Henry Ford a Bill Gates eran gente corriente que crearon algo extraordinario.

Ahora no faltan, tanto en Estados Unidos como en España buenos coches y ordenadores, sino un sistema de salud sostenible para lo cual es absolutamente necesaria la colaboración de todos, autoridades, gestores, profesionales y ciudadanos. ■

Manuel García Abad

# Alianzas con los equipos médicos

*En los últimos tiempos estamos notando cómo aumentan considerablemente el número de incidencias que se manifiestan por parte de los clientes/pacientes en referencia a las actuaciones médicas. En muchas ocasiones de producen malas actitudes mostradas por parte de un médico ante un paciente.*



**Vanessa Asenjo\***

**E**n mis anteriores artículos hice mención a las actitudes, tanto de las personas que forman parte de una organización y están cara al público/cliente/paciente, como de la importancia de las “buenas actitudes” para los que en un momento dado transmiten su malestar con el servicio que están recibiendo, es decir, las actitudes de los clientes/pacientes. En esta ocasión quiero hacer mención a una situación que se está prodigando, cada día más, en la mayoría de centros hospitalarios: la relación médico-paciente-organización. Y para ello deberíamos empezar dando respuesta a la siguiente pregunta: el médico, ¿es cliente o proveedor? Seguramente la respuesta para algunos de los lectores sea clara. Si el médico tiene contrato laboral con la organización, la respuesta es proveedor. En caso contrario, cliente. Y por lo tanto, si el médico es cliente, la pregunta es hasta dónde debemos permitir, como organización, que éste realice determinadas acciones o manifieste ciertas actitudes cuando desarrolla su trabajo, también, en nombre de la organización ante un cliente/paciente.

## Aumento de demandas

En los últimos tiempos estamos notando cómo aumentan considerablemente el número de incidencias que se manifiestan por parte de los clientes/pacientes en referencia a las actuaciones médicas (y aquí no voy a entrar en los aspectos asistenciales, sino que me quiero ceñir a la parte del trato entre personas). Los motivos del aumento del número de incidencias, como he dicho en anteriores artículos, son varios y diversos, por lo que no me

voy a extender en este punto. Lo que sí quiero es hacer especial mención al tipo de incidencias que se están manifestando, y que en la mayoría de ocasiones se trata de malas actitudes (o actitudes que no se ajustan al cliente/paciente con el que está tratando) mostradas por parte de un médico ante un paciente. Ya hice mención en mi anterior artículo a la importancia y a la necesidad de que todos mostremos una buena actitud siempre que estemos de cara al público, y de la importancia que tiene el entender y el ponerse en la situación de nuestro interlocutor. Hay que analizar cómo actuaríamos nosotros en esa misma circunstancia.

Asimismo, es importante darse cuenta del perfil de cliente/paciente que tenemos delante. Quizás debería ser de obligado cumplimiento para todos los que nos dedicamos al sector sanitario realizar la asignatura de psicología para entender los comportamientos de las personas en momentos críticos o difíciles, momentos que se desarrollan continuamente en esta profesión. El departamento de Atención al Paciente no implica sólo al responsable de Atención al Paciente, sino que todos los que formamos parte de la organización (y del proceso por el que pasará el cliente/paciente) influimos con nuestro trato en la valoración que haga el cliente. Y en este sentido, también incluyo a los médicos o equipos médicos, independientemente de que éstos tengan una relación laboral o mercantil con la organización. Al final, todos estamos (o deberíamos estar) en el mismo barco, y la impresión tanto de los servicios hospitalarios como de la atención recibida en el trato por todo el personal, influye en la valoración del ser-

» En ocasiones, desde la organización, nos encontramos con que un cliente/paciente nos manifiesta una incidencia en referencia a la actitud de un médico en concreto.

» Desde la organización, debemos mantener una relación de cordialidad y consenso entre las dos partes.

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:

vicio que está recibiendo el paciente. En ocasiones, desde la organización, nos encontramos en la tesitura de que un cliente/paciente nos manifiesta una incidencia en referencia a la actitud de un médico en concreto. Desde la organización, debemos mantener una relación de cordialidad y consenso entre las dos partes. Es por ello que optamos por informar al médico personalmente a través de la responsable de Atención al Paciente o dirección médica del centro sobre la incidencia, y posteriormente le pedimos que escriba una carta de disculpas para el cliente/paciente que se adjuntará a la carta de la dirección médica como representante del centro sanitario.

### El papel del médico de AP

Pero no se trata únicamente de dejar el tema tratado y posteriormente cerrado con el envío de una carta, no. Soy de la opinión que es importante y necesario para el buen hacer de los miembros de la organización informar a todos los implicados de las incidencias que nos manifiestan los clientes/pacientes. De esta manera, serán conocedores directos de la valoración del servicio que prestan y de las opiniones diversas de sus clientes/pacientes y podrán valorar la necesidad de realizar cambios en sus actitudes. Además, para la dirección, no deja de ser una fuente de información a considerar en la valoración del trabajo que desarrolla un médico o equipo médico en la misma organización. Todas las organizaciones tienen valores y se rigen en su día a día por esos valores que se transmiten o deberían transmitir desde los altos cargos directivos hacia todos los estamentos de la organización (como dice el dicho: dime con quién andas y te diré quién eres). Esos valores han de ser transmitidos de manera coherente y hacia todos, incluidos los médicos y equipos médicos, ya que no dejan de ser una pieza clave en las organizaciones sanitarias.

El médico, para ciertas personas, es más que un médico, es su psicólogo, su confidente, su asesor en salud. Si éste te hace sentir bien en el trato, te transmite confianza, seguridad, y como enfermos afrontamos ciertas situaciones con mayor

fuerza y nos dejamos guiar por sus consejos. En cambio, si se crea un clima de desconfianza e inseguridad, no tendremos más que incertidumbre hacia esa persona y la organización en la que está desarrollando su trabajo. Es por ello que considero imprescindible que entre los médicos que son clientes de una organización sanitaria y la misma organización deban existir no sólo alianzas económicas, sino también alianzas de actitudes, de valores, de trato en la prestación del servicio que ofrecemos a las personas que asisten para ser "cuidados" a un centro sanitario o a un profesional de la Medicina. Al final, si



Para muchos pacientes, su médico de AP es más que un médico, es también su confidente y asesor en salud.

conseguimos que realmente existan estas alianzas entre las partes implicadas, conseguiremos ofrecer un servicio exquisito para todos los clientes/pacientes que asistan a un centro cualquiera que sea el motivo. Unas alianzas que nos permitan ganar a todos: clientes, médicos y organización. Debemos unir nuestras estrategias, compartir la información en aras de conseguir que entre todos seamos mejores día a día. ■

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

Miquel Vilardell i Tarrés, catedrático de Patología Médica y jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Vall d'Hebron

## "Tengo la enfermedad del culé"

*De su personalidad se trasluce un ser observador y reflexivo, simpático y sencillo, que ya no aspira "a nada a nivel individual" porque se siente "totalmente colmado". Miquel Vilardell i Tarrés (Borredá, Barcelona, 1946), no quiso ser rector de la Universidad Autónoma de Barcelona porque tenía que dejar la práctica médica. Tampoco ha querido tener consulta privada para no perjudicar su carrera universitaria. En la entrevista, mantenida en un céntrico hotel de la Ciudad Condal el día después de que el Barcelona se proclamara campeón de la Copa de Europa, Vilardell está exultante. "Tengo la enfermedad del culé y, cuando nacieron mis hijos, también les hice socios del Barça", su equipo de toda la vida, del que es socio y presidente de su Comisión Médica.*

Por Gonzalo San Segundo

**PREGUNTA:** Enhorabuena, tricampeón...

**RESPUESTA:** Muchas gracias. Hoy es un gran día para las personas que somos *culés*, porque se nos resistían mucho las copas de Europa. Y ahora, al tener tres, entramos entre los equipos un poquitín grandes. Sí, también hemos ganado la Liga y la Copa del Rey, pero para nosotros lo importante es la Copa de Europa. Ya sé que al Barça le quedan unas cuantas para alcanzar al Real Madrid, pero la de ayer nos permite aspirar a ganar más.

**P. ¿Cómo celebró anoche el triunfo de su equipo?**

**R.** En la intimidad. Vi el partido en casa de unos amigos, y celebramos la victoria muchísimo pero relajados y tranquilos. Soy un hombre que sufre mucho viendo al Barça, es que tengo la enfermedad del *culé*, que siempre cree que va a perder. A pesar de que vayamos 3-0, el temor a perder siempre existe, y esto no nos hace disfrutar en el momento de ver el partido. Somos de los que vemos el partido después, cuando se ha ganado, es cuando realmente disfrutamos de verdad.

**P. ¿No es capaz de controlar las emociones?**

**R.** Creo que controlo las emociones muy bien, pero no quiero que la emoción o el sentimiento por el Barça me pueda perjudicar mi salud física. Y, como no quiero pasar un mal rato, prefiero incluso cerrar el televisor.

**P. El pasado mes de marzo publicó *Ser médico: el arte y el oficio de curar*. ¿A quién va dirigido el libro?**

**R.** Fundamentalmente, a los que quieren ser médicos y a los que son médicos y quieren reflexionar sobre lo que ha sido su vida profesional. El libro es una reflexión personal en el que digo lo que pienso tras llevar 40 años de médico. Y lo he hecho con toda humildad.

**P. ¿Cree que todavía hay colegas suyos que no saben qué es ser médico?**

**R.** Creo que no. Ser médico significa un proceso vocacional, entregarte mucho a los demás y a veces recibir poco. El que es médico y no sabe que es médico, seguro que ya no hace de médico. Claro que, además de la vocación, hay que tener también las capacidades, las habilidades y las aptitudes para serlo y para hacerlo bien.

**P. Retrocedamos. A los nueve años sus padres le metieron en un internado en Vic...**

**R.** Sí, fue algo duro. Yo estaba en el pueblo con mi padre, que era médico de un pueblo de 400 habitantes, y el colegio más próximo para hacer el bachillerato estaba a 60 kilómetros. En hacer ese recorrido en coche se tardaban entonces tres o cuatro horas. Y mi padre me llevó a Vic, a un internado, donde pasé mi niñez y mis inicios de juventud. Sólo íbamos a casa, los que éramos de fuera, tres veces al año: Navidad, Semana Santa y final de curso, ya que los sábados era día laborable y teníamos clase hasta las ocho de la tarde, y sólo nos daban fiesta los jueves por la tarde.

**P. ¿Fue un estudiante aplicado?**

**R.** En el colegio, en la secundaria, yo fui un hombre brillante, sacaba notas excelentes y con 16 años me planté en el primer curso de la carrera de Medicina. Y en este curso y en el siguiente, con los conflictos políticos e inquietudes estudiantiles de la época, el hombre estudioso que era yo se desvió un poco. Encontré un ámbito de libertad y me dediqué a algo más que a estudiar, compartiendo con otros estudiantes las inquietudes del

momento, y en más de una ocasión corriendo delante de la policía. Hasta que mi padre me dijo: “¡Ojo!, que un hombre brillante como eras tú en el colegio, aquí no están yendo bien las cosas, vete con cuidado”. La reflexión de mi padre hizo que yo diera un giro y volviera a centrarme en mis estudios, que terminé brillantemente a los 21 años.

**P. Antes de finalizar la carrera se echó novia...**

**R.** En quinto curso, al salir de la Facultad de Medicina, conocí a la que hoy es mi señora. Fue en el bar Ascot, que todavía existe. Un compañero mío me había dicho: “He quedado citado con un chicas aquí en el bar de enfrente”. Y yo le contesté: “Ah, te acompaño”. Y aquel acompañamiento significó casarme con aquella mujer, la única novia que he tenido. Y él se casó con la otra chica. Yo pagué las cervezas que tomamos.

**P. Como otros muchos hijos de médicos, usted también siguió los pasos de su padre, pero no se hizo médico de pueblo. ¿Qué le hizo cambiar de idea?**

**R.** Me hicieron cambiar de idea las circunstancias. Después de terminar el servicio militar (hice milicias y salí de sargento), salieron las plazas MIR, me presenté y saqué la plaza para ir al Hospital del Vall d’Hebron. Pensé que iba por un año y que luego me iría de médico de pueblo, como mi padre. Pero aquel año se convirtieron en 40 años. ¿Por qué? Probablemente porque vi un tipo de Medicina que me atraía, porque vi unas circunstancias favorables en mi desarrollo profesional, empezó la Universidad Autónoma de Barcelona en nuestro hospital al inicio de los setenta, y yo tenía cierta facilidad para la enseñanza. Todo esto desembocó en que me hiciera especialista de Medicina Interna y profesor. En la universidad he sido (soy) catedrático, decano de la Facultad de Medicina y vicerrector.

**P. No quiso ser rector y tampoco ejercer la medicina privada...**

**R.** Bueno, en aquella época el tener privada era un obstáculo para alcanzar ciertos cargos, parecía que era un poco peyorativo. Se hablaba más de la medicina pública, del hombre brillante, del hombre que publicaba, y en aquel momento la coexistencia de las dos a veces no era posible para seguir tu carrera universitaria. Hoy por suerte esto ha cambiado y nadie se escandaliza porque alguien tenga una privada correcta si lo haces bien y no perjudica al ambiente hospitalario. En mi caso, no tuve tiempo de dedicarme a la práctica privada ni tampoco tuve necesidad económica de ello. No soy un hombre de grandes necesidades económicas y mi entorno familiar no me obligó a más, se sentían cómodos con lo que teníamos.

**P. ¿Es cierto que personalidades de la política, la empresa, la literatura y el espectáculo le visitan en su consulta del hospital con las ventajas y desventajas de todo mortal que acude a la sanidad pública?**

**R.** Totalmente. Yo visito los miércoles en mi consulta externa y en mi despacho he visitado todo tipo de personajes públicos y sin ninguna diferencia con el resto de pacientes. Nunca he roto la dinámica de un servicio público de salud.

**P. Son muchos los éxitos profesionales y reconocimientos que ha cosechado hasta ahora. ¿Cómo los ha afrontado?**

**R.** Soy una persona que no me creo mucho, y lo digo con toda sinceridad, los éxitos. Los que he tenido los he vivido en mi intimidad y han participado las personas que yo creía que tenían mucho que ver en ello. Ni me creo los aplausos ni me creo los silbidos. A veces hay unos y otras veces hay los otros. Es la vida. Me gustan los aplausos, como a todo el mundo, y en una gran parte hay sinceridad. Pero en la vida a veces te aplauden mucho y a veces no entiendes cómo tan rápidamente te pueden silbar.

**P. De todos ellos, ¿cuál destacaría y por qué?**



“Siempre he sido tentado para entrar en política”.

**R.** Lo que más me gusta es la amistad y sentirme querido, que no significa que te digan que te quieren, sino que yo lo siento. Y yo, la verdad, me he sentido querido. Y esto para mí es el mejor premio.

**P. ¿Le falta conseguir algo en el ámbito profesional?**

**R.** A mí ya no me pueden dar nada. ¿Una consejería? Ya no aspiro a nada a nivel individual, seré lo que haga falta por si me necesita alguien o cree que puedo ser útil en algo. Me siento totalmente colmado.

**P. Ha dicho que al final de su carrera tal vez se dedique a la política. Seguro que ya le habrán tentado para ello. ¿Sería con CiU o el PSC?**

**R.** Mi persona siempre ha sido tentada para ir a la política, tanto por los de CiU como por los del PSC, pero no me voy a dedicar a ella mientras sea médico en activo. Ahora bien, al final del camino sería el único período que yo podría dedicar a la política. Y pongo como ejemplo al profesor Laporte, que en su último período ocupó la Consejería de Salud de la Generalitat de Cataluña. Cuando un médico se dedica a la política ya no hay camino de retorno a la Medicina activa. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 12

empresas han obtenido nota de excelentes en función de su grado innovador.

### 43.101

millones de euros en I+D+i invirtieron esas empresas.

### 19.810

millones de euros en ventas totales.

### 6

empresas han sido clasificadas como buenas.

### 25.587

millones de euros en gastos de I+D+i.

Fuente: Ministerio de Industria.



## PROFESIÓN MÉDICA

### El CGCOM denuncia ante la Fiscalía del Estado la contratación de médicos extranjeros sin título homologado en España

El Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) ha remitido a la Fiscalía General del Estado un escrito denunciando la contratación generalizada en distintos Servicios de Salud de diferentes comunidades autónomas, de médicos sin el correspondiente título oficial de médico especialista, ya que según se recoge en el escrito “simplemente son contratados con la homologación del título de licenciado en Medicina otorgado en su país extracomunitario, que no es equivalente al español”. La OMC decidió adoptar esta medida, ya que considera “una situación intolerable, el sistemático incumplimiento de la normativa sobre homologaciones de títulos de Medicina obtenidos en países extracomunitarios”.



## ASEGURADORAS

### PSN cumple su primer año de actividad aseguradora en Portugal

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) cumple su primer año de actividad aseguradora en Portugal con tres oficinas abiertas (Lisboa, Oporto y Coimbra), cinco productos en comercialización y acuerdos de colaboración firmados con los colegios de farmacéuticos, veterinarios y enfermeros. Los cinco productos que Previsión Sanitaria Nacional comercializa en Portugal son el MAIS, seguro de ahorro garantizado; el SILT Profesional, seguro de incapacidad laboral; el Maxivida, seguro de vida de renovación automática; un seguro de amortización de préstamos; y, los Inves productos de alta rentabilidad.



## CLÍNICAS PRIVADAS

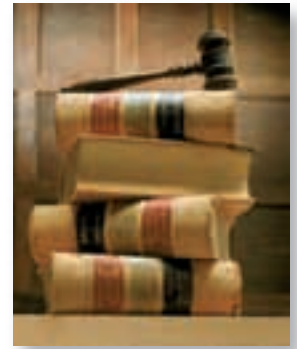
### El sector sanitario privado creció un 7 por ciento en 2008

El volumen de negocio de las clínicas privadas mantuvo un comportamiento positivo en 2008, si bien con una tendencia de ralentización en los últimos meses del año. De acuerdo con los datos de un estudio de la consultora DBK, en el pasado ejercicio la facturación aumentó un 7 por ciento con respecto a 2007, alcanzando los 5.500 millones de euros. Según el estudio de DBK, en 2008 el volumen de negocio de las clínicas privadas no benéficas mantuvo un positivo comportamiento, aunque con una tendencia de ralentización, especialmente en los últimos meses del año, en que la economía española experimentó un sensible deterioro.

## PRÁCTICA PROFESIONAL

**Ética y deontología, esenciales para la profesión médica**

**E**l Colegio de Médicos de Badajoz ha sido impulsor y escenario de un encuentro inédito que marca un camino de entendimiento a seguir por las diferentes organizaciones de la Medicina. En el marco de la celebración de las "Jornadas de ética y deontología médica", se reunieron decanos y comisiones deontológicas para poner en común sus puntos de vista sobre la ética y la deontología. De esta reunión ha salido el denominado "Compromiso de Badajoz", un documento de consenso que considera imprescindible dar a conocer y profundizar en la enseñanza de la ética y la deontología como base de la conducta del médico, al considerar que ambas son algo esencial que caracteriza a esta profesión. El documento debe servir de ejemplo para el trabajo conjunto de todas las organizaciones, para la mejora del ejercicio profesional y del compromiso adquirido con los ciudadanos.



## BOLSA

**Las empresas del Ibex ganan un 31,8 por ciento menos en el primer trimestre**

**L**as empresas del Ibex 35 cerraron el primer trimestre del año con un beneficio de 9.673,37 millones, un 31,6 por ciento menos respecto a los 14.144,30 millones del mismo período de 2008, según los datos enviados por las compañías a la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV). Las sociedades cotizadas continúan en la senda de reducción de su cuenta de resultados, que ya comenzaron el pasado año, al cerrar 2008 con un caída de casi el 5 por ciento de su beneficio, hasta los 47.015 millones, por primera vez desde 2002. Por contra, en el año 2003, y gracias a elementos extraordinarios, quintuplicaron sus resultados y en los años siguientes, de 2004 a 2007, registraron un crecimiento del beneficio de dos dígitos.



## INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

**España sólo invierte el 1,2 por ciento del PIB en innovación**

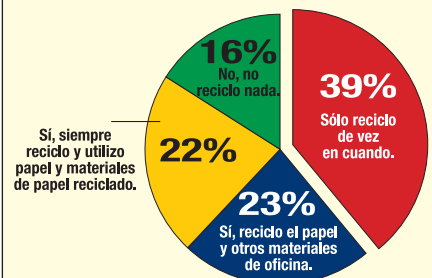
**E**l gasto en investigación y desarrollo sitúa a España en una discreta posición en Europa y el mundo. España no gasta ni 10.000 millones de euros en I+D, según recoge la Ley de Presupuestos Generales del Estado para este ejercicio. La ministra de Ciencia y Tecnología, Cristina Garmendia, asegura que "desde el año 2005, la inversión pública en I+D civil prácticamente se ha triplicado".

Los datos de Garmendia contrastan con las cifras más recientes difundidas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y la Oficina Estadística Europea Eurostat. Según estos datos, el gasto en I+D en el año 2007 sólo llegó al 1,27 por ciento del PIB, mientras la media de la UE alcanzaba el 1,83 por ciento.



## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

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

La mayoría de nuestros lectores asegura que sólo reciclan de vez en cuando (39 por ciento), y un elevado porcentaje (23 por ciento) dice reciclar papel y otros materiales de oficina. Mientras que un 22 por ciento asegura reciclar y utilizar papel y materiales reciclados, un 16 por ciento contesta que no recicla nunca.

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

Éxito de asistencia en las ciudades de Madrid y Valencia

## Live-Med España consolida con éxito su modelo de formación AAP 2009

*El Programa de Actualización en Atención Primaria 2009 de Live-Med España ha logrado convocar en las reuniones celebradas a más de 2.000 médicos de Atención Primaria, llegando al ecuador de su programa con un éxito de asistencia sin precedentes.*



Las últimas reuniones celebradas en Madrid y Valencia han acogido a más de mil profesionales.

**E**l Programa AAP 2009 de Live-Med España ya ha visitado las ciudades de Sevilla, Alicante, Badajoz, Bilbao, Zaragoza, Valencia y Madrid, llegando con éxito al ecuador de su programa. Hasta el momento se han superado ya los 2.000 médicos inscritos en seis provincias españolas distintas. Las últimas reuniones celebradas en Valencia y Madrid, el 28 de mayo y el 3 de junio, respectivamente, han supuesto un éxito de asistencia sin precedentes para Live-Med España.

El Programa AAP 2009 de Live-Med España se ha consolidado como una propuesta formativa de alto valor para el médico general y el de familia, donde se debe hacer mención a los ponentes de alto nivel, que se han convertido en la base de calidad del Programa AAP 2009.

Este año cabe destacar la incorporación de nuevos contenidos científ-

ficos, con nuevas áreas de interés como la osteoporosis, la depresión o el acné, entre otras. El alto interés de los contenidos y la excelente actualización y experiencia aportada por los ponentes, tanto docente como profesional, continúan manteniendo a lo largo del tiempo la base de calidad del Programa AAP 2009 y su alta valoración.

### Formación presencial y 'on line'

En las propias presentaciones se han incorporado en esta edición nuevos formatos audiovisuales que facilitan el seguimiento de los casos clínicos expuestos, siendo de especial interés la herramienta de respuesta interactiva, ya utilizada en ediciones anteriores, que permite la interacción entre los médicos asistentes y que se ha convertido en un vehículo fundamental de

comunicación con los ponentes. Así, los médicos inscritos cuentan con una novedosa herramienta, pues a través del correo electrónico se les envían pequeños vídeos realizados por expertos de máximo nivel, que de una manera ágil y cómoda pretenden actualizar los puntos claves de una patología.

Actualmente, está disponible el acceso en la página *web* de Live-Med España ([www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)). Así mismo en el mes de mayo comenzó el curso de formación *on line* en pie diabético, dirigido a cirujanos y avalado por la Universidad Complutense de Madrid (UCM).

Live-Med España retomará sus reuniones por toda la geografía española tras los meses de julio y agosto, visitando Burgos el 24 de septiembre; Barcelona, el 29 del mismo mes; y Santiago de Compostela, el 29 de octubre. ■

Bajo el lema 'Atención sanitaria integrada: curar y cuidar'

## Más de 1.500 gerentes y profesionales médicos se reúnen en el XVI Congreso Nacional de Hospitales

*Organizado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) y la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), y con el objetivo de ahondar en la atención socio-sanitaria y en el lado más humano de la Sanidad, se ha celebrado en Mérida el XVI Congreso Nacional de Hospitales, que ha reunido a más de 1.500 gestores y directivos de hospitales de toda España.*

Cáceres ha acogido el XVI Congreso Nacional de Hospitales, referente por excelencia de la gestión sanitaria española, que se celebra cada dos años y supone un punto de encuentro referencial para los gestores, profesionales médicos y directivos de los principales hospitales españoles. Bajo el lema "Atención sanitaria integrada: curar y cuidar", este año se ha querido profundizar en el papel fundamental de la universidad como catalizadora y transmisora de conocimientos. En este sentido, una de las mesas redondas que se han celebrado, ha dejado en evidencia la necesidad de que las facultades de Medicina amplíen progresivamente las plazas para ir adaptándolas a la oferta MIR ante la escasez de profesionales que está afectando a numerosas especialidades en determinados territorios de la geografía española. También se ha llegado a la conclusión de que es necesario un sistema de incentivos común dirigido a los profesionales sanitarios para fidelizar a los trabajadores en el Sistema Público de Salud y evitar que se produzcan abandonos en los puestos de trabajo de determinadas comunidades autónomas. Así lo adelantó el director general de Gestión del Conocimiento y Calidad de Extremadura y presidente del Comité Científico de este congreso, José María Vergeles, que apostó por el sistema MIR como "el mejor sistema de formación

profesional", por lo que abogó por el hecho de que se "acompace el número de estudiantes que terminan la carrera de Medicina con el número de plazas MIR que se ofertan en cada convocatoria". Según los datos ofrecidos por el presidente del Comité Científico del XVI Congreso Nacional de Hospitales, en Extre-



José María Vergeles (en el centro) con Augusto Silva, director general de Terapias Avanzadas y Trasplantes del Ministerio de Sanidad y Política Social (dcha.), y el arquitecto Luis González, moderador de una de las mesas del Congreso.

madura se necesitan entre 150 y 200 médicos especialistas sobre todo anestesiastas, ginecólogos y medicina de familia, aunque también hay "problemas puntuales" para cubrir otras plazas especializadas en áreas de salud más dispersas y alejadas de los grandes hospitales.

Por su parte, el gerente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia

(SEPAD) de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, Juan Carlos Campón, presentó el modelo extremeño de atención sociosanitaria que calificó como "pionero" en el sistema sanitario público español. Campón destacó que Extremadura ha sido la primera comunidad autónoma que ha abordado la atención socio-sanitaria de una forma integral en las dos vertientes y se refirió en concreto a la creación del SEPAD, un organismo que se encarga de todo el proceso para poner en marcha la Ley de Dependencia y de canalizar todas las ayudas a personas con discapacidad, tercera edad, salud mental o necesidades especiales en la infancia.

Por otro lado, el director asociado de MEDICAL ECONOMICS, José María Martínez, participó en el congreso con la ponencia "Desarrollo de un modelo objetivo para la evaluación de la efectividad y eficacia de la actividad investigadora en un centro o una red de centros oftalmológicos".

Ya en la clausura del congreso, la consejera de Sanidad, María Jesús Mejuto, calificó el congreso celebrado de "exitoso e innovador" y recordó que en el congreso se han abordado temas "tan importantes" como el déficit de profesionales, la atención integral a las personas y otras cuestiones que se han debatido "a una gran altura científica", por lo que concluyó que "ha sido un congreso de calidad". ■

La formación del médico y su reflejo en la calidad asistencial

## De las aulas, a la práctica clínica

*La formación del médico, desde la Universidad a la práctica clínica, se halla en proceso de una profunda revisión. El Plan de Bolonia y la realidad cotidiana de la consulta marcarán el devenir de los profesionales sanitarios, según los expertos que MEDICAL ECONOMICS congregó en una jornada celebrada en Valladolid dedicada a exponer y debatir la formación del médico y su reflejo en la calidad asistencial.*

J O R N A D A

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



Monasterio de Ntra. Sra. de Prado  
Avda. Puente Colgante s/n  
Valladolid

Viernes, 5 de junio de 2009

Organizado por

Medical Economics

Junta de  
Castilla y León

Con la colaboración de  
astellas

### Gonzalo San Segundo

Un compromiso de colaboración estrecha con la Consejería de Sanidad para la formación de los profesionales sanitarios dejó explícito el consejero de Educación de la Junta de Castilla y León, Juan José Mateos Otero, en la clausura de la jornada *La formación del médico y su reflejo en la calidad asistencial*, celebrada en Valladolid el pasado día 5. El acto, organizado por MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de Astellas Pharma y las consejerías citadas, reunió a cerca de medio centenar de médicos, gestores de hospitales y expertos en educación sanitaria, y estuvo presidido por Javier Castrodeza

Sanz, director general de Salud Pública e Investigación, en representación del consejero de Sanidad, Francisco Javier Álvarez Guisasola; Manuel García Abad, editor de la revista, y José María Martín Dueñas, director general de Astellas.

Mateos dejó patente que los nuevos planes de estudio de Medicina se adaptarán a las exigencias de la Unión Europea y a los criterios de calidad establecidos por la Agencia Nacional de Evaluación de Calidad y Acreditación. Esas exigencias que marca el Plan de Bolonia, recordó el consejero de Educación, tendrán su repercusión directa en la formación de los médicos residentes, con el fin

de conseguir la excelencia en la práctica médica. Para ello es necesaria la formación continuada y el desarrollo profesional continuo, al objeto de alcanzar una asistencia sanitaria con la calidad exigida por los pacientes, los empleadores y los propios profesionales.

En su conferencia, titulada *Formación y calidad asistencial*, Andrés Catalina Manso, jefe de Estudios del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, sostuvo que la buena formación del médico español es fruto de estos tres esfuerzos: los alumnos, que salen de las facultades de Medicina con un alto grado de conocimientos; el sistema MIR, de reco-



De izda. a dcha., Honorio Bando Casado, vicepresidente de Idepro; José María Martín Dueñas, director general de Astellas Pharma; Ricardo Jaime Rigual Bonastre, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid; Javier Castrodeza Sanz, director general de Salud Pública e Investigación de la Consejería de Sanidad de Castilla y León; Felipe Chavida, presidente de Idepro; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; y Gonzalo San Segundo, director asociado.

nocido prestigio internacional, y la iniciativa de los propios profesionales.

Catalina Manso calificó esa situación de “privilegio” y se preguntó si era sostenible tal y como está o habría que cambiar algo. Trazó una semblanza del Hospital Río Hortega y se cuestionó si el Servicio de Urgencias era el sitio idóneo para que los MIR realizaran su primera formación en la práctica clínica. Apuntó que en la formación continuada del médico influyen tres factores: el estrés, el cansancio y una actitud negativa, lo que desemboca en un médico “desgastado” o quemado.

En cuanto a la formación pregrado, Catalina Manso señaló algunos de los problemas que la caracterizan, como la escasa financiación, la apatía de los estudiantes, el alto grado de burocracia y el exceso de estudiantes encaminados a la atención médica especializada. “¿Es sostenible el sistema?”, se preguntó para finalizar su intervención. Y respondió: “Sí, pero aplicando mecanismo de control y calidad”.

Seguidamente, tuvo lugar una mesa redonda, moderada por Gonzalo San Segundo, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, que contempló todo el período de formación del médico, es decir, del pregrado al desarrollo profesional continuo. Al decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y catedrático de Fisiología, Ricardo Rigual Bonastre, disertó acerca de *La*

*formación universitaria del futuro médico*, con el horizonte puesto en las exigencias del Plan de Bolonia.

### Estudios de Medicina

Rigual comenzó preguntándose: “¿Dónde estamos?”. Dio algunas cifras, como que el 78 por ciento de los alumnos que acceden a las facultades de Medicina proceden del Bachillerato, un 7 por ciento del segundo ciclo de la Formación Profesional y, el resto, de procedencia variada: otras titulaciones universitarias, mayores de 25 años, deportistas de élite, extranjeros no comunitarios y minusválidos. En la relación entre el número de facultades y población, España ocupa el segundo lugar, después de Corea, en el ranking mundial.

En cuanto a la situación de los profesores dijo que “nos encontramos con unas plantillas envejecidas y desmotivadas en algunos casos, que se sienten incomprendidas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y por la universidad”. Además, añadió, “algunos adolecen de una escasa formación docente en nuevas metodologías y con dificultades para armonizar las labores docentes, investigadoras y, en el caso de los clínicos, las asistenciales”. También hay dificultades para la renovación de las plantillas docentes.

Prosiguió con más interrogaciones: ¿Hacia dónde queremos ir y cómo conseguirlo? He aquí sus respuestas. En relación a la admisión de alumnos, “debe-

mos poner unos límites condicionados por la capacidad actual de nuestras facultades y del sistema de formación de especialistas y ajustados a las necesidades de profesionales especialistas de manera coordinada para toda España. En la actualidad, estamos valorando la conveniencia de aplicar una prueba específica y objetiva para la admisión en Medicina, pues la nota de selectividad es posible que no cubra todos los aspectos necesarios”.

En relación a los profesores, el profesor Rigual señaló: “Necesitamos renovar nuestras plantillas con profesionales competentes y motivados y que los conciertos de las facultades de Medicina con el SNS posibiliten la armonización con las tareas docentes, investigadoras y, en su caso, asistenciales con un margen suficiente de flexibilidad entre ellas. También es necesario potenciar que profesores médicos no abandonen las áreas preclínicas”. Y concretó: “Debemos aplicar nuevas metodologías para el aprendizaje y reorganizar las prácticas clínicas utilizando adecuadamente los recursos del SNS”. ¿Y cómo van los trabajos para esa convergencia europea que marca el Plan de Bolonia para el curso 2010-2011? Los nuevos planes de grado en Medicina tienen como objetivo la libre circulación de profesionales en Europa. Y para su elaboración se utiliza como unidad de medida el crédito ECTS, que consiste en la carga de trabajo del estudiante y que



De izda. a dcha., Manuel García Abad; Juan José Mateos, consejero de Educación de la Junta de Castilla y León; José M<sup>o</sup> Martín Dueñas; y F. Javier Álvarez Guisasaola, consejero de Sanidad.



Esperanza Vázquez Boyero, directora general de Recursos Humanos, durante su disertación.



Ricardo Jaime Rigual habló sobre la formación universitaria del futuro médico.

agrupa a las actividades presenciales (clases magistrales, tutorías, prácticas que incluyen laboratorio, clínicas, laboratorio de habilidades, seminarios y evaluación) y no presenciales (trabajo virtual y trabajo personal).

Para que el plan elaborado en base a competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) pueda desarrollarse adecuadamente, “es fundamental que en la prueba MIR se evalúen estas competencias, como indica la LOPS”, apuntó el decano de Medicina de la Universidad

ro, directora general de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, bajo el epígrafe *La calidad de la formación MIR*. Recordó que ya en enero de 2008, con la presentación por el consejero de Sanidad, Francisco Javier Álvarez Guisasola, del estudio sobre el Análisis de necesidades de médicos especialistas en Castilla y León”, se propusieron estrategias con efectos a corto, medio y largo plazo.

Entre esas estrategias, según Vázquez Boyero, se ha considerado fundamental abordar una serie de medidas con el objetivo de ordenar la oferta de plazas de residentes y mejorar la calidad en la formación de especialistas en ciencias de la salud. En este sentido, en 2008

se acreditaron 21 nuevas plazas para formación sanitaria especializada, entre las que destacan dos de Cardiología en León y Salamanca, otras dos en Burgos de Pediatría y la nueva unidad docente de Medicina del Trabajo, con cuatro plazas: León, Soria y dos en Valladolid.

En la línea de aumentar la oferta, sobre todo en las especialidades deficitarias, de las 31 plazas que el Sacyl ha pedido acreditación al Ministerio de Sanidad, de momento se han acreditado 27 nuevas, entre las que destacan, como novedosas en Castilla y León, Reumatología e Inmunología. “Esta política de nuevas acreditaciones —dijo Esperanza Vázquez— está dando sus resultados en cuan-

to a la cobertura de la oferta, puesto que este año hemos logrado, en Castilla y León, cubrir el cien por cien de las plazas de especializada y casi el 96 por ciento en Atención Primaria, frente al 59 por ciento del año pasado”.

Por otra parte, el Sacyl ha iniciado un programa de fidelización de los que acaban la formación con interinidades o contratos de dos años. El año pasado se logró que el 70 por ciento de los recién licenciados se quedaran a trabajar en Castilla y León. Actualmente, “estamos en pleno proceso de fidelización, intentando cubrir con estos contratos todas nuestras necesidades asistenciales”, puntualizó la directora general de Recursos Humanos.

Además, la Consejería de Sanidad de Castilla y León está trabajando en mejorar la calidad de la formación por medio de las siguientes líneas de trabajo:

- Ordenación de la formación especializada mediante la regulación normativa de las funciones, nombramientos, evaluación y reconocimiento a los profesionales de la labor docente.
- Homogeneización de las autorizaciones de las rotaciones externas.
- Elaboración de un programa formativo común.
- Participación de los residentes en labores de investigación.
- Gestión más ágil y eficaz de todo el proceso de formación especializada.
- Aprobación de un Plan Marco de Gestión de la Calidad en Docencia.

### Los nuevos planes de grado en Medicina tienen como objetivo la libre circulación de los profesionales en Europa

de Valladolid. La Conferencia de Decanos de Medicina, tratando de que los planes en España presenten un cierto grado de armonización, elaboró una serie de recomendaciones, y las diferentes facultades han desarrollado sus planes en materias y asignaturas, teniendo en cuenta dichas recomendaciones y acordes con las posibilidades, idiosincrasia y normativa de cada universidad. Pero para lograr que cumplan sus objetivos “es necesario la colaboración del SNS y la dotación de nuevos recursos humanos y materiales”, concluyó Rigual.

El siguiente paso en la formación del médico, el período de residencia, fue abordado por Esperanza Vázquez Boye-



Andrés Catalina Manso, jefe de Estudios del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (en el centro), con José María Martín Dueñas (izda.) y Manuel García Abad (dcha.).



Felipe Chavida explicó la importancia del nuevo modelo de formación para el médico: el desarrollo profesional continuo.

Honorio Bando Casado, vicepresidente del Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) disertó acerca de la formación médica continuada hoy, el tercer eslabón de la cadena de la enseñanza de los profesionales. Se lamentó de que la formación postgrado estuviera desvinculada de la universidad, ya que en gran parte se realiza al margen de las facultades que tienen competencias sobre las Ciencias de la Salud.

Para Bando Casado, la mejora de la formación tiene que tener un horizonte en la profundización de la salud y en el abordaje de las patologías más prevalentes”, y abogó por facilitar a los recién graduados la formación de postgrado, con el fin de “evitar la ruptura entre la universidad y la realidad formativa”.

En ese sentido, apuntó que los gerentes de los hospitales “tienen que tomar conciencia del papel fundamental de las tutorías para la formación de los futuros especialistas”, sin olvidar, por supuesto, que la relación médico-paciente “es cada vez más fundamental dentro de la medicina especializada”. Por eso la estructura de la formación de las profesiones médicas implica la imposibilidad de separar procesos formativos, como la formación continuada.

“Aprender a lo largo de la vida –señaló el vicepresidente de Idepro–, que es el objetivo de la formación continuada, no es simplemente un privilegio o un derecho, sino más bien una necesidad para cada uno [...], una obligación ética del médico con la sociedad, que tiene como

factores básicos los ámbitos educativos, organizativos, profesionales y tecnológicos”. Aseveró que la formación continuada “no se considera una formación reglada y no puede ser obligatoria, pues se desvirtuaría su carácter como elemento modulador del estatus profesional”.

Honorio Bando completó su intervención señalando los esfuerzos que se realizan en España para fomentar y promover la calidad de la formación continuada de los profesionales sanitarios, lo que sin duda repercutirá en una mejor calidad asistencial para los ciudadanos, lo que hace “imprescindible la participación de todos los sectores implicados” en dicha formación.

### Desarrollo profesional continuo

La formación continuada del médico necesita afrontar otros horizontes de encauzamiento, imprescindibles para la carrera profesional, que se concretan en el desarrollo profesional continuo (DPC) o permanente. El Comité Permanente de Médicos Europeos se ha hecho eco de ello al ser, en palabras de Honorio Bando, “el método normativo del que se sirven los médicos para mantener y mejorar sus competencias médicas y sus resultados clínicos”.

Y acerca de ese concepto precisamente, del DPC, habló Felipe Chavida, médico de Familia Comunitaria y presidente de Idepro. Comenzó diciendo que la formación médica continuada (FMC) se ha ocupado tradicionalmente de com-

pensar los problemas derivados de los cambios en el conocimiento surgidos del paso del tiempo (actualización) y de aquellos relacionados con los déficits de la formación previa. En ese sentido, el tipo de actividades formativas utilizado ha sido el habitualmente conocido: conferencias, cursos, congresos, etcétera.

Este tipo de metodología –prosiguió Chavida– “implica una postura pasiva por parte del que aprende y se comprueba no muy eficaz para la resolución de los problemas que agobian diariamente al médico clínico”. Durante los años noventa aparecen conceptos de metodología educacional que desarrollan un modelo profesional frente al tradicional modelo académico. Así, se inicia un viaje que nos llevará desde la FMC al DPC. Este último incluye a la primera, incorporando una visión más amplia tanto en contenidos como en metodología y escenarios.

Según el presidente de Idepro, en este nuevo modelo se considera incluida en la formación cualquier actividad dirigida a la mejora del ejercicio profesional. Su contenido excede al de los meros conocimientos. Se persiguen mejoras en las habilidades y en las actitudes, elementos que se toman en cuenta para la evaluación de las competencias. En este momento se da un paso más, incorporando la metodología educacional de adultos como la apropiada para la formación continua de los profesionales. Implica una participación activa del profesional, que percibe la formación como pertinente porque se relaciona con sus problemas reales. ■



Javier Castrodeza Sanz (en el centro) con José María Martín Dueñas (izda.) y Manuel García Abad (dcha.).



De izda. a dcha., José Luis Rodríguez, Áurea Toledo y Asunción Somoza, de Astellas Pharma.



De izda. a dcha., Adrián Juanes de la Peña, del Centro de Salud Santa Marta de Tormes; Manuel García Abad y Manuel Gómez, presidente del Colegio de Médicos de Salamanca.

nocido prestigio internacional, y la iniciativa de los propios profesionales.

Catalina Manso calificó esa situación de “privilegio” y se preguntó si era sostenible tal y como está o habría que cambiar algo. Trazó una semblanza del Hospital Río Hortega y se cuestionó si el Servicio de Urgencias era el sitio idóneo para que los MIR realizaran su primera formación en la práctica clínica. Apuntó que en la formación continuada del médico influyen tres factores: el estrés, el cansancio y una actitud negativa, lo que desemboca en un médico “desgastado” o quemado.

En cuanto a la formación pregrado, Catalina Manso señaló algunos de los problemas que la caracterizan, como la escasa financiación, la apatía de los estudiantes, el alto grado de burocracia y el exceso de estudiantes encaminados a la atención médica especializada. “¿Es sostenible el sistema?”, se preguntó para finalizar su intervención. Y respondió: “Sí, pero aplicando mecanismo de control y calidad”.

Seguidamente, tuvo lugar una mesa redonda, moderada por Gonzalo San Segundo, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, que contempló todo el período de formación del médico, es decir, del pregrado al desarrollo profesional continuo. Al decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y catedrático de Fisiología, Ricardo Rigual Bonastre, disertó acerca de *La*

*formación universitaria del futuro médico*, con el horizonte puesto en las exigencias del Plan de Bolonia.

### Estudios de Medicina

Rigual comenzó preguntándose: “¿Dónde estamos?”. Dio algunas cifras, como que el 78 por ciento de los alumnos que acceden a las facultades de Medicina proceden del Bachillerato, un 7 por ciento del segundo ciclo de la Formación Profesional y, el resto, de procedencia variada: otras titulaciones universitarias, mayores de 25 años, deportistas de élite, extranjeros no comunitarios y minusválidos. En la relación entre el número de facultades y población, España ocupa el segundo lugar, después de Corea, en el ranking mundial.

En cuanto a la situación de los profesores dijo que “nos encontramos con unas plantillas envejecidas y desmotivadas en algunos casos, que se sienten incomprendidas por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y por la universidad”. Además, añadió, “algunos adolecen de una escasa formación docente en nuevas metodologías y con dificultades para armonizar las labores docentes, investigadoras y, en el caso de los clínicos, las asistenciales”. También hay dificultades para la renovación de las plantillas docentes.

Prosiguió con más interrogaciones: ¿Hacia dónde queremos ir y cómo conseguirlo? He aquí sus respuestas. En relación a la admisión de alumnos, “debe-

mos poner unos límites condicionados por la capacidad actual de nuestras facultades y del sistema de formación de especialistas y ajustados a las necesidades de profesionales especialistas de manera coordinada para toda España. En la actualidad, estamos valorando la conveniencia de aplicar una prueba específica y objetiva para la admisión en Medicina, pues la nota de selectividad es posible que no cubra todos los aspectos necesarios”.

En relación a los profesores, el profesor Rigual señaló: “Necesitamos renovar nuestras plantillas con profesionales competentes y motivados y que los conciertos de las facultades de Medicina con el SNS posibiliten la armonización con las tareas docentes, investigadoras y, en su caso, asistenciales con un margen suficiente de flexibilidad entre ellas. También es necesario potenciar que profesores médicos no abandonen las áreas preclínicas”. Y concretó: “Debemos aplicar nuevas metodologías para el aprendizaje y reorganizar las prácticas clínicas utilizando adecuadamente los recursos del SNS”. ¿Y cómo van los trabajos para esa convergencia europea que marca el Plan de Bolonia para el curso 2010-2011? Los nuevos planes de grado en Medicina tienen como objetivo la libre circulación de profesionales en Europa. Y para su elaboración se utiliza como unidad de medida el crédito ECTS, que consiste en la carga de trabajo del estudiante y que



De izda. a dcha., Manuel García Abad; Juan José Mateos, consejero de Educación de la Junta de Castilla y León; José M<sup>o</sup> Martín Dueñas; y F. Javier Álvarez Guisasaola, consejero de Sanidad.



Esperanza Vázquez Boyero, directora general de Recursos Humanos, durante su disertación.



Ricardo Jaime Rigual habló sobre la formación universitaria del futuro médico.

agrupa a las actividades presenciales (clases magistrales, tutorías, prácticas que incluyen laboratorio, clínicas, laboratorio de habilidades, seminarios y evaluación) y no presenciales (trabajo virtual y trabajo personal).

Para que el plan elaborado en base a competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) pueda desarrollarse adecuadamente, “es fundamental que en la prueba MIR se evalúen estas competencias, como indica la LOPS”, apuntó el decano de Medicina de la Universidad

ro, directora general de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, bajo el epígrafe *La calidad de la formación MIR*. Recordó que ya en enero de 2008, con la presentación por el consejero de Sanidad, Francisco Javier Álvarez Guisasola, del estudio sobre el Análisis de necesidades de médicos especialistas en Castilla y León”, se propusieron estrategias con efectos a corto, medio y largo plazo.

Entre esas estrategias, según Vázquez Boyero, se ha considerado fundamental

abordar una serie de medidas con el objetivo de ordenar la oferta de plazas de residentes y mejorar la calidad en la formación de especialistas en ciencias de la salud. En este sentido, en 2008

se acreditaron 21 nuevas plazas para formación sanitaria especializada, entre las que destacan dos de Cardiología en León y Salamanca, otras dos en Burgos de Pediatría y la nueva unidad docente de Medicina del Trabajo, con cuatro plazas: León, Soria y dos en Valladolid.

En la línea de aumentar la oferta, sobre todo en las especialidades deficitarias, de las 31 plazas que el Sacyl ha pedido acreditación al Ministerio de Sanidad, de momento se han acreditado 27 nuevas, entre las que destacan, como novedosas en Castilla y León, Reumatología e Inmunología. “Esta política de nuevas acreditaciones —dijo Esperanza Vázquez— está dando sus resultados en cuan-

to a la cobertura de la oferta, puesto que este año hemos logrado, en Castilla y León, cubrir el cien por cien de las plazas de especializada y casi el 96 por ciento en Atención Primaria, frente al 59 por ciento del año pasado”.

Por otra parte, el Sacyl ha iniciado un programa de fidelización de los que acaban la formación con interinidades o contratos de dos años. El año pasado se logró que el 70 por ciento de los recién licenciados se quedaran a trabajar en Castilla y León. Actualmente, “estamos en pleno proceso de fidelización, intentando cubrir con estos contratos todas nuestras necesidades asistenciales”, puntualizó la directora general de Recursos Humanos.

Además, la Consejería de Sanidad de Castilla y León está trabajando en mejorar la calidad de la formación por medio de las siguientes líneas de trabajo:

- Ordenación de la formación especializada mediante la regulación normativa de las funciones, nombramientos, evaluación y reconocimiento a los profesionales de la labor docente.
- Homogeneización de las autorizaciones de las rotaciones externas.
- Elaboración de un programa formativo común.
- Participación de los residentes en labores de investigación.
- Gestión más ágil y eficaz de todo el proceso de formación especializada.
- Aprobación de un Plan Marco de Gestión de la Calidad en Docencia.

### Los nuevos planes de grado en Medicina tienen como objetivo la libre circulación de los profesionales en Europa

de Valladolid. La Conferencia de Decanos de Medicina, tratando de que los planes en España presenten un cierto grado de armonización, elaboró una serie de recomendaciones, y las diferentes facultades han desarrollado sus planes en materias y asignaturas, teniendo en cuenta dichas recomendaciones y acordes con las posibilidades, idiosincrasia y normativa de cada universidad. Pero para lograr que cumplan sus objetivos “es necesario la colaboración del SNS y la dotación de nuevos recursos humanos y materiales”, concluyó Rigual.

El siguiente paso en la formación del médico, el período de residencia, fue abordado por Esperanza Vázquez Boye-



Andrés Catalina Manso, jefe de Estudios del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid (en el centro), con José María Martín Dueñas (izda.) y Manuel García Abad (dcha.).



Felipe Chavida explicó la importancia del nuevo modelo de formación para el médico: el desarrollo profesional continuo.

Honorio Bando Casado, vicepresidente del Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) disertó acerca de la formación médica continuada hoy, el tercer eslabón de la cadena de la enseñanza de los profesionales. Se lamentó de que la formación postgrado estuviera desvinculada de la universidad, ya que en gran parte se realiza al margen de las facultades que tienen competencias sobre las Ciencias de la Salud.

Para Bando Casado, la mejora de la formación tiene que tener un horizonte en la profundización de la salud y en el abordaje de las patologías más prevalentes”, y abogó por facilitar a los recién graduados la formación de postgrado, con el fin de “evitar la ruptura entre la universidad y la realidad formativa”.

En ese sentido, apuntó que los gerentes de los hospitales “tienen que tomar conciencia del papel fundamental de las tutorías para la formación de los futuros especialistas”, sin olvidar, por supuesto, que la relación médico-paciente “es cada vez más fundamental dentro de la medicina especializada”. Por eso la estructura de la formación de las profesiones médicas implica la imposibilidad de separar procesos formativos, como la formación continuada.

“Aprender a lo largo de la vida –señaló el vicepresidente de Idepro–, que es el objetivo de la formación continuada, no es simplemente un privilegio o un derecho, sino más bien una necesidad para cada uno [...], una obligación ética del médico con la sociedad, que tiene como

factores básicos los ámbitos educativos, organizativos, profesionales y tecnológicos”. Aseveró que la formación continuada “no se considera una formación reglada y no puede ser obligatoria, pues se desvirtuaría su carácter como elemento modulador del estatus profesional”.

Honorio Bando completó su intervención señalando los esfuerzos que se realizan en España para fomentar y promover la calidad de la formación continuada de los profesionales sanitarios, lo que sin duda repercutirá en una mejor calidad asistencial para los ciudadanos, lo que hace “imprescindible la participación de todos los sectores implicados” en dicha formación.

### Desarrollo profesional continuo

La formación continuada del médico necesita afrontar otros horizontes de encauzamiento, imprescindibles para la carrera profesional, que se concretan en el desarrollo profesional continuo (DPC) o permanente. El Comité Permanente de Médicos Europeos se ha hecho eco de ello al ser, en palabras de Honorio Bando, “el método normativo del que se sirven los médicos para mantener y mejorar sus competencias médicas y sus resultados clínicos”.

Y acerca de ese concepto precisamente, del DPC, habló Felipe Chavida, médico de Familia Comunitaria y presidente de Idepro. Comenzó diciendo que la formación médica continuada (FMC) se ha ocupado tradicionalmente de com-

pensar los problemas derivados de los cambios en el conocimiento surgidos del paso del tiempo (actualización) y de aquellos relacionados con los déficits de la formación previa. En ese sentido, el tipo de actividades formativas utilizado ha sido el habitualmente conocido: conferencias, cursos, congresos, etcétera.

Este tipo de metodología –prosiguió Chavida– “implica una postura pasiva por parte del que aprende y se comprueba no muy eficaz para la resolución de los problemas que agobian diariamente al médico clínico”. Durante los años noventa aparecen conceptos de metodología educacional que desarrollan un modelo profesional frente al tradicional modelo académico. Así, se inicia un viaje que nos llevará desde la FMC al DPC. Este último incluye a la primera, incorporando una visión más amplia tanto en contenidos como en metodología y escenarios.

Según el presidente de Idepro, en este nuevo modelo se considera incluida en la formación cualquier actividad dirigida a la mejora del ejercicio profesional. Su contenido excede al de los meros conocimientos. Se persiguen mejoras en las habilidades y en las actitudes, elementos que se toman en cuenta para la evaluación de las competencias. En este momento se da un paso más, incorporando la metodología educacional de adultos como la apropiada para la formación continua de los profesionales. Implica una participación activa del profesional, que percibe la formación como pertinente porque se relaciona con sus problemas reales. ■



Javier Castrodeza Sanz (en el centro) con José María Martín Dueñas (izda.) y Manuel García Abad (dcha.).



De izda. a dcha., José Luis Rodríguez, Áurea Toledo y Asunción Somoza, de Astellas Pharma.



De izda. a dcha., Adrián Juanes de la Peña, del Centro de Salud Santa Marta de Tormes; Manuel García Abad y Manuel Gómez, presidente del Colegio de Médicos de Salamanca.



## Haciendo historia paso a paso

# Líderes en el tratamiento del dolor

*Grünenthal es una compañía multinacional farmacéutica especializada en el área del dolor, ginecología y sistema nervioso central. En España ocupa el primer puesto en el mercado farmacéutico en el área del dolor.*

Los inicios de la compañía Grünenthal se remontan al año 1946, y desde entonces ha fortalecido y consolidado de manera constante sus capacidades de investigación y desarrollo para comercializar nuevos productos, tanto en virtud de su propio desarrollo científico como de la colaboración con diversos socios. La expansión internacional de la compañía comienza en 1968, año en el que se estableció la primera filial de Grünenthal en América Latina, concretamente en Lima, Perú, bajo la denominación de Grünenthal Peruana, S.A, y momento del lan-



Edificio principal de Grünenthal Pharma, en Madrid.

zamiento del tramadol, uno de sus principales productos. Cuatro años después, en 1972, se estableció otra filial de la compañía, en esta ocasión en Quito, Ecuador, bajo la denominación de Grünenthal Ecuatoriana C. Ltda. Posteriormente, se crearon otras filiales en Chile y Colombia en 1979, en Venezuela en 1995 y en México en 1998.

En el viejo continente la internacionalización de Grünenthal tuvo lugar inicialmente en Europa central, meridional y occidental. En 1977 se constituyó Grünenthal Ges.m.b.H., en Viena, Austria. En los años siguientes se crearon otras filiales mediante la fundación de nue-

vas empresas o la adquisición de algunas ya existentes: en 1979 en España, en 1985 en Suiza, en 1990 en Portugal, en 1996 en Italia, en 1997 en Francia, en 2000 en Bélgica y los Países Bajos y en 2004 en el Reino Unido e Irlanda.

### Grünenthal en España

Grünenthal avanza asimismo en su camino hacia la internacionalización en el siglo XXI. Incluso antes de la expansión hacia la zona oriental de la UE, se establecieron nuevas filiales en los países de Europa central y oriental, con objeto de desarrollar los mercados de reciente apertura. La compañía desarrolla actividades de venta y comercialización desde el año 2003 en la República Checa, Eslovaquia, Eslovenia y Croacia; desde 2004 en Polonia; y desde 2005 en Rusia y Bosnia-Herzegovina.

La filial española de la empresa multinacional alemana Grünenthal GmbH se dedica a la investigación, desarrollo, producción y comercialización en España de productos farmacéuticos de prescripción. Grünenthal que emplea en España a 480 personas, está especializada principalmente en dolor, y ocupa el primer puesto en el mercado farmacéutico en esta área en España, aunque también tiene una fuerte implantación en Sistema Nervioso Central y Ginecología. El objetivo de Grünenthal es que sus medicamentos actúen de forma específica, que sean seguros y que, por tanto, hagan que el tratamiento sea más fácil de cumplir. Actualmente, se sitúa como empresa líder del Dolor en España, con un 9,8 por ciento de cuota del mercado y un crecimiento del 9 por ciento. La compañía cerró el ejercicio de 2008 con un crecimiento del 7,8 por ciento respecto al año anterior, lo que le sitúa en el puesto número 9 de laboratorios españoles por crecimiento. ■

## I+D

# Investigación, innovación e independencia

*El reto de Grünenthal es desarrollar fármacos contra el dolor de tipo moderado y severo, con buena eficacia y pocos efectos adversos. La investigación, innovación e independencia son los tres pilares del éxito de Grünenthal.*

**E**l objetivo principal del departamento de investigación de Grünenthal es encontrar nuevas maneras para tratar el dolor al tiempo que se minimizan los efectos secundarios. En torno al 15 por ciento del volumen de negocios consolidado de la compañía se invierte en investigación y desarrollo.

A la hora de poner en el mercado un nuevo producto, Grünenthal dispone de dos vías. La primera, consiste en crear una molécula totalmente nueva (nuevas entidades químicas) y la segunda, en cambiar la formulación del producto (nuevas entidades terapéuticas).

En el primer caso destaca tapentadol, producto que fue aprobado en Estados Unidos por la FDA (Food and Drug Administration) en noviembre de 2008 para el alivio de dolor de moderado a severo, y fue presentado a las autoridades sanitarias europeas en abril de este año para su registro en Europa. La mayor novedad que aporta tapentadol es que al fin se rompe con el paradigma actual de que los opioides clásicos van acompañados de efectos secundarios, ya que se han conseguido elevados efectos analgésicos unidos a una mejora significativa de efectos adversos a nivel gastrointestinal y a nivel del sistema nervioso central.

En este sentido, el factor tiempo es muy importante, ya que se tarda de 10 a 14 años en poner un producto en el mercado, y si tenemos en cuenta que se investigan unas 4.000 moléculas para obtener sólo una, es un proceso muy costoso, tanto por el esfuerzo invertido como por el coste económico. Además, la patente sólo dura 20 años, luego queda muy poco tiempo para lanzar y aprovechar el producto. Por ello, el proceso de investigación con nuevas entidades terapéuticas, en las que ya se conoce el producto y se busca cambiar la formulación, es menos costoso y se sabe que da buenos resultados.

Hay que destacar un parche de lidocaína para el tratamiento del dolor por neuropatía post-herpética, que ya está comercializado en Inglaterra, en Alemania y en Latinoamérica; la combinación de paracetamol y tramadol, que tiene las ventajas de tener menos efectos secundarios, un amplio margen terapéutico y un efecto más rápido; y por último, la nueva formulación resistente (TRF), que hace que los comprimidos no se puedan destruir, lo que aumenta la seguridad del paciente y la aceptación por parte de los sectores más detractores de los opiodes.

## Investigación básica y clínica

España es uno de los países de referencia internacional para los proyectos de investigación de Grünenthal. En relación con la investigación básica y el desarrollo de nuevas moléculas analgésicas hay un acuerdo de colaboración de largo plazo con el departamento de Farmacología de la Universidad de Cádiz, bajo la responsabilidad del profesor Juan Antonio Micó.

En relación con la investigación clínica, la compañía dispone de un equipo altamente especializado que le permite participar en los estudios multinacionales de investigación, fases IIIa y IIIb; con planes multicéntricos. En algunos de estos planes, Grünenthal España asume el liderazgo y la coordinación internacional. ■



Dr. Klaus-Dieter Langner, vicepresidente de Investigación Clínica y Desarrollo de Grünenthal.

# El Dolor en España

## El 11 por ciento sufre dolor crónico

*Uno de cada diez españoles (el 11 por ciento) sufre dolor crónico a diario, siendo la causa más frecuente de consulta en Atención Primaria. En Europa la media se eleva hasta el 19 por ciento de la población.*

**E**l 11 por ciento de los españoles (9 millones de personas) “sufre dolores crónicos en la actualidad, mientras que sólo el 2 por ciento de ellos son atendidos en las unidades especializadas del Dolor”, según denunció el coordinador de la Unidad de Dolor del Hospital Carlos Haya, de Málaga, Manuel Rodríguez, quien aseguró que se trata de un problema “infravalorado” en el ámbito sanitario. “El dolor crónico es la primera causa de consulta en la Atención Primaria y, sin embargo, no se le dedica la atención que merece”, criticó Rodríguez en el transcurso del Curso de Formación sobre el Dolor, que Grünenthal Pharma organizó recientemente en su sede de Aquisgrán (Alemania), donde recordó que el 20 por ciento de la población mundial “lo sufre a diario”.

Asimismo, el doctor explicó que este tipo de dolor es el que se manifiesta durante más de tres meses y carece de significado, “porque no desempeña la tradicional función de alerta del organismo”. “Su duración media es de 9,1 años y el 35 por ciento de los pacientes presenta dolor todo el tiempo, lo que significa que están condenados a vivir con él”, se lamentó. Asimismo, señaló que las causas más frecuentes de este mal son la artritis reumatoide y la artrosis. Rodríguez aseguró que “el perfil del paciente es el de una mujer, en torno a los 50 años, que padece problemas de

rodilla”, y añadió que “el 58 por ciento de los afectados “no se muestra satisfecho con el tratamiento recibido”. En este sentido, criticó que la escasa prescripción de medicamentos adecuados afecta profundamente a la calidad de vida de los afectados, pues tiene un alto coste social, económico y sanitario. “El 29 por ciento deriva en depresión y el 22 por ciento pierde su empleo”, aseguró el experto. Además, explicó que pueden darse otras dolencias graves como la alteración profunda del sueño o el aislamiento social.

### Consumo de opioides

El doctor Rodríguez también destacó el uso que se hace en España de los opioides, asegurando que “su consumo está por debajo de las necesidades terapéuticas”. Por ello, denunció que “el miedo desmesurado” a los efectos indeseables de sustancias, como la codeína o el tramadol, son la causa de su bajo consumo, lo que explica que los analgésicos no esteroideos (AINEs) sean los más utilizados para aliviar el dolor (49 por ciento) y sólo el 2, 2 por ciento de los analgésicos que se consumen en España sean opioides. “En la actualidad se cree que si un paciente no oncológico comienza a tomar opioides se va a convertir en un adicto”, aseguró.

Finalmente, Rodríguez demandó la creación de unidades multidisciplinarias, dirigidas por los médicos que reúnan las mejores condiciones, “con independencia de su especialidad”, y que trabajen en coordinación con el servicio de Atención Primaria. En este sentido, explicó que “somos incómodos para la Administración porque le suponemos mucho dinero, pero tenemos que movilizarlos para avanzar en el tratamiento efectivo del dolor”, y añadió que “las comunidades mejor preparadas para el tratamiento del dolor crónico son Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana”. ■



El doctor Manuel Rodríguez aseguró que el dolor es la primera causa de consulta en AP.

# Fundación

## Comprometidos con el dolor

PLATAFORMA  
SinDOLOR

*La Fundación Grünenthal se creó en el año 2000 con el objetivo de mejorar la investigación en las áreas del dolor, las enfermedades neurodegenerativas y la medicina paliativa.*

**H**asta 8 de cada 10 consultas médicas en España están vinculadas al dolor, lo que hace de esta condición uno de los principales problemas de salud pública con importantes repercusiones laborales. En España, su incidencia llega a los 9 millones de personas, aunque sólo un 2 por ciento de los pacientes con dolor crónico terminan siendo tratados en una unidad especializada. Por ello, la Fundación Grünenthal y la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA) conscientes de que el dolor merece una atención especial han puesto en marcha la Plataforma SinDolor, una iniciativa pionera que nace con el objetivo de contribuir al conocimiento, diagnóstico, prevención y tratamiento del dolor. “El proyecto surgió con el fin de contribuir a mejorar todos los aspectos que influyen de forma directa e indirecta en la prevención, el diagnóstico, la valoración y el tratamiento del dolor”, asegura Guillermo Castillo, director de la Fundación Grünenthal y director de Acceso a la Salud y Comunicación de Grünenthal.

“Las consecuencias que el dolor, y sobre todo el mal control del dolor, van a tener sobre la población son múltiples y entre ellas se encuentran la depresión, el aislamiento social, las alteraciones de la marcha y del ritmo vigilia-sueño y una mayor utilización de los diferentes recursos sanitarios”, señala Antón Herreros, director general de FUINSA.

En este contexto, el papel de la Plataforma SinDolor es fundamental para coordinar los esfuerzos que en materia de dolor vienen realizando los diferentes actores sanitarios. Para ello se ha creado un decálogo, consensado ampliamente por sociedades científicas, instituciones sanitarias y autonómicas y por parte de médicos de reconocido prestigio, que establece las bases de trabajo y los

objetivos que persigue la plataforma, que destacan la importancia del abordaje multidisciplinar del dolor, así como la necesidad de mantener informado al paciente en todo momento. ■

### Abriendo caminos

El compromiso y la activa contribución social de Grünenthal han quedado plasmados con la constitución, en el año 2000, de la Fundación Grünenthal. Se trata de una entidad privada sin ánimo de lucro, con plena capacidad de obrar y recursos propios. Con su lema “Abriendo caminos”, la Fundación define su carácter multicultural, su componente internacional y su dedicación a la formación, divulgación de conocimientos científicos, colaboración con sociedades científicas y apoyo a la investigación. Los objetivos prioritarios de la Fundación Grünenthal para el desarrollo de la ciencia médica se sitúan principalmente en los campos del dolor, la medicina paliativa y las enfermedades neurodegenerativas. Además, en el año 2000, la Fundación Grünenthal puso en marcha una experiencia pionera en España al suscribir un acuerdo de cooperación con el Rectorado de la Universidad de Salamanca para crear la Cátedra Extraordinaria del Dolor Fundación Grünenthal. A través de esta Cátedra, la Fundación lleva a cabo diversos proyectos de investigación, con un énfasis especial en la farmacogenética del dolor.

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NVR» en una cara y «CE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «U» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. **Dafiro** está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 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 hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hipertesitismo:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 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 cardiaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardiaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina en oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardiaca de las clases II y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketoconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoina, fosfenitoina, primidona], rifampicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante Otras** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucémicos orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclamida. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante: Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfa-bloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. anti-depresivos tricíclicos, alfa-bloqueantes 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 pulmonar, 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 hipoplasia. 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 cardiacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Sincope. **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: Hipertrofia, 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, migraja, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistémica marcada, y, probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardiaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloque de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodilisis. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Silice 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. Blisters precortados unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN Dafiro 5 mg/160 mg:** EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 – 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE

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.

# II Lección Conmemorativa Clara Campal



De izda. a dcha., el Dr. Ignacio Durán, coordinador de Docencia del CIOCC; Manuel García Abad, consejero delegado de Spanish Publishers Associates; Prof. Dr. Ian F. Tannock, del departamento de Oncología Médica del Hospital Princess Margaret de la Universidad de Toronto; Prof. Dr. Juan Martínez López de Letona, presidente de la Fundación Hospital de Madrid; el Dr. Jaime del Barrio, director general del Instituto Roche; el Dr. Juan Abarca Cidón, director general del Grupo Hospital de Madrid; Prof. Dr. Christopher Heeschen, jefe de la Unidad de Investigación Clínica de Células Troncales y Cáncer del CNIO; y el Dr. Manuel Hidalgo, director del CIOCC.

## Principales objetivos de la Oncología: mejorar la eficacia de los tratamientos disponibles y prevenir las metástasis

*Los máximos exponentes de la Oncología nacional e internacional dieron a conocer recientemente en Madrid, en el transcurso de la II Lección Conmemorativa Clara Campal organizada por el Grupo Hospital de Madrid, los últimos avances en el tratamiento del cáncer. Fue inaugurada por el doctor Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo Hospital de Madrid, quien definió el proyecto como "ilusionante". Los expertos coincidieron en que mejorar la eficacia de los tratamientos disponibles y prevenir las metástasis son los principales objetivos de la Oncología. Ofrecemos un resumen de las intervenciones de los ponentes y conferenciantes en dicho acto a las que se puede acceder a través de la web de Medical Economics ([www.medeco.es.com](http://www.medeco.es.com)).*



Dr. Jaime del Barrio Seoane,  
director general del Instituto Roche.

## "Hay que trasladar de forma rápida y eficaz los hallazgos de investigación básica y clínica a la práctica asistencial"

*La medicina individualizada supone un cambio revolucionario de la manera de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades.*

En los últimos años hemos asistido a un impresionante desarrollo de la Genética y la Medicina Genómica, lo que ha permitido, entre otros avances, identificar genes candidatos para enfermedades complejas con una alta prevalencia, relacionar las interacciones de estos genes entre sí y con modificadores ambientales, desarrollar pruebas diagnósticas para identificar a los individuos en riesgo, potenciar una medicina preventiva personalizada a través de exámenes médicos que orientan la modificación de hábitos a la medida de la persona o utilizar terapias farmacológicas adecuadas al genotipo de cada individuo.

El proyecto del Genoma Humano ha permitido demostrar que los seres humanos compartimos el 99,9 por ciento de la secuencia del ADN, mientras que el 0,1 por ciento restante es diferente entre los individuos. Los progresos en este ámbito no sólo han permitido conocer mejor esta genómica individual, sino que también han ido encaminados a perfeccionar y abaratar los recursos tecnológicos capaces de ofrecernos esa información. Las plataformas de alto rendimiento y análisis masivo de la secuencia y la expresión génica no han dejado de perfeccionarse, estandarizarse y reducir su coste, haciéndolas más asequibles a más grupos de investigación y permitiendo la obtención de un gran volumen de datos en cada vez menos tiempo y con cada vez menos personal necesario.

Es más, los estudios de asociación a escala genómica publicados a partir del año pasado han comenzado a revelar las bases genéticas de la susceptibilidad a enfermedades complejas que dependen de la interacción de muchos genes, como la diabetes, el cáncer, la artritis y otras

muchas. Gracias a estos estudios, empezamos a disponer de informaciones más precisas de los mecanismos moleculares de las enfermedades complejas, así como innumerables nuevas dianas terapéuticas.

### Medicina individualizada

Ahora, el reto es trasladar de forma rápida, eficaz y coste-efectiva estos hallazgos de investigación básica y clínica a la práctica asistencial, garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario público y la equidad en el acceso a estos recursos. Estamos en una situación inmejorable para instaurar definitivamente el nuevo paradigma de la Medicina que se ha dado en llamar "individualizada", y que consiste en el desarrollo y aplicación de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento mejor adaptadas a las particularidades genéticas y moleculares de cada paciente concreto.

Esta medicina, que ya es una realidad, supone un cambio revolucionario de la manera de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, siendo más predictiva y preventiva; pero no sólo eso, ya que va a modificar los sistemas de gestión sanitaria y va a tener un impacto económico y social. Por ello esta II Lección Conmemorativa Clara Campal apuesta por un ambicioso programa contando con expertos de reconocido prestigio nacional e internacional aparentemente de una manera visionaria, pero nada más lejos de realidad, ya que el Centro Integral Oncológico Clara Campal tiene el valor de estar al más alto nivel investigador, docente y asistencial y, por lo tanto, en condiciones inmejorables para apostar por el cambio hacia la medicina personalizada. ■

## "El principal avance en los biomarcadores predictivos es que ya existe conciencia de que este enfoque es necesario"

*Avances y retrocesos en el estudio de los biomarcadores predictivos de respuesta a fármacos en los pacientes con cáncer.*



**Dr. Fernando López-Ríos Moreno,**  
Laboratorio de Dianas Terapéuticas del  
Centro Integral Oncológico Clara Campal.

El desarrollo en los últimos años de tratamientos dirigidos (los denominados *targeted therapies*) contra determinadas alteraciones genético-moleculares de las neoplasias humanas ha supuesto un importante cambio, tanto práctico como conceptual, en el tratamiento oncológico de los pacientes con cáncer. Hoy por hoy no existe en casi ninguna circunstancia un consenso universal sobre cómo, cuándo y a quiénes aplicar estas "terapias dirigidas", preguntas claves precisamente si queremos que esta nomenclatura refleje su verdadero significado. Con la filosofía de responder a estas preguntas trabaja el Laboratorio de Dianas Terapéuticas en el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC).

En los casi dos años de funcionamiento desde su apertura, ha logrado implementar una cartera de servicios muy novedosa y única en su entorno que permite elaborar unos perfiles genético-moleculares, basados en técnicas de inmunohistoquímica, hibridación y PCR en los pacientes con cáncer que son atendidos en el CIOCC.

Además de dar soporte anatomopatológico y genético-molecular al Centro Integral Oncológico Clara Campal-Hospital Universitario Madrid Sanchinarro y al resto de los hospitales del Grupo Hospital de Madrid, somos un laboratorio de referencia en determinadas actividades, entre las que destacan: segundas opiniones diagnósticas, laboratorio de referencia nacional y europeo para la realización centralizada de pruebas moleculares en los ensayos clínicos y para la validación, implementación y control de calidad en la determinación de biomarcadores.

El principal avance en el estudio de los biomarcadores predictivos es que ya existe conciencia, no sólo en el entorno oncológico y médico, sino también "social", de que este enfoque es necesario. Y para que esto sea una realidad es necesario contar con tejido tumoral suficiente.

### Estudio de los biomarcadores

Los principales retrocesos o, mejor dicho, avances más lentos, están siendo las controversias metodológicas en la elección de la técnica más adecuada para estudiar un biomarcador, y a continuación se exponen algunos ejemplos. Todavía no hay un acuerdo universal de cómo determinar el HER2 en las pacientes con cáncer de mama: se ha propuesto firmemente el FISH como método primario de cribado y en este año se definirá mejor el valor añadido que aportan las nuevas tecnologías de hibridación (el CISH y el SISH duales) en este debate (y en la más que probable indicación de trastuzumab en el carcinoma gástrico).

En el año 2009 también hemos observado cómo la mutación del KRAS es un marcador predictivo negativo de respuesta a inhibidores del EGFR en carcinoma colorrectal, aunque todavía no existen tests válidos y aprobados para esta prueba. Lo mismo ocurre en el contexto de los adenocarcinomas de pulmón y la mutación del EGFR: los primeros *kits* comerciales estandarizados verán la luz en el otoño de 2009. Esta es una noticia muy esperada, puesto que estos abordajes incluyen también la detección de la mutación más frecuentemente asociada a resistencias al tratamiento, pero esa es otra historia. ■



**Dr. Jaime Pérez de Oteyza,**  
Director del departamento de Hematología y Oncohematología de CIOCC.

## "La mitad de las patologías atendidas este año son linfomas"

*El 52 por ciento de las patologías atendidas en el CIOCC han sido linfomas, lo que es una cifra esperable dada la prevalencia de esta patología hematológica.*

El programa de Oncohematología del Centro Integral Oncológico Clara Campal realiza sus actividades en varios ámbitos funcionales, como son el hospital de día, las consultas externas, la asistencia a los pacientes ingresados y el proyecto de trasplante de médula ósea y de progenitores hematopoyéticos.

La actividad asistencial ha crecido progresivamente desde la fundación, tanto en términos de número de consultas, que suma ya 1.621, como en relación al número de pacientes ingresados, que asciende ya a 553. Los tratamientos dispensados en el hospital de día también han crecido progresivamente de forma que en los primeros cinco meses de 2009 la cifra es ya bastante superior a la mitad del total contabilizado durante 2008. La distribución porcentual de las patologías atendidas es algo peculiar. En efecto, el 52 por ciento han sido linfomas, lo que es una cifra esperable dada la prevalencia de esta patología hematológica. Sin embargo, llama la atención que el 19 por ciento hayan sido leucemias agudas: primero, porque este porcentaje es en sí muy elevado y, segundo, porque es mucho mayor que el de las leucemias crónicas, que debería haber sido más alto en virtud de su mayor prevalencia. Dado que el tratamiento de las leucemias crónicas es menos complejo que el de las leucemias agudas, esta peculiar distribución porcentual de las patologías atendidas en el centro se debe, sin duda, al hecho de que a éste se remiten los casos más complicados de tratar, como son las leucemias agudas, mientras que los más sencillos se tratan en el resto de los hospitales. Esto supone una carga de trabajo de grandes dimensiones, pues con estos pacientes se llevan a cabo

tratamientos que alcanzan el máximo nivel de complejidad dentro del campo de la oncología.

### Programa de trasplantes

La acción estratégica fundamental del Grupo HM era crear un programa de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. En este sentido el centro es una de las poquísimas instituciones aprobadas y acreditadas por las autoridades sanitarias en la Comunidad de Madrid por cumplir los requisitos del RD de 2006 referente a trasplantes, que constituye una legislación muy exigente. También ha invertido en la última tecnología en cuestión de máquinas de leucoféresis, dispositivos de criopreservación programada y equipos de procesamiento celular que permiten lavar las células descongeladas antes de su perfusión al paciente, reduciendo los efectos secundarios sin dañar el injerto leucocitario. Hasta el momento se han realizado cinco trasplantes autólogos de progenitores hematopoyéticos en pacientes de distintas edades y patologías.

El programa del centro se ha adscrito ya a registros nacionales e internacionales y sus casos se registran en la Organización Nacional de Trasplantes trimestralmente. También ha sido admitido en el Grupo Español de Trasplantes Hematopoyéticos (GETH) como miembro de pleno derecho con voz y voto, y se ha solicitado la incorporación al Grupo Europeo, para lo que se precisa aval de otros dos centros.

En cuanto a la investigación, ya hay varios ensayos en marcha y se reclutan pacientes en todas las fases, mientras que, en el plano asistencial, los datos se incorporan a los distintos grupos cooperativos españoles. ■

## "Estamos a la altura de los mejores hospitales a nivel mundial"

*El Centro Integral Oncológico Clara Campal ofrece en este momento una medicina oncológica individualizada real que se encuentra a la altura de los mejores hospitales a nivel mundial.*



**Dr. Manuel Hidalgo Medina,**  
Director del CIOCC.

El Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC) se ha diseñado siguiendo el modelo estadounidense del *Community Cancer Center* y centrado alrededor del concepto de lo "integral", término que hace alusión por un lado al abordaje multidisciplinario de todos los pacientes y, por el otro, a su función doble en los ámbitos de la investigación y de la clínica asistencial. Aunque se quiso desde el principio que el centro fuera independiente, se ha situado junto a un gran hospital general para poder realizar derivaciones fácilmente o acceder a los recursos de éste en caso necesario. El centro en sí posee 30 camas de hospitalización además de consultas externas, áreas de investigación clínica, una unidad de radioterapia y un laboratorio dedicado al estudio de las dianas terapéuticas. Su funcionamiento está organizado mediante programas que se corresponden a las distintas patologías, cada uno de ellos integrado por un grupo multidisciplinario y un protocolo consensuado, y todos los casos se discuten en el seno de cada grupo. Existen también unidades en los hospitales del Grupo HM: Hospital Universitario de Madrid, Madrid Sanchinarro (anexo al CIOCC), Madrid Montepíncipe y Madrid Torreledones.

El centro está dotado de un sistema informático completo e integrado que cuenta con el programa Oncofarm para la gestión de la historia clínica electrónica y las consultas. Se está trabajando en la unificación de todos los programas informáticos disponibles en el centro.

En este año han aumentado no sólo el número de pacientes, sino también la complejidad de los casos tratados e investigados, situando al centro al nivel de los hospitales universi-

tarios convencionales que existen en España. También ha aumentado la cartera de servicios de radioterapia, que, además de las formas tradicionales, cuenta ahora con radiocirugía y braquiterapia, y el número de trasplantes autólogos de médula ósea, que se han convertido ya en práctica rutinaria. En suma, el CIOCC ofrece en este momento una medicina oncológica individualizada real que se encuentra a la altura de los mejores hospitales a nivel mundial.

### Líder en Europa

En investigación, el centro es ya el reclutador número uno en Europa en algunos estudios, posee ya un comité propio de ensayos clínicos y su reputación ha crecido internacionalmente por la calidad de sus datos. Además, se ha constituido una nueva unidad de ensayos en fase I, la unidad Fases I CIOCC-START, que surge de la asociación estratégica con el grupo START de la Universidad de Texas, los líderes mundiales en dicho tipo de ensayos. Esta asociación permitirá el acceso a muchos más fármacos y al sistema de gestión electrónico de pacientes en fase I que posee el grupo START.

El centro ha alcanzado el estatus de hospital universitario en el campo de la Oncología, está desarrollando programas de máster y doctorado, y contempla la creación de cátedras nuevas en las áreas en que es pionero. También dispone de la acreditación MIR en Oncología Radioterápica, quedando todavía pendiente la correspondiente a Oncología Médica. Por último, tenemos un programa de xenoinjertos vivos que es único a nivel mundial y que se ha desarrollado en colaboración con la Universidad CEU-San Pablo. ■



**Prof. Dr. Christopher Heeschen,**  
Jefe de la Unidad de Investigación  
Clínica de Células Troncales y  
Cáncer del CNIO.

## “El adenocarcinoma pancreático es la cuarta causa de muerte más frecuente por cáncer”

*Las investigaciones llevadas a cabo en este campo no han arrojado apenas progresos sustanciales en las últimas décadas, siendo la gemcitabina el único agente quimioterapéutico que ha mejorado ligeramente la respuesta clínica de estos pacientes.*

**E**l cáncer de páncreas es uno de los cánceres más agresivos que pueden afectar al ser humano y, aunque no es muy frecuente, el diagnóstico de este cáncer supone que el paciente morirá en un plazo de 12 meses. Este pronóstico es totalmente independiente de si el tumor es localizado o ya se ha extendido, al contrario de lo que ocurre en otros tipos de tumores malignos, como los de mama o colon, en los que las formas localizadas tienen mejor pronóstico. En el caso del cáncer de páncreas, el pronóstico, además, no ha variado y la tasa de mortalidad se ha mantenido igual durante los últimos treinta años, a pesar de los avances experimentados por la Oncología.

**«Se ha descubierto que el tumor no contiene una población celular homogénea y que no todas las células tienen la misma importancia desde el punto de vista tumorigénico»**

Se ha descubierto que el tumor no tiene una población celular homogénea y que no todas las células tienen la misma importancia desde el punto de vista tumorigénico. La mayor parte del tumor está compuesta por una población de células “diferenciadas”, mientras que la capacidad tumorigénica recae en una población mi-

noritaria de células más indiferenciadas y que se denominan “células madre” tumorales. Cuando se aplica quimioterapia al tumor, los agentes empleados reducen la masa tumoral a expensas principalmente de las células más diferenciadas, dejando un resto tumoral que sería resistente a los agentes empleados y dentro del cual existiría un porcentaje de células madre que renovarían el tumor. Lo mismo ocurre cuando se producen las pausas entre ciclos de quimioterapia, en las que el tumor recidiva gracias al efecto de esta población de células madre.

Se están investigando muchos marcadores para distinguir a los distintos tipos de células tumorales, y actualmente se usa el CD133 para identificar a las células madre del cáncer de páncreas. La expresión de este marcador en el paciente tiene, pues, importancia pronóstica: si el nivel de CD133 es casi indetectable, el pronóstico será mucho mejor que si es elevado.

Los pacientes sometidos a cirugía y diagnosticados finalmente de pancreatitis crónica y no de cáncer de páncreas, presentan también niveles muy pequeños de estas células madre, lo que no ocurre en el tejido pancreático normal. Ello significa que esta población se originaría a causa de las alteraciones inflamatorias que tienen lugar en el tejido pancreático afectado de pancreatitis crónica. Así pues, en el tejido tumoral del cáncer de páncreas se han hallado estas células madre definidas por la expresión de CD133 y se ha observado que constituyen ellas solas la población tumorigénica y que

son muy resistentes a la quimioterapia habitual. Además, en el llamado frente invasor de estos tumores de páncreas se ha identificado una subpoblación concreta de células madre que expresan CD133 y CXCR4, siendo esta subpoblación la que determina el fenotipo metastático de cada tumor. Los estudios realizados en el laboratorio han demostrado que la depleción de estas células madre responsables de la invasión a distancia suprime prácticamente el fenotipo metastático del cáncer de páncreas, aunque sin afectar a su potencial tumorigénico, por lo que queda demostrado que esta subpoblación de células madre migratorias CD133+ CXCR4+ es fundamental para que pueda producirse la metástasis tumoral.

### Resistencia al tratamiento

Mediante el empleo de ratones mutantes *nu/nu*, se ha observado *in vivo* que estas células madre son, efectivamente, extremadamente resistentes al tratamiento. El uso de gemcitabina, por ejemplo, consigue detener al ciclo celular de las células madre tumorales, pero una observación más detallada de esta subpoblación de células tras la administración de gemcitabina muestra claramente que existe algún efecto protector frente al tratamiento, pues, aunque el ciclo celular se encuentra detenido, las células no presentan apoptosis. Al retirar la gemcitabina, lo que ocurre de manera regular en la clínica humana, en la que los pacientes se tratan con ciclos de quimioterapia seguidos de fases de reposo para permitir la tolerancia de los regímenes, estas células se reactivan y proliferan en grandes números, dando lugar a una renovación tumoral y a un nuevo potencial de invasión de tejidos a distancia.

Esta renovación tumoral se ha relacionado en el laboratorio con toda una serie de rutas de señalización bioquímica, incluida la llamada vía del “erizo” o *hedgehog pathway*, claramente asociada por estudios anteriores al cáncer de páncreas. Se ha definido una lista de todas las rutas que se han relacionado con el cáncer de páncreas y se han iniciado estudios para determinar la aplicabilidad clínica de estos conocimientos mediante la combinación de agentes quimioterapéuticos dirigidos específicamente contra las distintas dianas terapéuticas involucradas.

Los estudios realizados hasta ahora con ratones *nu/nu* han demostrado resultados optimistas en este sentido. El uso de gemcitabina sola frente a un tratamiento combinado de gemcitabina más agentes específicos ha arrojado luz sobre el potencial clínico de estas estrategias terapéuticas en desarrollo.

El tratamiento combinado ha demostrado mejoras considerables de la supervivencia frente a la gemcitabina sola, habiéndose utilizado entre los agentes dirigidos contra dianas concretas la ciclopamina, un agente activo contra la vía *hedgehog*, más un inhibidor de molécula pequeña de esta misma vía. La adición de estos inhibidores parece desproteger de alguna manera a



Los asistentes a la jornada siguieron con atención las ponencias sobre los últimos avances en el tratamiento del cáncer.

las células madre, que ahora sí son sensibles a la gemcitabina.

La mayoría de las muertes producidas entre los ratones tratados con regímenes combinados en estos experimentos se debieron a efectos secundarios de la medicación y a sepsis; esta última complicación guarda sin duda relación con el hecho de que se trata de animales inmunodeprimidos que, además, reciben pautas copiosas de fármacos inmunosupresores.

Los resultados de estos estudios son claramente esperanzadores, por lo que se están ya planteando los primeros estudios clínicos con pacientes humanos. ■



**Prof. Dr. Ian Tannock,**  
Departamento de Oncología Médica  
del Hospital Princess Margaret de la  
Universidad de Toronto (Canadá).

## “Es esencial estudiar los mecanismos de resistencia al tratamiento del cáncer”

*Resulta fundamental estudiar los mecanismos de resistencia al tratamiento para la curación eficaz de los pacientes con cáncer, pero está demostrado que el riego sanguíneo en los tumores es imperfecto si se compara con el de los tejidos sanos.*

El microambiente tumoral es importante porque los tumores no son conjuntos homogéneos de células sino que poseen células tumorales, células infiltrantes y macrófagos, y están alimentados por vasos sanguíneos. El conjunto se completa con distintas moléculas que interactúan entre sí, factores de crecimiento, quimiocinas, una matriz extracelular compleja y una presión intersticial elevada, probablemente por falta de vasos linfáticos. La vascularización tiende a ser imperfecta y las células que se alimentan peor proliferan menos. Además, los quimioterápicos, que no son específicos del tumor sino del ciclo celular, llegan peor a las células más

maco resulta eliminado por el riñón o el sistema biliar, no habrá tiempo suficiente para que la distribución sea buena. Luego están también la difusión, influida por la forma, el tamaño y la carga de la molécula; la convección, es decir, el flujo de líquido que intervendrá, y el consumo: el fármaco se incorpora a las células más próximas a los vasos, que actúan como una esponja y no dejan que el fármaco pase hacia las células más lejanas.

En los últimos diez años se han investigado métodos para poder observar esta distribución tisular. Uno de los planteamientos es un sencillo sistema *in vitro* denominado cultivo celular multicapa; en él se cultivan células tumorales en una membrana recubierta de colágeno. Se observa la penetración del fármaco y se mide su aparición en el compartimento receptor en función del tiempo. Las células del cultivo desarrollan su propia matriz extracelular y los fármacos utilizados son en general la doxorubicina y la mitoxantrona, debido a su fluorescencia. El fármaco llega más lentamente cuando ha de atravesar capas de células con una mayor adhesión intercelular.

Este modelo ha servido para analizar las propiedades distributivas de los anticancerígenos en los tejidos. El siguiente paso fue utilizar un modelo *in vivo* empleando ratones en los que se inyectan tumores, el fármaco fluorescente y EF5, una molécula que captan y reducen las células hipóxicas y que, por tanto, permite identificar y observar dichas células. A continuación, se preparan cortes histológicos y se tiñen; se

«En los últimos diez años se han investigado métodos para poder observar esta distribución tisular. Uno de los planteamientos es un sencillo sistema *in vitro* denominado cultivo celular multicapa»

alejadas de los vasos, que tienden a ser más resistentes.

La distribución de un fármaco se ve así afectada por varias propiedades del tumor, siendo la primera de ellas su concentración y tiempo en la sangre: si existe un pico muy agudo de concentración y después el fár-

emplean también anticuerpos en la tinción, como el anti-CD31 para ver los vasos y un anti-EF5 para ver las zonas de hipoxia.

Estos cortes histológicos muestran claramente que el fármaco se sitúa alrededor de las zonas vascularizadas y que grandes extensiones de tejido aparecen vacías, siendo muy escasa la cantidad que alcanza las zonas hipóxicas. Las células de estas zonas hipóxicas se ha visto que son capaces de regenerarse y regenerar el tumor perdido en algunos modelos experimentales *in vivo*.

Para cuantificar esta distribución heterogénea del fármaco se utiliza un programa informático que pasa las imágenes a una escala de grises en la que sólo los vasos aparecen blancos. El programa mide la distancia entre los distintos píxeles y las zonas blancas más cercanas. Los resultados se representan en forma de curvas, que muestran con claridad cómo la concentración de fármaco cae exponencialmente al au-

Este método se ha empleado también con anticuerpos fluorescentes, como cetuximab y trastuzumab, moléculas de gran

«Existen varios modificadores de la distribución de fármacos, como la hipotermia, los ultrasonidos y algunos fármacos, como el pantoprazol, un inhibidor de la bomba de protones»

tamaño, pero de mayor semivida que los agentes quimioterápicos ya mencionados. A los 30 minutos, la distribución es muy similar a la observada con la doxorubicina; sin embargo, al cabo de 4 horas se observa una distribución mucho más uniforme por todo el tumor.

Existen varios modificadores de la distribución de fármacos, como la hipotermia, los ultrasonidos y algunos fármacos, como el pantoprazol, un inhibidor de la bomba de protones. Muchos anticancerígenos son bases químicas y se concentran en los endosomas ácidos del interior celular, como los lisosomas. Las células cancerosas poseen muchos endosomas ácidos alrededor del núcleo,



El Prof. Dr. Ian Tannock (dcha.) con el Dr. Jaime del Barrio (izda.) y el Prof. Dr. Christopher Heeschen.

mentar la distancia al vaso. La intensidad se reduce a la mitad a unas 40-50 micras del vaso y las regiones hipóxicas están a tres veces esa distancia. En cambio, la distribución en los tejidos normales es mucho mejor, quizá porque los vasos sanguíneos normales son más funcionales y numerosos, y están más cerca unos de otros. La única excepción es el cerebro, hecho en el que seguramente interviene la barrera hematoencefálica.

produciéndose un secuestro endosómico del fármaco administrado que impide su llegada al núcleo. El pantoprazol en dosis elevadas aumenta el pH de estos endosomas, lo que mejora la distribución intracelular de los quimioterápicos básicos. Los resultados del empleo de pantoprazol combinado con doxorubicina *in vitro* indican una mayor inhibición del crecimiento tumoral sin aumentar la toxicidad, y actualmente se están planteando estudios clíni-

cos para probar esta combinación en pacientes con cáncer de mama.

La mitoxantrona fue el primer fármaco anticanceroso que se aprobó para tratar el cáncer de próstata resistente a la castración, pero sólo consigue un 15 por ciento de respuestas. El AQ4N es un profármaco totalmente inactivo que se reduce a AQ4 en condiciones de hipoxia, teniendo el compuesto reducido la capacidad de unirse al ADN. La molécula de AQ4 es enormemente parecida a la de la mitoxantrona, por lo que surgió la idea de administrar conjuntamente este quimioterápico y el profármaco AQ4N para potenciar los efectos de la mitoxantrona y llegar al núcleo de las células hipóxicas.

Al realizar las pruebas *in vitro*, se observa que la mitoxantrona surge de los vasos sanguíneos rápidamente en el plazo de 10 minutos y que a las 48 horas presenta una concentración uniforme pero muy baja, probablemente por debajo de la mínima eficaz. El AQ4N/AQ4, a su vez, se distri-

detenido el desarrollo de este fármaco por razones estratégicas, se están investigando actualmente otras posibilidades en este mismo sentido, con sustancias capaces de actuar selectivamente en condiciones de hipoxia.

Otro factor importante a tener en cuenta al hablar del tratamiento antitumoral es la repoblación. Los regímenes de quimioterapia se administran en ciclos, con intervalos que habitualmente duran tres semanas. El motivo es permitir que los tejidos normales que proliferan en condiciones fisiológicas puedan recuperarse, lo que lógicamente permite también la recuperación de las células tumorales que sobrevivieron al ciclo de medicación. Dependiendo de las tasas de eliminación de células tumorales por el fármaco y de las tasas de recuperación del tejido tumoral, el efecto neto puede variar entre el decrecimiento y el crecimiento tumoral después de cada ciclo.

### Repoblación tumoral

Una serie de experimentos con modelos animales han demostrado que la velocidad de la repoblación tumoral varía con el tiempo y se acelera tras los sucesivos ciclos de quimioterapia. La repoblación es lenta al principio pero, al ir reduciéndose el tamaño del tumor con la quimioterapia o la radioterapia, la tasa de repoblación va incrementándose, probablemente en relación con el hecho de que, al ser más pequeño el tumor, la nutrición tumoral y la cantidad de factores de crecimiento aumentan, facilitando la proliferación de las células malignas. Esto hace que, manteniéndose invariable la tasa de eliminación de células cancerosas, un tumor pueda reducirse al principio con un tratamiento para después volver a crecer al cabo de una serie de ciclos, lo que en efecto se observa en innumerables ocasiones al tratar tumores sólidos. Se ha supuesto habitualmente que este recrecimiento tumoral tantas veces observado se debería al desarrollo de resistencias farmacológicas en algunas células malignas, pero las investigaciones realizadas en relación con los fenómenos que afectan a la distribución de fármacos demuestra que podría tratarse de un proceso distinto, debido simplemente a variaciones en la dinámica de la repoblación tumoral. Probablemente, los tratamientos eliminan solamente a las células más próximas a los vasos



Los doctores Juan Abarca Campal (izda.) y Jaime del Barrio (dcha.) durante la inauguración de la jornada.

buye a los 10 minutos por todo el tumor, sin quedar confinado a las células próximas a los vasos, y a las 48 horas aparece únicamente en las zonas de hipoxia y las células adyacentes a las regiones hipóxicas, donde el profármaco se reduce gracias a la hipoxia y da lugar a la forma activa que se une al ADN. Aunque la toxicidad aumenta algo con la combinación, la distribución es claramente mejor al administrar mitoxantrona junto con AQ4N, observándose un índice terapéutico más eficaz en términos de inhibición del crecimiento tumoral. Aunque la compañía responsable del AQ4 ha

sanguíneos, mientras que las células más alejadas e hipóxicas serían el origen de los procesos de recrecimiento y repoblación.

Todo ello tiene repercusiones importantes sobre la manera de pautar los tratamientos oncológicos. Actualmente, existen muchos fármacos selectivos, dirigidos contra dianas moleculares muy concretas; sin embargo, con contadas excepciones, los resultados observados con estos agentes nuevos, en teoría muy prometedores, han sido muy inferiores a lo esperado. Uno de los motivos es que quizá se están administrando regímenes combinados en los que se emplean al mismo tiempo agentes que detienen el ciclo celular y sustancias que actúan sobre las células en prolifera-

paldado los resultados obtenidos *in vitro*, y la situación en el ser humano podría ser a menudo diferente de la planteada por los modelos animales. Por ejemplo, en los xenoinjertos de células PC3 del cáncer de próstata humano, el temsirolimus se muestra más eficaz que el docetaxel, mientras que en los pacientes humanos ocurre justamente lo contrario: que el docetaxel es más eficaz que el temsirolimus.

Se está proyectando actualmente un estudio clínico que evaluará, contando con pacientes afectados de cáncer de próstata, una pauta secuencial de docetaxel y temsirolimus, en la que este último fármaco se administrará entre los ciclos de docetaxel como fármaco antiproliferativo para frenar



De izda. a dcha., el Prof. Dr. Ian Tannock; el Dr. Manuel Hidalgo; el Prof. Dr. Christopher Heeschen; el Dr. Ignacio Durán, coordinador de Docencia del CIOCC; y el Dr. Emiliano Calvo, director de Investigación Clínica del CIOCC, posan al término de la jornada.

ción, lo que supone un contrasentido. La solución a este problema sería el uso de estos nuevos fármacos específicos en secuencia respecto a los agentes quimioterapéuticos convencionales, y se han realizado experimentos *in vitro* en este sentido. Como ejemplo de dichos experimentos, el uso de gefitinib entre los ciclos de paclitaxel sobre un cultivo multicapa demostró que la estrategia secuencial obtiene mejores resultados que la administración concomitante, frenando considerablemente el fenómeno de la repoblación.

La situación *in vivo* es mucho más compleja y los modelos animales empleados hasta ahora, basados en el uso de xenoinjertos subcutáneos, no parecen los más indicados. En efecto, no todos los experimentos realizados con xenoinjertos han res-

la repoblación. Los resultados darán respuestas a las preguntas planteadas en relación con las pautas secuenciales a raíz de los experimentos *in vitro*.

Como resumen de todos estos experimentos y estudios puede afirmarse que existen una serie de causas de resistencia farmacológica en el tratamiento de tumores sólidos que son distintas de la resistencia intrínseca de las células y entre las que cabe destacar la escasa penetración del fármaco a través del tejido tumoral y la repoblación tumoral a expensas de las células supervivientes entre los ciclos de tratamiento. Conocer estos mecanismos permitirá utilizar y diseñar medios capaces de superarlos y de aumentar con ello el índice terapéutico de los actuales tratamientos oncológicos. ■

# 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)*



# Gestión Profesional

## Conseguir dinero para nuestros proyectos (y IV)



Jose María Martínez García\*

**Y**a únicamente quería hacer un resumen práctico para que el lector se lleve la mejor impresión que, además, es real si se dedica a ello y le reportará grandes beneficios y satisfacciones, personales y profesionales. Así, pues, tendremos que estar muy atentos y seguir algunas convocatorias.

**Potenciación de recursos humanos.** En concreto, ayudas destinadas a la formación, movilidad y contratación.

**Proyectos de I+D+i.** Ayudas destinadas a los proyectos de investigación científica y de desarrollo tecnológico, proyectos de I+D en cooperación (consorcios) y financiación por objetivos.

**Proyectos de soporte a la innovación tecnológica.** Subvenciones y créditos para acciones de innovación tecnológica, de fomento de creación de empresas de base tecnológica, de lanzamiento de empresas de base tecnológica, de apoyo a la función de intermediación y de explotación de transferencia de resultados de investigación.

Aunque ya hemos citado las extraordinarias oportunidades que ofrece el Plan Nacional de I+D+i, no me resisto a comentar algunos aspectos. Por ejemplo, la viabilidad de tener trabajando en nuestros departamentos de I+D+i, con posible sinergia asistencial e, incluso, de marketing e imagen institucional, a doctores de otras clínicas, o enviar a médicos, recientemente doctorados, o personal de ayuda, a formarse en otras instituciones foráneas, así como la colaboración con otros centros, nacionales o extranjeros, públicos o privados, donde continuar nuestros proyectos, compartiendo etapas de su desarrollo y añadir conocimientos extra, en muchos casos más especializados.

El apartado de soporte a la innovación es una oportunidad increíble para realizar, sin coste, estudios de la competencia sobre las posibles salidas a nuestra investigación, la participación en congresos científicos, la

confección de los folletos a realizar para mostrar la innovación a los pacientes o a los medios de comunicación, etc.

También hay que mencionar la mejora del Régimen General de I+D del Impuesto de Sociedades, que en los últimos años ha afectado positivamente a una subida del 20 al 30 por ciento la deducción general por inversión en I+D; la deducción por gastos, que superen la media de los realizados en los dos últimos años, subiendo del 40 al 50 por ciento; la deducción adicional del 10 por ciento por gastos de personal investigador y contratación de I+D con universidades y centros de innovación y tecnología; la ampliación del límite conjunto de deducciones del 35 al 45 por ciento de la cuota cuando la deducción por I+D excede del 10 por ciento de dicha cuota; y la ampliación del concepto de I+D incluyendo el desarrollo de *software* avanzados, de prototipos y de demostradores.

Hay otros incentivos, fundamentalmente tres: los proyectos de innovación tecnológica concertados con universidades y centros de innovación y tecnología, deduciendo un 15 por ciento; un 10 por ciento en diseño industrial y certificación de normas de calidad; y un 10 por ciento en adquisición de tecnología avanzada mediante patentes, licencias, "know how" y diseños, con un límite de 300.000 euros de gastos.

Con todas estas ayudas que, bien gerenciadas, permitirán obtener beneficios, aún no es posible explicar la todavía baja dedicación de las clínicas a estas actividades, aunque sí puedo achacarlo, casi siempre, a una cortedad empresarial que sólo ve el dinero a fondo perdido y no los créditos privilegiados y todas estas ventajas fiscales aplicadas a la clínica. Incluso conozco clínicas que, por una mala formación en sus departamentos administrativos, o desconocimiento, ni siquiera realizan estas deducciones fiscales, pese a hacer actividades de innovación considerables. ■

» El apartado de soporte a la innovación es una oportunidad increíble para realizar, sin coste, estudios de la competencia sobre las posibles salidas a nuestra investigación.

» Con todas estas ayudas que, bien gerenciadas, permitirán obtener beneficios, aún no es posible explicar la todavía baja dedicación de las clínicas a estas actividades.

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Clausurado por Cristina Garmendia

## Acto de entrega de las Ayudas Merck Serono de Investigación 2009

La Fundación Salud 2000 ha entregado las Ayudas Merck Serono de Investigación 2009, en un acto clausurado por Cristina Garmendia, ministra de Ciencia e Innovación, y celebrado en la Real Academia Nacional de Medicina. Convocadas anualmente desde 1991, las Ayudas Merck Serono de Investigación tienen como objetivo financiar proyectos de investigación inéditos, presentados por investigadores españoles y que puedan desarrollarse en España. Los galardonados han sido, los doctores Juan Balash Cortina, de la Fundació Cínic per la Recerca Biomèdica, del Hospital Clínic de Barcelona; Guillermo Izquierdo Ayuso, del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla; David Monk, del Instituto Catalán de Oncología de Barcelona; Silvia Pérez Gala, del Hospital Universitario de La Princesa, en Madrid; Mireia Jordá Ramos, del Institut de Medicina Predictiva i Personalizada del Càncer (IMPPC), en Barcelona; Carmen Ayuso García, de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid; Mónica Tous Márquez, del Centro de Investigación Cardiovascular CSIC-ICCC, en Barcelona; y José Ramón Caeiro Rey, del servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ■

Con la colaboración de Chiesi

## SEDISA entrega los premios 'Gestión en Salud'

La Sociedad de Directivos de la Salud (SEDISA) en colaboración con Laboratorios Chiesi ha concedido el primer premio al mejor trabajo publicado sobre Gestión en Salud a "El Trabajo Social Sanitario como Herramienta de Gestión", cuya autora es Dolors Colom Masfret, del ISSIS (Institut de Serveis Sanitaris i Socials). Este premio ha sido entregado durante el acto de clausura del XVI Congreso Nacional de Hospitales, que se ha celebrado en Cáceres, por Joaquín Estevez, presidente de SEDISA y Manuel Martín, de laboratorios Chiesi. El trabajo premiado expone la filosofía básica que sostiene los pilares de la teoría y la acción del trabajo social sanitario, tanto en la atención especializada como en la Atención Primaria. ■



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

**Indicaciones de uso:**  
 Solución Desinfectante Transparente (SD) EXTERNO  
 CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gucaznil (DCL) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polialbúmina 80, Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, defecto o su amplio espectro bactericida, bactericida y fungicida. Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, ACNE, impetigo, flegmas recientes, prevención de infecciones en tagas por cicatriz. Desinfección de la piel en preparación. Desinfección del ambiente en salas nacidas. Sensibilización al preparado. No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo.  
 Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los ojos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse inmediatamente con agua estéril antes de usarlo. Previene de la luz.

**Contraindicaciones:**  
 En caso de ingestión accidental, procurar el 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.  
 Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya pasado CRISTALMINA no se lavarán con lejía ni otros blanqueantes, sino con detergentes domésticos a base de peróxido sódico. Las medicaciones deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica.

Cristalmina solución 1% _____ envase 500 ml	Cristalmina film 1% gel _____ envase 100 g
Cristalmina solución 1% _____ envase 1,25 ml	Cristalmina film 1% gel _____ envase 30 g
Cristalmina solución 1% _____ envase 25 ml	Cristalmina Plus solución 1% _____ envase 30 ml
Cristalmina solución 1% monodosis _____	

InfoSalvat  
 900 90 90 90  
 info@salvat.es | www.salvat.com

**SALVAT**  
 Innovación y salud

## Gestión de Calidad: Medio Ambiente

# Contaminación atmosférica



Elisa Herrera Fernández\*

» Se estima que la contaminación atmosférica ocasiona 310.000 muertes anuales en Europa, 14.000 de ellas en España.

» La contaminación atmosférica es muy difícil de eliminar y de controlar, pues el aire se encuentra en constante movimiento y no conoce límite alguno.

**P**ara revertir el actual deterioro ambiental, es necesario un cambio en las condiciones productivas y operativas empresariales, pues éstas repercuten en la calidad del entorno, y una de esas vías de contaminación se presenta en forma de emisiones atmosféricas. Evidentemente, el impacto ambiental variará en virtud de la actividad que desarrollemos, y no será igual un hospital, con las exigencias de un edificio de ciertas dimensiones, que una clínica oftalmológica. Las emisiones atmosféricas están constituidas por humos, gases, partículas, etc., emitidas al aire y pueden llegar a suponer un grave riesgo y ocasionar daños o molestias importantes para las personas, además del daño que provoca en medio ambiente. Con carácter general se habla de contaminación atmosférica, ya sea provocada por causas naturales o por la actividad humana. Hay emisiones naturales, como las ocasionadas por los volcanes, los incendios forestales, o la descomposición de la materia orgánica. Otras son producidas por la mano del hombre, como las que tienen su origen en la industria, el tráfico, las calefacciones domésticas o las instalaciones de combustión. El medio ambiente es capaz de adaptarse a las emisiones naturales, mientras que las emisiones contaminantes producidas por los humanos han sido de tal alcance que han ocasionado desequilibrios y motivado la aparición de graves problemas que pueden afectar a distintos niveles. Hay que tener en cuenta que la contaminación atmosférica es muy difícil de eliminar y de controlar, pues el aire se encuentra en constante movimiento y no conoce límite alguno. Cuando las emisiones de una instalación salen a la atmósfera se mezclan con otras emisiones procedentes de otros focos y otras sustancias presentes en la misma. Esta situación, esta mezcla de emisiones, se conoce como inmisión, y es lo que se mide para conocer la calidad del aire.

Las emisiones pueden ser de dos tipos. Por un lado, tenemos las emisiones puntuales

que se producen de forma controlada. Son las que tienen una salida localizada a la atmósfera. Es decir, tienen punto concreto por donde se expulsan a la atmósfera. Puede ser una chimenea, una torre de humos, la salida de un sistema de ventilación o de un sistema de extracción localizado, etc. Al estar localizadas, estas emisiones son fácilmente controlables y medibles. Se habla entonces de focos fijos cuando nos referimos a aquellos puntos por donde salen las emisiones a la atmósfera. La legislación obliga a los titulares de estos focos a emitir únicamente unas cuantías determinadas de ciertos contaminantes, y a mantener las instalaciones en perfecto estado, para evitar accidentes ambientales. Por otro lado, existen las llamadas emisiones difusas.

Son emisiones no localizadas (no salen por un foco fijo), y por ello son difíciles de controlar. Por ejemplo, los vapores o emanaciones de gases ocasionados por fugas, derrames, manipulación de sustancias, etc., que antes de salir a la atmósfera se pueden propagar por el interior de las instalaciones. Así tenemos, como significativo los llamados compuestos orgánicos volátiles –COV– de los que forman parte las gasolinas, algunos disolventes, líquidos de limpieza, etc. El problema de la contaminación atmosférica es objeto de importante legislación ambiental. Tanto la emisión de sustancias como la calidad del aire (inmisión) son reguladas por la normativa y acarrear una serie de obligaciones para el sector empresarial.

Se estima que la contaminación atmosférica ocasiona 310.000 muertes anuales en Europa, 14.000 de ellas en España, fundamentalmente debidas a las partículas en suspensión y al ozono a baja altura (contaminación en las ciudades). Produce los mismos efectos perjudiciales sobre la salud que el consumo del tabaco. En el ámbito laboral, las distintas enfermedades relacionadas con la contaminación producen una media de 0,5 días de bajas médicas al año. ■

\*Experta Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

# I+D+i y aplicación de las TICs en la Sanidad de las Illes Balears



## Col·Legi Oficial de Metges Illes Balears

Passeig de Mallorca, 42

Palma, 10 de julio de 2009

Organizado por



Medical Economics

Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut i Consum

Con la colaboración de



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



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

**dertrase**  
POMADA

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



**Acción desbridante con efecto antiséptico de amplio espectro**

**DERTRASE® pomada.** Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido L-carbami-glutámico 200 mg, Metonina (D.C.I.) 200 mg, Mesonolal 200 mg, Nitrofuril (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Podemibis, Artrax, Furunculosis, Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis, Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito incompatibilidades. La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice típicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofuril, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP/IVA: 7,49 euros.

InfoSalvat  
91 562 04 20  
infosalvat@salvedistribucion.com

SALVAT  
Innovación y calidad

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici\*

» El derecho a la última palabra no está expresamente reconocido como garantía del proceso justo o legalmente debido que de modo general reconoce el artículo 24 de la C.E.

» La Constitución, establece por un lado el derecho a la defensa y, por otro, el derecho de asistencia letrada, distinguiendo perfectamente sus dos facetas, sin que pueda afirmarse que la una sea excluyente de la otra.

### El derecho a la última palabra

*¿Qué es y cómo se regula el derecho a la última palabra?*

Muchos profesionales que han sufrido un proceso penal por responsabilidad profesional sanitaria, se han encontrado al término del mismo con la sorpresa, si no ha sido advertido por su abogado, con la posibilidad de poder añadir o manifestar algo al Tribunal, manifestación que constituye el “derecho a la última palabra”.

El artículo 739 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, trata de lo que, en términos procesales, se ha denominado “el derecho a la última palabra”. Este derecho a la última palabra se integra en el ejercicio del derecho a la autodefensa, todo ello sin olvidar que a lo largo de los trámites de la fase de investigación existen varias diligencias que pueden ser solicitadas directamente por el imputado.

### El Tribunal Supremo

*¿Qué dice el Tribunal Supremo respecto al derecho a la última palabra?*

El Tribunal Supremo, tras hacer notar que “el derecho a la última palabra no está expresamente reconocido como garantía del proceso justo o legalmente debido que de modo general reconoce el artículo 24 de la C.E., pese a ser una manifestación del derecho a la autodefensa que establecen el Convenio Europeo de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”, declara que “pese a ello no cabe duda en orden a que su vulneración por supresión en un proceso daría lugar a amparo jurisdiccional o, subsidiariamente, constitucional, y así se pronuncia la más autorizada doctrina procesal española”.

### El derecho de defensa personal

*¿En qué textos legales se apoya el derecho de defensa personal?*

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 14.3 d), atribuye al

derecho de defensa una dimensión desconocida en nuestros ámbitos procesales tradicionales, al establecer, como garantía mínima de toda persona acusada de un delito, el derecho de presencia y defensa personal, sin perjuicio de que pueda valerse de la debida asistencia técnica. Por su parte, y en nuestro ámbito, el Convenio Europeo de Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, en su artículo 6.3.c), ya en el año 1950, contemplaba el derecho de todo acusado a defenderse por sí mismo o a ser asistido por un defensor de su elección. La Constitución, al recoger en su artículo 24.2 un catálogo de los derechos que asisten a toda persona involucrada en un proceso, establece por un lado el derecho a la defensa y, por otro, el derecho de asistencia letrada, distinguiendo perfectamente sus dos facetas, sin que pueda afirmarse que la una sea excluyente de la otra.

### Consentimiento informado y gripe A

*En materia de salud, ¿hay que pedir el consentimiento informado?*

La Ley 41/2002 en su artículo 9. 2 exceptúa del requisito del consentimiento, entre otras excepciones, a aquellos casos en que exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley (caso de la gripe A). Esta excepción debe ponerse en relación con el contenido de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública, que faculta a las autoridades competentes para adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control de los enfermos o de personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y con el medio ambiente inmediato, cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población y especialmente en los casos de riesgos de carácter transmisible. ■

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

Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

# JORNADA

## LA REALIDAD DE LA DEPRESIÓN: clínica y farmacoeconomía

Barcelona, 7 de julio de 2009



**COLEGIO DE MÉDICOS DE BARCELONA**  
Paseo de Bonanova, 47

Organiza

**Medical Economics**

Con la colaboración de:



Información e inscripción: Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 • info@medeco.es.com



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*



Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo  
del paciente

Info **Salvat**  
info@salvat.com  
info@salvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
SALVAT BIOTECH

# Informática

## Aplicaciones 'independientes' en el hospital



Oscar Gil García\*

La gran mayoría de las aplicaciones informáticas diseminadas de los hospitales, no sólo no están controladas desde el servicio de informática, sino que la mayoría de las veces ni siquiera son conocidas por el mismo, pues surgen por iniciativa de los propios servicios, muchas veces siendo desarrollos propios, "domésticos", realizados por los profesionales de los servicios sobre plataformas sencillas, que les permiten registrar casos, realizar estudios estadísticos y de investigación. En un proyecto reciente realizado por PricewaterhouseCoopers en un hospital público de alta complejidad, se descubrieron más de doscientas aplicaciones informáticas independientes que eran desconocidas por el Servicio de Informática del centro.

El objetivo del estudio era incorporarlas a las políticas de Tecnología de la Información (TI) comunes del hospital (LOPD, copias de seguridad, etc.) y decidir sobre cada una de ellas proponiendo cuatro posibilidades: incorporar la aplicación a un proyecto corporativo, sustituirla por una nueva aplicación comercial, realizar un desarrollo evolutivo para suplir carencias funcionales o de seguridad o, simplemente, el apoyo desde el departamento de informática en soporte y mantenimiento.

Los datos son reveladores por ser un estudio que no se hace normalmente. En un hospital público de más de 700 camas, se hallaron 200 aplicaciones independientes, y tras el estudio, para más de 120 de las mismas se determinó que la información que gestionaban y su funcionalidad debería ser parte del sistema de historia clínica electrónica.

Para realizar el estudio se definieron unos criterios de priorización para el análisis de las aplicaciones de carácter funcional, tecnológico, de seguridad y de coste; se redactaron y distribuyeron formularios a los servicios del hospital; se realizó un

plan de entrevistas con los servicios; se valoró el futuro de cada una de ellas de forma consensuada y se realizó una estimación del coste; y se realizó una planificación global, encajando las iniciativas en el plan de proyectos global del hospital.

La realización de un trabajo de este tipo permite trasladar a todo el hospital el interés y liderazgo de la dirección en lo referente a sistemas de información, dándole importancia, no sólo a los grandes proyectos

**Para realizar el estudio se definieron unos criterios de priorización para el análisis de las aplicaciones de carácter funcional, tecnológico, de seguridad y de coste**

corporativos, sino al papel que cada servicio tiene en torno a los mismos y a la importancia de recoger sus necesidades reales.

La construcción de un modelo corporativo de TI completo en el hospital permite además contar con una historia clínica electrónica completa que recoja las necesidades de todos los usuarios y que por ello resulte útil y completa; mejorar la continuidad asistencial, haciendo que la información esté disponible a lo largo de todo el proceso asistencial; mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos de hospital a través de economías de escala; la disminución de plataformas existentes, número de proveedores de soporte, número de contratos de mantenimiento, etc.; y la disponibilidad de la información para construir verdaderos sistemas de soporte a la toma de decisiones basada en el conocimiento. ■

» El objetivo del estudio era incorporarlas a las políticas de TI comunes del hospital (LOPD, copias de seguridad, etc.) y decidir sobre cada una de ellas.

» La construcción de un modelo corporativo de TI completo en el hospital permite además contar con una historia clínica electrónica completa.

\*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.

Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com

# J O R N A D A

## La evaluación económica en farmacogenómica oncológica y hematológica



### MESAS REDONDAS

- **Situación actual y perspectivas clínicas y diagnósticas. Transición a un nuevo modelo farmacéutico**
- **Evaluación y sostenibilidad**

**Hotel Vincci Soho**

C/ Prado, 18

Madrid, 30 de septiembre de 2009

Organizado por

**geemi**  
Grupo para la Evaluación Económica de la Medicina Individualizada

 **Instituto Roche**  
www.instituto-roche.es

**Medical Economics**

Inscripciones on line: [www.instituto-roche.es](http://www.instituto-roche.es)



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

 **dertrase**  
POMADA

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



**Acción desbridante con efecto  
antiséptico de amplio espectro**

**DERTRASE® pomada.** Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido L-carbami-glutámico 200 mg, Metonina (D.C.I.) 200 mg, Mesonidol 200 mg, Nitrofurul (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. Fodermibis. Artrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito incompatibilidades. La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofurul, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP, 7,21 PVP/IVA; 7,49 euros.

**InfoSalvat**  
www.info-salvat.com  
infosalvat@salvatiroche.com

  
**SALVAT**  
comunicación y calidad

# Gestión en Atención Primaria

## Voluntades anticipadas



José Noval Cinza\*

» El derecho ha irrumpido con fuerza en la relación clínica y continúa la judicialización de la actividad sanitaria, siempre que exista resultado de daños, por acción o por omisión.

» Las voluntades anticipadas son instrumentos para facilitar la relación clínica. Si al usuario le interesa manifestar sus deseos al profesional le interesa conocerlos para actuar en consecuencia.

En el número 108 de MEDICAL ECONOMICS se publicó en esta sección una interesante colaboración de Asunción González Mestre sobre el programa “paciente experto” que lleva adelante el Instituto Catalán de la Salud con grupos de pacientes de distintas patologías. Con este programa, se pretende encauzar la educación sanitaria, hasta hace bien poco muy dependiente de los profesionales, hacia un marco menos paternalista y caracterizado por la autonomía de los pacientes y capaces de autocuidarse adecuada y responsablemente. Este planteamiento es correcto porque se corresponde con el nuevo marco autonomista del paciente que caracteriza nuestra época. Entre los nuevos pacientes hay personas muy informadas y exigentes. Pacientes que no soportan el paternalismo y, consecuentemente, muy exigentes con el respeto a su autonomía. En este nuevo contexto al profesional corresponde informar y al paciente tomar la decisión.

Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los formularios invitan al paciente a preguntar lo que no entienda, esta práctica autonomista dura es poco satisfactoria y todo hace pensar que, como ya ha sucedido en EEUU, se emprenderá una vía de solución hacia un beneficentismo no paternalista, basado en la confianza que el paciente deposita en los profesionales sanitarios, especialmente en su médico con quien “compartirá” la decisión. Esta relación clínica, de confianza, es propia de la Atención Primaria, ámbito en el que es más fácil identificar aspectos relacionados con los valores de los pacientes y hacer la gestión clínica de acuerdo a esos valores.

El consentimiento informado se labró en EEUU a fuerza de casos judiciales. También

fue la jurisprudencia la que abrió paso a los testamentos vitales, en cuya base está el citado consentimiento. En España, independientemente de las regulaciones autonómicas sobre esta materia, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, vino a completar las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales en el año 1986. Refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente y regula las instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido el año 1997 en el Convenio de Bioética de Oviedo, los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Se dibuja un nuevo marco en el que, mediante las instrucciones previas, el paciente ejerce su autonomía incluso en aquellas situaciones en que no puede manifestar su voluntad.

La relación clínica tradicional se caracterizaba por el deber que impone al profesional sanitario el principio de beneficencia. El médico debe hacer todo el bien posible al paciente, quien tiene su capacidad de decisión mermada debido a la enfermedad y al desconocimiento del complejo arte de curar y cuidar. Se trata de una relación clínica vertical. El paciente es un *infirmus*, que no se mantiene firme, de pie, ni física ni moralmente. El médico le trata desde su rol paternalista lo que no es malo, sino tal como lo haría un padre con un hijo. Pone todos los medios para resolver su problema de salud pero no le informa de todo para no crearle trastornos añadidos. Nuestro vetusto código civil de 1889 utiliza esta expresión cuando en diversos artí-



culos se refiere a la actuación diligente, entendiéndose por tal aquella que se corresponde con lo que haría un “buen padre de familia”.

Pero el paciente dejó de ser un *infirmus* con el desarrollo de los derechos civiles. El derecho a la autonomía horizontalizó la relación clínica y en esa nueva situación, salvo circunstancias muy especiales o de urgencia, nada se puede tratar sin consentimiento del paciente. En poco tiempo se produce otro avance y el consentimiento se hace informado. Para decidir es preciso tener información. Esta nueva fase comienza prácticamente con la Ley General de Sanidad de 1986 y continúa desarrollándose. En esta andadura han ido resolviéndose muchas cuestiones relacionadas con la información que necesita el paciente para decidir y la posibilidad de no informar (privilegio terapéutico), el acceso a la historia clínica, la confidencialidad, etc. El derecho ha irrumpido con fuerza en la relación clínica y continúa la judicialización de la actividad sanitaria, siempre que exista resultado de daños, por acción o por omisión, independientemente de que puedan haber sido causados por un funcionamiento normal o no del servicio sanitario. En los años 50 el insigne Gregorio Marañón defendía que los asuntos derivados de la relación clínica deberían resolverse de acuerdo a criterios de responsabilidad moral, no jurídica. El médico debe actuar con el paciente como un buen padre lo haría con su hijo mayor de edad. La relación clínica ya es horizontal (jurídicamente). El médico debe actuar de acuerdo al principio tradicional de beneficencia pero incorporando el principio de autonomía.

En un sistema autonomista y justo, con una amplia base de derechos de los pacientes, es donde más sentido tiene pedir a los pacientes una conducta responsable, algunos deberes que, cuando menos, faciliten la relación clínica.

En los últimos años hemos asistido a la implantación del consentimiento informado, reducido en la mayoría de los casos a la utilización fría de un documento. Sobre las volun-

tades anticipadas el Estado ha legislado (Ley 41/2002) y creado el Registro Nacional dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo. Casi todas las comunidades autónomas han aprobado su legislación, constituido su registro y, en algunos casos como en Galicia, han publicado formularios para la formalización ante testigos, con el objeto de facilitar a los usuarios la utilización de estos documentos y su registro.

### **Papel del médico de AP**

Las voluntades anticipadas son instrumentos para facilitar la relación clínica. Si al usuario le interesa manifestar sus deseos en todo momento al profesional le interesa conocer los deseos del paciente para actuar en coherencia con sus valores. En el nuevo rol el médico no sólo gestiona recursos de salud, sino también valores de los pacientes. Es por ello que en el reverso del derecho que tiene el paciente a formalizar voluntades anticipadas se vislumbra la responsabilidad de facilitar al médico la relación clínica futura y por ello atender a las medidas que se adopten de planificación anticipada de las mismas. Esta planificación deberá ser activa y liderada por médicos, enfermeras y profesionales de trabajo social de la comunidad. Es en Atención Primaria donde se establece la relación de confianza y donde debe realizarse la planificación anticipada de las decisiones sanitarias.

En nuestro ámbito la familia tiene un peso especial. En los casos más extremos del final de la vida se producen ingresos hospitalarios con demasiada frecuencia, porque la familia ha determinado que “algo habrá que hacer”. Para gestionar adecuadamente los recursos sanitarios y, principalmente, para cumplir con el respeto a la dignidad y libertad de los pacientes en sus decisiones es muy valioso que sean conocidos los deseos de los pacientes. Una planificación adecuada de los mismos, reflejada en las voluntades anticipadas, contribuirá positivamente y evitará que la voluntad del paciente sea sustituida por la de la familia o la del profesional. ■

*Sección patrocinada por:*



# Economía de la Salud

## en el Área Respiratoria (XII)

### Análisis coste-efectividad



Juan Oliva\*

» Una condición necesaria para poder realizar un ACE es conocer los efectos terapéuticos de las intervenciones evaluadas.

» Para emplear correctamente la información que nos proporciona un ACE, debemos recordar que los estudios de evaluación económica son análisis comparativos.

Entre los tipos de evaluaciones económicas, el análisis coste efectividad (ACE) es el más frecuente en la literatura biomédica. Este tipo de análisis se caracteriza por referir la medida de resultado sobre la salud o beneficio terapéutico en unidades clínicas o marcadores biomédicos. Frente a la preferencia de muchas agencias de evaluación de tecnologías internacionales a preferir recibir resultados en términos de años de vida ajustados por calidad (véase en el capítulo siguiente los análisis coste-utilidad), el ACE presenta como ventaja fundamental mostrar la información del análisis en las medidas habituales manejadas por los expertos clínicos del área terapéutica de interés, de ahí su mayor aceptación por parte de los profesionales sanitarios y, consecuencia de ello, la mayor proliferación de este tipo de análisis.

Una condición necesaria para poder realizar un ACE es conocer los efectos terapéuticos de las intervenciones evaluadas. Así, podemos hacer referencia a dos dimensiones a tener en cuenta: el método de obtención de resultados y la unidad de medida. Aunque habitualmente se habla de efectividad, en muchos casos la fuente primaria de información son ensayos clínicos. En estas situaciones, semánticamente sería más correcto emplear el término análisis coste-eficacia. No obstante, los ACE también pueden emplear información sobre estudios epidemiológicos de cohorte, estudios de cumplimiento terapéutico (retrospectivos o prospectivos), registros de centros de salud, revisión de historias clínicas, revisión de la literatura científica y opiniones de expertos. Adicionalmente, la información procedente de fuentes primarias puede ser combinada con modelos matemático-estadísticos de simulación para estimar costes y efectos terapéuticos más allá del período de duración del estudio del que se recogen los datos primarios. En relación con el segundo punto, las medidas de resultados pueden ser de carácter intermedio,

como las unidades clínicas generales del tipo eventos evitados (tiempo sin crisis asmáticas, exacerbaciones evitadas, casos de infecciones pulmonares evitadas, hospitalizaciones reducidas), o de tipo clínico (mejoría del valor valle del volumen espiratorio forzado, aumento de la puntuación del índice transicional de disnea, etc.), o bien pueden ser medidas de de resultado final como los años de vida ganados. En cualquier caso, lo importante es que la medida de resultado sea clínicamente relevante en relación del problema estudiado y que los datos clínicos que sustentan el análisis sean de calidad.

#### Análisis comparativos

Para emplear correctamente la información que nos proporciona un ACE, debemos recordar que los estudios de evaluación económica son análisis comparativos. Es decir, nuestro objetivo no es señalar si una intervención es o no efectiva o tiene un alto o bajo coste, sino si es más o menos efectiva y más o menos costosa que otras intervenciones alternativas. Consideremos el siguiente ejemplo. Dos tipos de corticosteroides inhalados, alfa y beta, para el tratamiento del asma crónica en adultos, tomando un horizonte temporal de un año. El coste anual de tratamiento del fármaco alfa en una población determinada a nuestro cargo es de 200.000 euros y el del fármaco beta 300.000 euros. Se estima que el número de exacerbaciones o ataques asmáticos que previene el fármaco alfa son 1.000, mientras que el fármaco beta prevendrá 1.200 casos.

El ratio coste-efectividad medio del tratamiento alfa (resultado de dividir costes por unidades de efectividad terapéutica, esto es, 200.000 euros dividido entre 1.000 casos prevenidos) nos ofrece como resultado 200 euros por exacerbación prevenida. Es decir, con el fármaco alfa cada caso de ataque asmático prevenido cuesta 200 euros. En el caso del tratamiento beta, el ratio coste-efectividad medio es de 250 euros por exa-

cerbación prevenida (resultado de dividir 300.000 euros entre 1.200 casos prevenidos). Aunque en principio parece más atractivo el tratamiento alfa al indicar un menor coste por caso evitado que el beta (200 euros/caso evitado *vs.* 250 euros/caso evitado), la información disponible hasta el momento no nos guía hacia la decisión correcta. En realidad, dado que la evaluación económica es un análisis comparativo, la pregunta correcta es: ¿merecería la pena pagar 100.000 euros más por prevenir en la población a nuestro cargo 200 casos más de exacerbaciones asmáticas?. Es decir, el análisis relevante es el análisis comparativo o incremental (ratio coste-efectividad incremental-RCEI) donde haríamos balance entre el mayor coste de una intervención respecto a su alternativa y la mayor efectividad de una intervención frente a su alternativa.

En nuestro ejemplo, al pasar de la intervención alfa a la intervención beta supondría tener que pagar 500 euros adicionales por exacerbación adicional evitada. Si esto es un coste excesivo o razonable por evitar una exacerbación asmática generalmente no corresponde decidirlo a la persona o al equipo que realiza el ACE. El objeto de una evaluación económica es presentar esta in-

formación a las personas que han de tomar la decisión de asignar los recursos entre distintas intervenciones o programas. Llegados a este punto, deben ser los decisores quienes determinen la cantidad de recursos que se está dispuesto a asumir a cambio de cada unidad adicional de mejora en el resultado. Para ello, deberán tener en cuenta la gravedad del problema analizado y las preferencias sociales frente a dicha situación, siendo conscientes de los recursos (escasos y limitados) que tienen a su disposición y de que sus decisiones deben ser acordes con la sostenibilidad financiera del sistema.

Un problema adicional llegará a la hora de comparar intervenciones que empleen diferentes unidades de beneficio terapéutico (¿cómo comparar exacerbaciones asmáticas evitadas con años de vida ganados o con infecciones pulmonares evitadas?). El análisis coste utilidad ha cobrado gran relieve en los últimos años, impulsado en buena medida por agencias públicas de evaluación que tratan de enfrentarse a dilemas como el planteado. Una manera afrontar esa cuestión es tratar de obtener resultados diversos medidos en unidades comunes: los años de vida ajustados por calidad. Pero eso ya pertenece a otra entrega. ■

Sección patrocinada por:



### Para saber más:

Asociación de Economía de la Salud. Documento de posición de la AES sobre la evaluación económica en sanidad. "Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud". <http://www.aes.es>

López Bastida J., Oliva J. (coord.). *Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias.*


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

Oliva J., Sacristán JA., del Llano J. *La evaluación económica de tecnologías sanitarias en España. Situación actual y utilidad como guía en la asignación de recursos sanitarios.* Información Comercial Española (ICE) 2003; n° 804, en-feb: 155-167.

Pinto JL., Sánchez FI. *Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones.* <http://www.msc.es>



# La Sanidad en Estados Unidos y España: ¿modelos opuestos?



Mientras en Estados Unidos Barack Obama emprende una ambiciosa reforma sanitaria con una decidida apuesta por la sanidad pública, en España, comunidades autónomas como Madrid y Valencia, gobernadas por el Partido Popular, compiten entre sí para ver quién implanta la gestión privada (muchos prefieren llamarlo privatización) en más hospitales públicos. Dicha competencia, más que separar ambos modelos tiende a aproximarlos.

**Por Gonzalo San Segundo**  
*Director asociado*

# La sanidad de Obama

*El presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, dará cobertura sanitaria pública a los que no pueden costearse un seguro médico privado.*



En lo que Bill Clinton fracasó hace tres lustros, Barack Obama pretende triunfar. El presidente de Estados Unidos tiene muy difícil llevar a buen puerto su ambiciosa reforma sanitaria, en un país donde el coste anual de la Sanidad asciende a 1,9 billones de euros y que tiene 47 millones de personas sin seguro médico. El seguro público, que supone al Gobierno federal un gasto de 550.000 millones de euros al año, se diversifica en dos: Medicare, para los ancianos y dependientes, y Medicaid, para los que tienen escasos o nulos recursos económicos.

Las pretensiones de Obama son, verdaderamente, ambiciosas. Y la principal es que todos los estadounidenses que no se puedan pagar un seguro médico privado, esos 47 millones de ciudadanos, tengan uno público, cuyo coste inicial superaría los 730.000 millones de euros hasta el año 2019. Para hacer realidad sus pretensiones, el presidente Obama cuenta con la mayoría demócrata en el Congreso, con la mayoría de los ciudadanos y la colaboración de las principales empresas aseguradoras, médicas y farmacéuticas, apoyos de los que Clinton careció.

La flor y nata del sector sanitario privado estadounidense, convencida de que “todos los americanos deberían tener acceso a servicios sanitarios baratos y de calidad”, ya ha mostrado su buena disposición al proponer reducir el coste anual de seguros médicos y medicamentos en unos 1.900 euros al año por familia. Para ello, dicho grupo asegura que, entre otras medidas, reducirán el coste de sus servicios con la simplificación de los procedimientos administrativos, la reducción de las hospitalizaciones innecesarias y

el fomento de la medicina preventiva. Aparentemente, industria sanitaria y Gobierno caminan en la misma dirección: reducir costes. Las propuestas elaboradas por la industria permitirán rebajar en 1,5 puntos porcentuales el crecimiento del gasto sanitario. A modo de ejemplo, una familia media de cuatro personas logrará dentro de cinco años, gracias al compromiso de la industria, unos ahorros en sus gastos sanitarios de 2.500 dólares (unos 1.700 euros) anuales, según fuentes de la Administración Obama.

La estrategia que sigue Obama para impulsar su reforma sanitaria es relacionar la crisis de la Sanidad con la crisis económica, “íntimamente vinculadas”, según Viçens Navarro, catedrático de Políticas Públicas de la Universidad Pompeu Fabra. Navarro afirma que “una de las causas mayores de bancarrota de las familias estadounidenses es precisamente su imposibilidad de pagar las facturas médicas y las pólizas del aseguramiento privado, situación que ha empeo-

## Objetivos de la reforma

- ◆ Crear un seguro médico público que cubra a las personas que no puedan costearse uno privado. Se calcula que su coste inicial superaría los 730.000 millones de euros.
- ◆ Todos los empresarios tienen que ofrecer cobertura médica a sus trabajadores.
- ◆ Prohibición a las compañías aseguradoras de poder rechazar a las personas debido a su enfermedad.
- ◆ Informatización de las historias clínicas de los pacientes. En la actualidad, sólo el 14 por ciento de las consultas médicas utilizan la historia clínica electrónica.

rado en la crisis económica presente”. No en vano, miles de personas venden sus casas para poder pagar los gastos médicos.

Además, la financiación de la asistencia sanitaria a cargo de las empresas (las pólizas de aseguramiento privado las pagan las empresas y los trabajadores), “significa un coste adicional que les pone en situación de

Esa idea de ligar economía y sanidad ha llegado hasta China, donde su primer ministro, Wen Jiabao, anunció el pasado mes de marzo que el presupuesto de salud subirá este año un 38,2 por ciento, y que en tres años el 90 por ciento de la población tendrá una cobertura sanitaria básica.

En Estados Unidos, Obama también quiere darle la vuelta a esa tortilla. O sea, hacer un sistema sanitario más asumible desde el punto de vista del gasto, más competitivo, más eficaz, más ecuánime y más universal. Y es que esta reforma sanitaria no sólo es un imperativo social y moral, sino también fiscal y económico. En palabras del propio Obama, esta reforma “no es un lujo que pueda ser pospuesto, sino una necesidad que no puede esperar”, ya que “los costes están fuera de control”.

El plan sanitario de la Casa Blanca refuerza la cobertura basada en el empresario, responsabiliza a las compañías de seguros y asegura la elección del médico y cuidados asistenciales sin interferencias del Gobierno. Es decir, se trata de que el sistema sanitario estadounidense trabaje para las personas y las empresas, no sólo para las compañías aseguradoras.

La reforma sanitaria de Obama encontrará en su camino serias dificultades, según



Entre los objetivos de Obama destaca crear un seguro médico público que cubra a las personas que no puedan costearse uno privado.

desventaja competitiva frente a empresas extranjeras que no tienen tales costes”, añade el profesor Navarro, para quien la financiación basada en el aseguramiento privado es la causa de que el sistema sanitario estadounidense sea “enormemente costoso, ineficiente, poco equitativo y muy impopular”.

## Inyección de dólares al sector salud

De los 787.000 millones de dólares que el presidente Barack Obama destinará a la Ley de Estímulo Económico (American Recovery and Reinvestment Act of 2009), 150.000 millones (la mayor parte serán gastados en dos años) están destinados al sector salud. He aquí las partidas más importantes, expresadas en millones de dólares.

- ◆ 87.000 para el programa público Medicaid.
- ◆ 24.700 para asegurar la compra de seguro sanitario privado a los que han perdido su empleo.
- ◆ 19.200 para tecnologías de la información en salud.
- ◆ 10.000 para programas de investigación de los National Institutes of Health.
- ◆ 650 para la lucha contra la obesidad, el tabaco y otros factores de riesgo de enfermedades crónicas.
- ◆ 500 para formación de profesionales sanitarios.
- ◆ 300 para revitalizar el National Health Service Corps, entidad que facilita créditos, salarios y formación.
- ◆ 200 para la investigación con células madre.

Fuente: *New England Journal Medicine*, 12-3-2009.

diversos expertos y analistas. En primer lugar, la situación económica del país, con tantos problemas y sectores que precisan de financiación pública. Hay que contar con las hipotecas heredadas, en especial los precios actuales de los servicios de salud que,

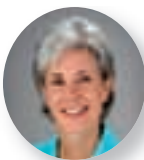
aunque han bajado en los últimos años, se espera que en 2009 aumenten hasta el 10 por ciento. Y, por supuesto, los *lobbies* afectados, a pesar del apoyo inicial mostrado por un grupo representativo de empresas del sector sanitario privado. ■

## Las directoras de la orquesta sanitaria



El presidente de los Estados Unidos ha puesto en manos de dos mujeres, personas de su máxima confianza, la orquestación de su reforma sanitaria.

**Nancy Ann DeParle.** Pilotará la Oficina de Reforma Sanitaria de la Casa Blanca. Tiene 53 años, casada y con dos hijos. Trabajó en la Oficina de Presupuesto y fue directora de la Administración Financiera de Asistencia Médica durante el gobierno del ex presidente Bill Clinton. Es partidaria de que los honorarios de los médicos se fijen en márgenes parecidos tanto en los planes públicos como en los privados.



**Kathleen Sebelius.** Casada y con dos hijos, es gobernadora de Kansas y secretaria de Sanidad y Servicios Humanos. Tiene 60 años y es hija de un ex gobernador del estado de Ohio. Ha sido legisladora estatal (1987-95) y presidenta de la comisión de Seguros Estatales (1995-2003). Durante su carrera ha prestado especial interés a la educación y la salud. Fracasó en su intento como gobernadora para ampliar la cobertura estatal de salud y pagar por ella con impuestos del tabaco.

## La Sanidad en Estados Unidos

### LOS DATOS

- ◆ El gasto privado y público en salud alcanzará los 2,5 billones de dólares, el 17,6 por ciento del PIB, frente al 7 por ciento en España.
- ◆ El gasto per cápita en asistencia médica es mayor que en cualquier otro país, llegando a los 7.421 dólares. No obstante, los ciudadanos reciben peor asistencia que otros países industrializados con planes nacionales de atención sanitaria.
- ◆ El 28 por ciento del gasto sanitario total es gasto de la administración del sistema, frente al 6 por ciento en el Reino Unido, por ejemplo.
- ◆ La quinta parte de las personas que tienen seguro médico por medio de la empresa y más de la mitad de las que tienen un aseguramiento privado individual destinan más del 10 por ciento de su renta disponible a pagar sus gastos médicos no cubiertos por su póliza.
- ◆ 47 millones de estadounidenses, el 16 por ciento de la población, no tiene seguro médico. Esta cifra aumenta en un millón de personas cada año.

### ¿QUIÉN LA PAGA?

- ◆ 35 por ciento los seguros privados.
- ◆ 19 por ciento Medicare, el plan de salud federal para ancianos y discapacitados.
- ◆ 15 por ciento Medicaid y el programa de seguros estatal Children's Health.
- ◆ 12 por ciento proviene de otros fondos públicos.
- ◆ 7 por ciento procede de otras fuentes privadas.
- ◆ 12 por ciento es cancelado por los pacientes en efectivo.

## En España, la sanidad privada penetra en la pública

*Se extiende la colaboración entre los sectores público y privado de la Sanidad mediante los conciertos y los diferentes modelos de gestión.*

La Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión en la Sanidad, apoyada más tarde por la Ley 13/2003 reguladora del Contrato de Concesión de Obra Pública, dio el pistoletazo de salida para que en España se terminase con el monopolio de la tradicional gestión pública en los hospitales y centros de salud. Y comenzaron a implantarse por todo el país nuevas fórmulas o modelos de gestión con mayor o menor arraigo.

Entre esos modelos cabe citar a las fundaciones sanitarias, los consorcios, las empresas públicas y las concesiones administrativas y sus variantes, como los conocidos por las siglas PPP y PFI. Excepto el modelo de empresa pública (arraigado en Andalucía), los demás incorporan, en mayor o menor medida, elementos de gestión privada. Aquí sólo nos referiremos a los que tienen a la empresa privada como principal o único protagonista de esa gestión, sin entrar a valorar su bondad e imperfecciones.

Hace una década, se inauguraba en la localidad valenciana de Alzira el Hospital de La Ribera, el primero en España con gestión privada global: servicios sanitarios y no sanitarios, incluida la Atención Primaria y, por supuesto, la contratación de los profesionales. El llamado modelo Alcira, en su dimensión plena o en parte de ella, comenzó a extenderse por la Comunidad Valenciana y viajó a Madrid y a otras comunidades. En la actualidad, en España hay decenas de hospitales públicos con gestión privada, cifra que se incrementa año tras año.

Esa realidad es bautizada por unos como privatización y, por otros, como externalización

de servicios, sean éstos sanitarios y/o no sanitarios. Los que pretenden situarse equidistantes entre ambas posturas prefieren llamarlo “privatización temporal de la gestión”, pues todo lo demás sigue siendo público.

La penetración de la sanidad privada en la pública ha ido por etapas, aunque todas ellas conviven en la actualidad y con tendencia —acusada en algunos casos— a extenderse. Primero fueron los conciertos, alentados por la insuficiencia de camas públicas y, en los últimos años, por el colapso de las listas de espera. Listas de espera que tradicionalmente eran quirúrgicas, y que luego se han ido sumando las de pruebas diagnósticas, consultas de especialistas y, más recientemente, las de Medicina General y Pediatría en Atención Primaria.

Luego, como queda dicho, los modelos de gestión, asentados en sus inicios en los servicios no asistenciales, luego en los asistenciales hospitalarios y, ahora, implantados en las áreas de Atención Primaria o comarcas que cubren los hospitales con gestión privada integral. Aquí, la Comunidad Valenciana y la de Madrid son los máximos exponentes.

### Gestión privada integral

En 2010, los hospitales públicos con gestión privada de la Comunidad Valenciana, entre los que están en funcionamiento y los que se encuentran en construcción, prestarán servicio a 1.025.000 personas, uno de cada cinco de sus habitantes. Y en la Comunidad de Madrid serán 1,3 millones de ciudadanos en 2011 (el 20,6 por ciento de la población), cuando entren en funcionamiento los cuatro nuevos hospitales previstos, los madrileños que cuenten con asistencia sanitaria suministrada por empresas privadas. Esos cuatro hospitales funcionarán con gestión privada integral, o sea, la Atención Primaria incluida. Como el modelo Alzira. Además de los hospitales, la penetración de la gestión privada en los servicios sanitarios públicos de este país se extiende a los centros de especialidades y laboratorios de análisis clínicos (caso de Madrid), a las resonancias magnéticas (caso de Valencia) y a las historias clínicas (caso del Hospital de Valdecilla, en Cantabria).



El Hospital La Ribera, en Valencia, fue el primero en España con gestión privada global.

## Hospitales públicos con gestión privada

Hospital/localidad	Apertura	Habitantes*	Observaciones
<b>Castilla y León</b>			
Burgos	2009	—	Sólo servicios no sanitarios
<b>Castilla-La Mancha</b>			
General de Toledo	2010	—	Sólo servicios no sanitarios
<b>Comunidad Valenciana</b>			
La Ribera (Alicira, Valencia)	1999	230.000	Incluida la AP de la comarca
Torreveja (Alicante)	2006	155.000	Incluida la AP de la comarca
Denia (Valencia)	2008	190.000	Incluida la AP de la comarca
Manises (Valencia)	2009	150.000	Incluida la AP de la comarca
Elche-Crevillente (Alicante)	2009	140.000	Incluida la AP de la comarca
Son Dureta	2010	—	Sólo servicios no sanitarios
Gandía	2010	160.000	Incluida la AP de la comarca
<b>Madrid</b>			
Fundación Jiménez Díaz	2006	425.000	Serv. sanitarios y no sanitarios
Puerta de Hierro	2007	—	Sólo servicios no sanitarios
Del Tajo (Aranjuez)	2007	—	Sólo servicios no sanitarios
Arganda del Rey	2007	—	Sólo servicios no sanitarios
Del Henares (Coslada)	2007	—	Sólo servicios no sanitarios
Parla	2007	—	Sólo servicios no sanitarios
S. S. de los Reyes	2007	—	Sólo servicios no sanitarios
Vallecas	2007	—	Sólo servicios no sanitarios
Infanta Elena (Valdemoro)	2007	150.000	Incluida la AP de la comarca
Carabanchel	2011	300.000	Serv. sanitarios y no sanitarios
Collado Villalba	2011	110.000	Serv. sanitarios y no sanitarios
Móstoles	2011	180.000	Serv. sanitarios y no sanitarios
Torrejón de Ardoz	2011	133.000	Serv. sanitarios y no sanitarios

\* Población afectada en los casos en que la gestión privada incluye los servicios sanitarios.

Fuente: Elaboración propia.

El caso es que no sólo se discute cómo ampliar los conciertos y la colaboración con la sanidad pública, sino cómo compartir esfuerzos y gastos. Por ejemplo, el grupo USP Hospitales, la cadena de centros privados más importante del país, ha ofrecido a varias comunidades la posibilidad de traer médicos extranjeros a trabajar a España para suplir el déficit de profesionales. El "gancho" sería que pudieran hacer compatible su trabajo en hospitales públicos y privados, como ya hacen muchos médicos españoles. Podrían ejercer su actividad en hospitales de primer nivel y, al mismo tiempo, tener una mayor estabilidad económica. Un buen camino por emprender. Penetración de

la sanidad privada en la pública es también que la Mutualidad de Funcionarios del Estado (Mutua) permita a sus beneficiarios elegir entre un aseguramiento y unas prestaciones sanitarias públicas totalmente privadas con financiación pública. Y los múltiples hospitales privados que se encuentran completamente integrados en la red hospitalaria pública. Incluso en Cataluña hay un hospital de gestión pública directa por la mañana, pero que por la tarde tiene utilización privada.

Tomada en su más amplio sentido, la colaboración de la sanidad pública con la privada en España tiene un largo camino por delante. ■



## 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

### Calendario

#### Unidad 1.

15 de febrero-15 de abril de 2009.

#### Unidad 2.

16 de abril-15 junio de 2009.

#### Unidad 3.

16 de junio-30 de septiembre de 2009.

### 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.

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.

# Yo tengo un 'blog'

¿Cómo se comportan los médicos que tienen un *blog*?



Por Brandon Glenn

**R**ob Lamberts comenzó a escribir su *blog* como un pasatiempo que acabó convirtiéndose en una pasión. Durante los dos últimos años, este especialista en medicina interna y pediatría de Evans, Georgia, ha desarrollado “Reflexiones de una mente distraíble”, un *blog* que trata asuntos sanitarios y su experiencia con los pacientes.

“Tiendo a obsesionarme con él más de la cuenta”, admite Lamberts, de 47 años, y añade que los halagos por parte de los medios de comunicación más importantes, como *The New York Times* han aumentado la presión por mantenerse activo.

Esa obsesión le inspira a actualizar su *blog* al menos tres veces por semana normalmente por la mañana, antes de empezar a trabajar al mismo tiempo que mantiene su cantidad habitual de 25 a 40 pacientes al día, hace las rondas una o dos veces por semana y dedica

algo de tiempo a sus hijos. Le gusta tener una salida constante para sus pensamientos, pero es consciente de que, como médico *blogger*, carga con una responsabilidad añadida por cada uno de sus artículos.

“Es agradable poder decir lo que pienso, pero he de asegurarme de que lo hago de una manera profesional”, dice. “Me guste o no, represento la profesión médica de cara a mis lectores”.

Un reciente estudio de la Universidad de Pensilvania reveló que los *blogs* “proporcionan un nuevo camino para comunicar información importante y basada en las pruebas acerca de la salud al público”, y resultan particularmente útiles para los médicos más aislados y rurales, que pueden encontrar pocas salidas de apoyo y consejo.

Pero el estudio también demostró que muchos médicos *blogger* parecen dejar sus obliga-

## Puntos clave

» Un reciente estudio sugiere que algunos médicos desatienden su ética profesional cuando escriben en su *blog*.

» Las asociaciones médicas se muestran reacias a proporcionar directrices para realizar un *blog* de manera ética.

» Un grupo de médicos que tienen *blogs* han desarrollado un código opcional de ética para otros compañeros médicos.

ciones éticas fuera del teclado. De los 271 *blogs* escritos por profesionales de la salud (médicos el 75 por ciento de ellos) en Estados Unidos que participaron en el estudio, el 42 por ciento describía a pacientes individuales. Aproximadamente uno de cada seis contenía suficiente información para que los pacientes identificaran a su médico y a ellos mismos, y uno de cada diez promocionaba un producto concreto sin incluir las renunciadas de responsabilidad de conflicto de intereses.



## «Me guste o no, represento a la profesión médica de cara a mis lectores»

Rob Lamberts, MD

El estudio, publicado en el *Journal of General Internal Medicine*, citaba varios ejemplos de ataques verbales a médicos, incluyendo éste del *blog* Panda Bear MD: “Era una mujer estúpida, vaga y egoísta siendo todas estas características problemas personales, no asuntos médicos o barreras que tratar”.

“Los profesionales de la salud que comparten sus pensamientos privados en escenarios públicos corren el riesgo de revelar información confidencial de sus pacientes o de realizar malas reflexiones acerca su profesión,” han escrito los autores. La clave, tal vez, consista en reconocer que Internet es el escenario más público de todos.

Howard Luks, MD, ortopedista de medicina deportiva en Nueva York que escribe su *blog* en [www.howardluksmd.com](http://www.howardluksmd.com), comenta que por lo general evita hablar de sus pacientes totalmente, centrándose en el negocio, la política y el futuro de la medicina.

“La mayoría de los *blogger* intentan ocultar o proteger la identidad de sus pacientes”, dice Luks. “Yo no necesito despotricar en mi *blog* sobre un paciente que me molestó en la consulta. Ese no es mi objetivo cuando escribo”.

Aunque los médicos de Atención Primaria pueden ser una especie en extinción, sus *blogs* van en aumento. Ya hay más de 70 millones de *blogs* en la red, con una media de 120.000 nuevos cada día, según Technorati, un servicio de rastreo de la red.

Pero mientras los *blogs* médicos continúan proliferando, la orientación acerca de su uso sigue siendo escasa, algo que lamentan los autores del estudio. La Academia Americana de Médicos de Familia no tiene planificado

ofrecer directrices para los *blogs*, según Jason Mitchell, director auxiliar del Centro de Tecnología de la Información Sanitaria de la AAMF. Mitchell denuncia que el estudio pide que las asociaciones profesionales creen directrices para los *blogs*.

“Existe un código ético para médicos desde hace cientos de años”, dice. “Si ese código se rompe por escribir, hablar, enviar correos electrónicos o por redactar un *blog*, los médicos deberían ser considerados los responsables. Los *blogs* no aportan ninguna regla nueva en términos de ética”.

Mientras, un grupo de médicos ha desarrollado el “Código Ético para *bloggers* sanitarios”, una serie de estándares que los compañeros pueden contribuir voluntariamente a conservar. Incluye compromisos para mantener la confidencialidad del paciente, revelar los intereses comerciales y exponer la educación profesional. Rob Lamberts fue uno de sus creadores.

“El objetivo era darles a nuestros lectores alguna tranquilidad de que seguíamos unos estándares”, explica Lamberts. “Pensamos que así también tranquilizaríamos a los jefes acerca de que sus empleados no tomaban parte de una batalla campal en sus *blogs*”.

A lo largo de febrero, casi 150 *bloggers* incluyendo médicos, pacientes, enfermeras, y otros profesionales de la salud han jurado respetar el código, según Lamberts.

Dice que pocas veces ha visto *blogs* de médicos que compartan demasiada información de sus pacientes. En el suyo propio, cambia detalles de los pacientes que menciona para que no sean identificables. Para los médicos, añade, “mantener un tono profesional es un problema más grande que violar la confidencialidad del paciente”.

Cualquier *blogger* que escriba sobre la salud puede solicitar ser incluido en el Código Ético para *bloggers* sanitarios. Los miembros actuales investigan a los posibles miembros, y los *bloggers* aceptados deben añadir el sello de pertenencia en sus artículos.

Para conseguir la aceptación, los *blogs* deben contar con un contenido original, con al menos tres meses de antigüedad y no debe centrarse en la venta de un producto o servicio, entre otros criterios.

“De hecho, es un trabajo muy duro mantener la lista actualizada”, asegura Lamberts. “Empecé algo que ahora es mucho más grande de lo que esperaba”. ■

# Los jueves de **S.P.A. Medical Economics**

## Sanidad Autonómica: ¿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](mailto:medeconomics@drugfarma.com)  
Persona de contacto: Rosana Sánchez

**Medical Economics**  
www.medeconomics.com  
EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente



**Suscribase  
ahora a la revista  
imprescindible  
para el médico  
del siglo XXI**

**S.P.A.**  
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones  
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1ª • 28041 MADRID  
Tel.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75  
[suscripciones@drugfarma.com](mailto:suscripciones@drugfarma.com)

# Cultura

## LIBROS

### Cómo comunicarse con su paciente de esclerosis múltiple

**E**n muchas ocasiones, los neurólogos y otros profesionales sanitarios encuentran dificultades para explicarle bien al afectado y su familia la enfermedad y ayudarle para que el tratamiento sea lo más llevadero y eficaz posible. Es por ello que resulta de mucha utilidad la nueva *Guía de Comunicación con el Paciente de Esclerosis Múltiple*, editada con la colaboración de Merck Serono, y donde se ofrecen pautas útiles de comunicación para ayudar a los profesionales a gestionar y canalizar las emociones de los pacientes durante su tratamiento. Con amplia experiencia en esta patología, la lista de autores de la misma comprende un equipo de psicólogas: Pilar González Agudo, Marigú López Larrubia y Magdalena Requena Miranda, y a los neurólogos Yolanda Aladro (del Servicio de Neurología del Hospital de Getafe), Lamberto Landete (del Servicio de Neurología del Hospital Doctor Peset, de Valencia), y Manuel Arias (del Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela).



**Título:** *Guía de Comunicación con el Paciente de Esclerosis Múltiple*.  
**Edita:** Euromédice  
75 págs

## EXPOSICIONES

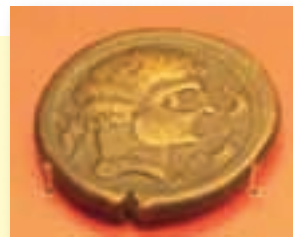
### Sorolla más completo en el Prado

**E**l Museo del Prado ha inaugurado la muestra antológica más importante que se ha dedicado nunca a Sorolla. Más de un centenar de obras recorren la trayectoria del artista, considerado el pintor español de mayor proyección internacional de su tiempo. Las estrellas de la muestra son los 14 paneles de sus "Visiones de España", pintados para la Hispanic Society of America y traídos a España por Bancaja, patrocinadores de la muestra. Junto a los paneles, destacan obras como *Cosiendo la vela*, *El bote blanco*, *La vuelta de la pesca* o *Sol de la tarde*. La muestra se puede visitar hasta el próximo 6 de septiembre en el madrileño Museo del Prado (Paseo del Prado s/n).



### La cultura íbera

**E**l Museu Nacional d'Art de Catalunya organiza la exposición "Los íberos, cultura y moneda". La exposición se propone analizar todo lo que el numerario de los íberos aporta al conocimiento de su cultura. Con este objetivo, las monedas se muestran acompañadas de otros objetos fabricados por estos pueblos. El primer ámbito trata los inicios de la llegada de la moneda a los territorios íberos y sus primeras acuñaciones, el siguiente muestra cómo a lo largo de los siglos II y I a.C, los íberos abrieron un gran número de talleres monetarios, y por último, el tercero analiza las iconografías de las monedas con personajes, animales y objetos. La muestra se puede visitar en el Museu Nacional d'Art de Catalunya (Palau Nacional Parque de Montjuic) hasta el próximo año.



## CINE

### La leyenda de Chanel en la gran pantalla

**Y**a ha llegado a la cartelera española una cinta largamente esperada, la biografía filmica de la diseñadora Gabrielle Bonheur, mejor conocida en el mundo de la moda como Coco Chanel. Esta obra, realizada por la directora francesa Anne Fontaine, e interpretada por Audrey Tautou, se titula *Coco, de la rebeldía a la leyenda de Chanel*, recrea la vida íntima y profesional de la modista –y exitosa empresaria– en su primera fase, mientras creaba el imperio que lleva su nombre. La película se centra especialmente en su faceta amorosa, refleja a una mujer dura, feminista y necesitada de afectividad que lucha por abrirse camino en una sociedad elitista y llena de prejuicios.



# Internet

## El sector hotelero, sobresaliente en TIC

Los datos de caída de ventas de PC's en España —el 16,3 por ciento en el primer trimestre de 2009— certifican que el núcleo duro de la crisis se ha focalizado en el período enero-abril de 2009. Los datos han sido mucho peores de lo esperado, sobre todo porque las adquisiciones de los hogares cayeron un moderado 3,5 por ciento, frente al descalabro empresarial: nada menos que un 31 por ciento menos de PC's vendidos respecto a hace un año.

Fabricantes de las principales marcas destacan este dato por lo que puede significar de retroceso de la productividad, que en la actual coyuntura —con cuatro millones de parados— debería ser uno de los pocos parámetros positivos de la economía española.

Antes de este trimestre "agónico", los datos que reflejaba el informe ePyme, elaborado por Fundetec, venían a confirmar que el escaso nivel de penetración de las TIC en determinados sectores supone una grave limi-

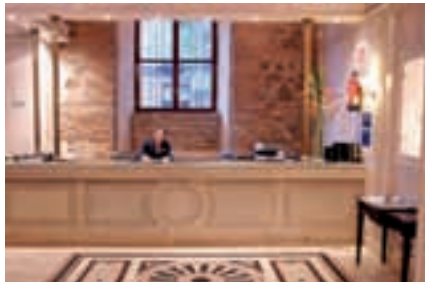
tación de la productividad empresarial. En el informe se analizan ocho sectores de los que el hotelero y logístico presentan un grado de implantación tecnológica muy superior al resto en los tres niveles analizados: infraestructura tecnológica, herramientas de gestión y presencia en Internet.

En cuanto al uso de ordenadores, las microempresas (hasta 9 empleados) sorprenden, al situarse en grado de penetración por encima de la media nacional de

todos los sectores; mientras en el comercio minorista la penetración se sitúa en un precario 78,1 por ciento.

Por el contrario, la instalación de ordenadores abarca el 100 por 100 de los establecimientos hoteleros, el 99 por ciento del sector del

calzado, el 98,7 por ciento del vinícola, el 98,1 por ciento en turismo rural y el 91,3 por ciento en transporte; y también el sector hotelero es el más sobresaliente en uso de ofimática. ■



El sector hotelero es de los más intensivos en el uso de ofimática.

Sección patrocinada por



### Un psiquiatra moderno

*In memoriam* de Carlos Castilla del Pino, profesional reconocido en la difícil labor de curar nuestros complicados cerebros, recordamos su obra y mostramos su Fundación, para que su legado no cese después de su muerte.

<http://www.fundacioncastilladelpino.org/>

### El test del carné por puntos

Si alguno de los lectores tiene la desgracia de encontrarse en la pérdida total de puntos, no se olvide de ver en esta página el dineral que se le va en asistir a los cursos de reciclaje y las preguntas que le van a surgir.

<http://www.elperiodico.com/comnes/carnet/cas/3pregunta5.asp>

## CIBERCONSEJOS

### Consolas pirateadas

La fabricación y distribución de chips, que tienen la finalidad de eliminar las protecciones que impiden jugar con copias pirata de videojuegos, abren otra vez el debate sobre la legalidad o no al modificar una consola original. Nintendo anunció una actuación policial contra establecimientos que vendían tarjetas de memoria capaces de conectarse a la consola y que pueden cargar juegos descargados de la red.

### Fotos no autorizadas

El servicio Street View de Google, que ofrece fotos tridimensionales de doce ciudades de Japón, reemplazará todas las imágenes por otras, para que no se aprecie el interior de viviendas y comercios, en respuesta a las críticas sobre violaciones de la privacidad. Las fotos eran tomadas desde una furgoneta a una altura de 2,45 metros, lo que provocaba que las imágenes mostraran propiedades privadas.

# Golf



Banesto Tour

## Ana Belén Sánchez, campeona en Larrabea

*Tania Elósegui, una de las grandes favoritas, acabó segunda y Emma Cabrera fue tercera.*

La guipuzcoana Tania Elósegui, única jugadora que puso en peligro el triunfo de su amiga Ana Belén y primera en darle la enhorabuena, firmó también 70 golpes para terminar con uno más que la campeona y ocupar la segunda posición en solitario. Emma Cabrera se ha colocado en el tercer puesto con +1, y la



Ana Belén Sánchez, celebrando la victoria.

cuarta posición la han compartido las francesas Laure Sibille y Caroline Afonso con +3, uno menos que la jugadora de Portugal Mónica Bernardo,

sexta clasificada, mientras que Carmen Alonso ha terminado en séptima posición con +5.

Ana Belén Sánchez dijo: “Estoy muy contenta, feliz. Hace años que no me veía en esta situación, sobre todo el último día. Este año estaba tratando de encontrar el mismo nivel que hace unos tres años. He cambiado de rutina, procuro mantenerme en presente y no pensar en lo que debía o no haber hecho, que no conducía a nada. Esto lo he logrado trabajando con el psicólogo Javier de Miguel, con quien he montado la empresa Novagolf, una consultora de alto rendimiento en golf”. Y añadió: “Esta mañana he salido bastante nerviosa y he pegado un mantazo en el hoyo uno. Salía líder, era una situación que hace mucho tiempo no conocía y quería saber si era capaz de ganar o si la presión podría conmigo. No me he visto ganadora en ningún momento, me dije ‘tú a lo tuyo, juega tu juego y no pienses en nada más’. Estoy contentísima”.

La malagueña, que cuenta en su historial con el Open de Italia 2004 y el torneo virtual 18 Finest 07, tuvo el honor de jugar la Solheim Cup 2004 compartiendo equipo con Annika Sörenstam, y vivió “una de las mejores experiencias” de su vida. Además del trofeo y el cheque que la acreditan como ganadora, Ana Belén también se lleva a Málaga el Jamón Osborne 5J, premio a la española mejor clasificada, que va a “disfrutar con la familia en cuanto llegue”. La italiana Margherita Rigon dejó la bola a 21 centímetros de la bandera en el hoyo 15 para lograr el premio Yo Dona.

Presidieron la entrega de premios: Marisa Sauras, directora del Área de Banca Privada de Banesto; Iñaki López Cenzano, presidente del Club de Golf Larrabea; Jule Álvarez, gerente de la Federación Vasca de Golf; Agustín Alonso, girector del Torneo; y Carlos García-Hirschfeld, promotor y organizador del Banesto Tour. ■

## Ciganda gana la Final Regional de la Conferencia Oeste en el Circuito Universitario estadounidense

La española Carlota Ciganda se ha impuesto en la Final Regional de la Conferencia Oeste del Circuito Universitario estadounidense. Carlota, desplegando un recital de juego, concluyó su participación en este torneo con 10 bajo par, con tarjetas de 67, 68 y 71 golpes que le permitieron aventajar en un impacto a Jennifer Song, de la Universidad de Southern California, el equipo donde milita la española Belén Mozo, que en esta ocasión acabó en la quinta posición en la tabla individual y que, al igual que Carlota Ciganda y Azahara Muñoz, estará presente en la gran final que se celebrará en Maryland. Muy centrada y brillante durante las dos primeras jornadas, Carlota Ciganda encontró más dificultades durante la tercera ronda, donde la creciente presión de Jennifer Song no hizo mella en el momento decisivo, cuando Carlota Ciganda metió buenos putts en los hoyos 17 y 18 para asegurarse el primer puesto en la tabla.

(Ver ficha técnica en pág. 26)

# 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 HIPOXIGENADOS  
CON SILICONA. TRATAN LA PIEL  
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS  
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES  
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

S  
SALVAT