

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 115

10 de julio de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

¿Quién atiende al paciente en vacaciones?

Pág. 26

ADEMÁS

JORNADA AUTONÓMICA
La I+D+i sanitaria
y biomédica en la
Comunidad Valenciana
(págs. 12-15)

SPA

Estamos allí.
Cerca.

Cerca. Es nuestro compromiso con la calidad.

Ser globales implica ser excelentes en calidad y servicio. A ello contribuye el programa de intercambio de técnicos entre nuestros centros de España, México y China.

26 | EN PORTADA

Atender a los pacientes en verano puede resultar algo habitual, agotador o excepcional. Depende del lugar. Por ejemplo, las grandes ciudades se vacían para llenar las localidades costeras o zonas de sierra y montaña. Los pueblos incrementan su población y los aeropuertos, especialmente los de destinos eminentemente turísticos, están abarrotados. En vacaciones, cientos de miles de españoles y extranjeros se desplazan y se asientan temporalmente en otros lares de este país. ¿Quién les atiende, médicamente hablando, si llegara el caso? MEDICAL ECONOMICS ha recabado la opinión de un grupo de profesionales que nos cuentan sus días de trabajo con los pacientes en vacaciones.



ATENCIÓN AL PACIENTE

- 6 **Cuando el paciente reclama**
La Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad del Madrid tiene como objetivo mediar en los conflictos que se dan entre los ciudadanos y el Sistema de Salud.

JORNADAS AUTONÓMICAS

- 12 **Nuevos horizontes en la I+D+i sanitaria y biomédica en la Comunidad Valenciana**
MEDICAL ECONOMICS organizó una jornada en la que se dieron a conocer los nuevos desafíos de la investigación, el desarrollo y la innovación en la Comunidad Valenciana.

PRÁCTICA PROFESIONAL

- 34 **Sin descanso**
Cuando el residente tiene que asistir a charlas o ha superado su límite de horas semanales y debe irse a casa, ¿quién atiende a los pacientes?, ¿se ocupan bien los tutores de supervisar su formación?
- 39 **Cómo recuperar la magia**
Un médico "quemado" recuperó la ilusión por su profesión trabajando como voluntario con pacientes terminales de cáncer. Además encontró nuevas aficiones y ahora también disfruta de más tiempo libre.





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-INFECCIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

Tarifa ordinaria anual	113 €
Tarifa instituciones anual	140 €
Ejemplar suelto	6 €
Ejemplar atrasado	9 €

Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

Spanish Publishers Associates, S. L.

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

Controlado por



ACTUALIDAD

- 5 La Lanceta
- 8 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 16 **Gestión Profesional**
El paciente sigue siendo el rey
- 18 **Gestión de Calidad. Enfermería**
La responsabilidad en la documentación clínica (I)
- 20 **Tribunales**
No se probó la mala praxis
- 22 **Internet y Medicina**
Historia de salud personalizada
- 24 **Economía de la salud**
La valoración económica de los medicamentos
- 42 **Inversiones y Valores del Mes**

Y ADEMÁS...

- 6 Atención al paciente
- 44 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Qué le parece, en general, la atención sanitaria en verano?

Participe a través de nuestra web:
www.medecoes.com

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



ENCUESTA EXCLUSIVA

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

CURSOS ON LINE

• Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

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

www.medecoes.com

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: www.medecoes.com



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

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

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

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

© Copyright 2009 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal
Consejero Delegado del Grupo HM
Hospitales

Margarita Alfonso Jaén
Secretaria General de Fenin

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

Juan Ramón Arias Irigoyen
Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano
Director General de Farmaindustria

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

Mariano Avilés Muñoz
Farmacéutico Abogado 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 Banca

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 Abuin
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 Geriátrica
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González
Director de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

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

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

Julián Ruiz Ferrán
Socio Director de Medical Finders

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

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

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

Guillermo Sierra Arredondo
Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

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

Luis Truchado Velasco
Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo
Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

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

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García
Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho
Ambiental

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

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

Derecho/Malpraxis

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

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

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

Impuestos/Finanzas

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

José Ignacio Alemany
Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras
Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-Medi Tecnología, 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

La Lanceta

¡Mujeres a la Academia...!

Existen instituciones donde recalcan los políticos al final de su carrera. Es un premio (bien remunerado, por cierto) a los servicios prestados. A esos lugares se les suele llamar cementerio de elefantes. Hay otras instituciones en las que, con honrosas excepciones, la edad constituye una nota de corte para entrar en ellas. Y, si eres médico, muy difícil lo tendrás para ingresar en la Real Academia de Medicina con menos de 50 años. Si, además, naciste mujer, tómatelo con mucha más calma.

En las facultades de Medicina de este país, la mayoría de los alumnos son mujeres. Lo mismo sucede en las convocatorias de plazas MIR. Y entre los médicos adjuntos, pronto las féminas superarán a los hombres. Pero en los puestos de mando (jefes de Servicio y catedráticos) las mujeres, cuantitativamente hablando, mandan muy poco. Y si olisqueamos en las reales academias de Medicina, la representación femenina es, literalmente, residual. Inexistente en algunos casos.

Si mis indagaciones son correctas, en España hay 16 reales academias de Medicina (algunas de ellas semiclandestinas, porque ni siquiera tienen página *web*), con unos 600 académicos numerarios en activo. De esta cifra, sólo 27, más o menos, (el 4,5 por ciento del total) son mujeres. En los sillones de las de Sevilla y Santa Cruz de Tenerife no se sienta ni una sola académica numeraria, y en las de Salamanca, Galicia y en la Nacional, sólo una en cada institución. De vergüenza. ¿Machismo?

Según el presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, Manuel Díaz-Rubio, en declaraciones a MEDICAL ECONOMICS, la escasa o nula presencia de mujeres en estas instituciones no es una cuestión de machismo, sino generacional. O sea, que hay pocas mujeres con el currículum suficiente para optar a uno de esos sillones "de por vida". ¿Y qué ocurre con las que reúnen los requisitos necesarios? Una de dos: o que no son presentadas para ob-

tener tal distinción, o que, aún siéndolo, no son elegidas por los motivos que fuere.

Hay mujeres con un currículum tan meritorio o más que los hombres para ser académicas de número y que desearían serlo, pero no son presentadas, condición *sine qua non* para su elección. ¿Y quién ha de presentarlas? Los académicos hombres. He aquí la cuestión. Quitemos, pues, los interrogantes al vocablo machismo citado anteriormente.

La primera mujer en sentar sus reales en una academia de Medicina fue, en contra de lo que algunas informaciones transmiten, Carmen Sáenz González, que leyó su discurso de ingreso en la de Salamanca (si mis informaciones son correctas) el 5 de marzo de 1982. También fue la primera mujer española catedrática de Medicina, que lo es de Medicina Preventiva y Salud Pública desde 1981, y jefa del mismo Servicio del Hospital Universitario de la capital charra. Y la última, por ahora, en ocupar un real sillón de Medicina es, probablemente, Elvira Ferres Torres, catedrática jubilada de Anatomía y académica numeraria de la R. A. de M. de la Comunidad Valenciana.

Estos datos chocan con el número de mujeres que figuran al frente de las consejerías de Sanidad o Salud: doce, incluyendo Ceuta, Melilla y el Ministerio de Sanidad. Es decir, el 60 por ciento de los máximos responsables de la política sanitaria de este país son mujeres. Señores médicos académicos: la sociedad española (y este columnista en particular) les reclama una mayor sintonía con los tiempos que corren. No se trata de acoplarse a la cuota femenina, pero rompan su caparazón de macho y permitan que en el seno de sus instituciones aniden más hembras. La genética intelectual femenina reclama ¡más mujeres a la Academia...! ■



Gonzalo San Segundo*

*Director asociado de *Medical Economics*.

Para contactar: gonzalosan@sansegundo.e.telefonica.net

Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid

Cuando el paciente reclama

La Oficina del Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid tiene como principal objetivo mediar en los conflictos que se dan entre los ciudadanos y el sistema de salud. El paciente puede plantear quejas, reclamaciones y sugerencias o buscar la intermediación de la institución.

Por Cristina García Blanco

El Defensor del Paciente es un organismo de la Comunidad de Madrid, creado en 2001 como un encargado de gestionar quejas, reclamaciones y sugerencias sobre las cuestiones relativas al sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, y tiene como principal objeto intermediar en los conflictos que planteen los ciudadanos.

Las nuevas tecnologías permiten acercar esta institución a todos los ciudadanos y profesionales sanitarios informando sobre su competencia, atribuciones y funcionamiento. Según los datos recogidos en la Memoria de 2007, el 56 por ciento de las reclamaciones relacionadas con la sanidad pública se refirieron a centros de salud y el 36 por ciento a hospitales. Atendiendo a los motivos de la reclamación, las más numerosas se refieren a problemas con la organización asistencial (el 18,5 por ciento), le siguen las relacionadas con las listas de espera (17,5 por ciento), la asistencia y trato recibidos (15,5 por ciento) y la práctica asistencial (13 por ciento).

El Área Jurídica gestiona las reclamaciones que recibe el Defensor del Paciente en relación a cualquier anomalía o situación irregular que el paciente considere perjudicial para sus derechos y canaliza las peticiones de información de los usuarios en asuntos relacionados con prestaciones sanitarias, derechos de los pacientes, tramitación de reclamaciones o reintegro de gastos, entre otros.

Por otro lado, las actuaciones institucionales comprenden las relaciones con las Administraciones Públicas, instituciones, organismos y entidades públicas y privadas desde el punto de vista de la colaboración en determinadas materias relativas a los pacientes en sus distintas vertientes: individual y colectiva.

El Defensor del Paciente dispone de un Servicio de Información para atender a los ciudadanos que deseen realizar una consulta

sobre los requisitos necesarios para poder presentar una reclamación, sugerencia o cualquier otra solicitud, así como información sobre si ésta tiene competencias para intermediar en el conflicto que les afecta. A su vez, todas aquellas personas que hayan presentado un escrito a la Defensoría del Paciente pueden solicitar información sobre el estado de tramitación.

Las quejas y reclamaciones que gestiona la Oficina del Defensor del Paciente siempre deben estar relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Para ello el Defensor del Paciente puede recabar información a cualquier entidad, organismo o autoridad perteneciente al sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, con el objeto de comprobar que el ejercicio de los derechos y obligaciones de los pacientes o usuarios se lleva a cabo de acuerdo con la legislación vigente.

Por otro lado, los pacientes y usuarios, así como los profesionales y autoridades pertenecientes al sistema sanitario de la Comunidad de Madrid, también pueden solicitar a esta institución la intermediación en los conflictos en que se encuentren, siempre que se refieran a los derechos y obligaciones recogidos en las disposiciones vigentes en materia sanitaria. En todo caso, la mediación no impide acudir a otras vías de resolución del conflicto y, aún más, el inicio de la mediación no interrumpe el plazo para la interposición de posibles recursos administrativos o jurisdiccionales. Una vez que el Defensor del Paciente ha recibido la información necesaria para poder formar su propio criterio imparcial emitirá escrito de conclusiones dirigido al promotor de la reclamación y, si procede, también se remitirá a las entidades u organismos interesados. ■

» En 2007, el 56 por ciento de las reclamaciones relacionadas con la sanidad pública se refirieron a centros de salud y el 36 por ciento a hospitales.

» Todas aquellas personas que hayan presentado un escrito a la Defensoría del Paciente pueden solicitar información sobre el estado de tramitación.

"El médico se encuentra cada vez a pacientes más exigentes con sus derechos"



Juan Ignacio Barrero

Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid desde 2006. Natural de Cáceres, fue elegido presidente del Senado en marzo de 1996 y ha dirigido el Partido Popular extremeño.

SECCIÓN
PATROCINADA POR:



PREGUNTA: ¿Cree que los madrileños, en general, conocen la institución del Defensor del Paciente?

RESPUESTA: Los ciudadanos de Madrid saben que existe esta institución pública, defensora de sus derechos como pacientes, aunque desde esta Defensoría somos conscientes de la necesidad de incrementar las acciones dirigidas a difundir nuestra existencia y el servicio que se presta a los pacientes. Además, es necesario aclarar que el Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid, como institución gratuita de la Comunidad no tiene nada que ver con la Asociación del Defensor del Paciente, con la que suele surgir cierta confusión.

P. ¿Considera que los madrileños son conscientes de los derechos y obligaciones que les asisten como pacientes y usuarios del Sistema Madrileño de Salud?

R. Como consecuencia de la sociedad avanzada en la que vivimos, el médico se encuentra en sus consultas a pacientes cada vez más exigentes con sus derechos y que demandan más y mejor información sobre temas de salud, lo que les hace más participativos en la toma de decisiones sobre los procesos asistenciales.

P. ¿Cuáles son las principales reclamaciones, cuántas se cursan a las instancias correspondientes y qué porcentaje de éstas se resuelven a favor del reclamante?

R. Las reclamaciones principales son las relativas a citaciones, tiempos de espera, libre elección de médico, canalizaciones o derivaciones a otros centros, etc. También sobre percepción de trato asistencial y personal inadecuado y sobre insatisfacción con la actuación diagnóstica y terapéutica, las relativas a práctica asistencial (que incluyen todos aquellos casos en que el paciente perciba un posible error de diagnóstico y/o terapéutico), las

relativas a cualquiera de los derechos reconocidos legalmente, y las que versan sobre estructura de edificios, riesgos de explotación, medios materiales, prestaciones y acceso a las mismas, accesibilidad al sistema, farmacia y productos sanitarios. Hay que destacar que el 89 por ciento de los expedientes tramitados en esta Oficina se han resuelto dando traslado al paciente de la información correspondiente.

P. ¿Qué les preocupa más a los pacientes?

R. Manejando datos estadísticos de nuestra Oficina, la mayor parte de las reclamaciones (21,05 por ciento) son las que se refieren a la organización asistencial, en las que se incluyen tiempos de espera, libre elección médica, canalizaciones o desviaciones a otros centros, etc. En cuanto a los casos relativos a la seguridad del paciente derivados de la práctica asistencial, el dato es del 11,89 por ciento.

P. Y la preocupación o el temor principal de los médicos son las demandas. ¿A qué cree que se debe el aumento de las mismas?

R. A pesar del aumento de las demandas de responsabilidad contra profesionales médicos, actualmente parece haber cierta contención. Los motivos son fundamentalmente sociales: la existencia de una población cada vez más informada y más exigente con la reclamación de sus derechos e intereses, y la influencia del modelo sanitario anglosajón (especialmente el norteamericano), ampliamente judicializado. Sin embargo, hay que señalar que un uso excesivo de este recurso por parte de los pacientes puede provocar un natural efecto de defensa en el actuar del profesional médico, que le lleve a la práctica de una "medicina defensiva", que en nada beneficia a la medicina en general. ■

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

320

clínicas privadas no benéficas se contabilizaron en total en 2008.

5

más que el año anterior.

7

por ciento creció la facturación de las clínicas privadas con respecto a 2007.

5.500

millones de euros en total.

62

por ciento de ese presupuesto corresponde a convenios con aseguradoras.

Fuente: Informe DKV: Facturación de clínicas privadas no benéficas. Datos de 2008.



NUEVAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

España se sitúa a la cabeza de Europa en la puesta en marcha de la receta electrónica y la historia clínica digital

En la actualidad, el 97 por ciento de los médicos tiene acceso al historial digitalizado de sus pacientes, una cifra sensiblemente superior a la de países de nuestro entorno como Francia o Alemania. Así lo ha señalado Pablo Rivero, director general de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Se atribuye esta circunstancia a la buena coordinación entre sectores, que es precisamente el obstáculo de otros países. Por otro lado, Cataluña y el País Vasco han expresado al Ministerio de Sanidad y Política Social su voluntad de incorporarse al proceso de homologación para integrarse en un mismo proceso de Historia Clínica Digital (HCD) y de receta electrónica. Estas comunidades modificarán lo necesario para hacer sus sistemas de receta electrónica compatibles con el resto de España.



ECONOMÍA

La banca española eleva al 21 por ciento la caída en sus beneficios hasta marzo

Las provisiones que los bancos que operan en España destinan para contrarrestar el aumento de la morosidad, —en abril en el 4,504 por ciento—, y afrontar las pérdidas por el deterioro de sus activos, que han aumentado en más de 1.800 millones hasta los 4.135 millones, han reducido el beneficio de las entidades en un 21,5 por ciento entre enero y marzo. Con estas cifras, que pese a todo suponen unas ganancias limpias de 4.052 millones de euros, el sector aumenta el ritmo de caída en sus ganancias desde el 12 por ciento con el que cerró 2008.



INFORME COTEC 2009

Cinco autonomías absorben el 76,2 por ciento del gasto en I+D

Cinco autonomías encabezadas por Madrid y Cataluña, a las que se suman la andaluza, la vasca y la valenciana, concentran el 76,2 por ciento del gasto en I+D, que apenas ha crecido en términos de PIB en el conjunto de España y que ha pasado del 1,2 en 2006, al 1,27 en 2007, según los últimos datos oficiales. Las cifras corresponden al Instituto Nacional de Estadística (INE) y se incluyen en el último informe anual sobre Tecnología e Innovación en España de la Fundación Cotec. El director general de Cotec, Juan Mulet, ha explicado que en 2007 el gasto en I+D en España ascendió a 13.342 millones de euros, el 12,9 por ciento más que en el año anterior.

INFORME DEL DEFENSOR DEL PUEBLO

Aumentan las quejas al Defensor del Pueblo por la aplicación de la Ley de la Dependencia

El número de quejas recibidas por el Defensor del Pueblo aumentó un 37,56 por ciento durante el pasado año, según el informe de 2008 que ha sido presentado por el representante de la institución, Enrique Múgica. De las quejas recibidas en relación con la aplicación de la Ley de la Dependencia se desprende que "la acumulación de solicitudes de prestación para los niveles de gran dependencia, cuyo reconocimiento debería haber finalizado en 2008 ha desbordado a las administraciones". En concreto, Múgica ha lanzado un mensaje de advertencia a las regiones de Madrid y Valencia, ya que juntas acumulan la mitad de las demandas. El informe también subraya que "aún siguen existiendo desequilibrios y diferencias territoriales en aspectos como la universalización y gratuidad de la asistencia sanitaria".



INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Zeltia aumenta un 23 por ciento sus ventas con la comercialización de Yondelis

El grupo Zeltia consiguió aumentar sus ventas un 23 por ciento en el año 2008 con la comercialización de Yondelis —que fabrica su filial Pharmamar— para el tratamiento del sarcoma en Japón y en algunos países de la UE, de modo que, de los 105 millones de euros de ventas en ese año, 28 millones correspondieron a la venta de este fármaco. Así lo anunció el presidente del grupo, José María Fernández Sousa-Faro, que además explicó que las previsiones son duplicar esas ventas en 2009. En la junta de accionistas se dio a conocer el proyecto de fusión de Zeltia S.A., Cooper Zeltia Veterinaria S.A., y Zeltia Belgique y, entre otros puntos del orden del día, se dieron a conocer los resultados del grupo hasta diciembre de 2008.



José María Fernández Sousa-Faro.

INVERSIÓN

Las empresas del Ibex pagarán más de 3.000 millones de euros a sus accionistas

La veintena de empresas de la bolsa española pagarán más de 3.100 millones a sus accionistas en menos de mes y medio, en la que es la tradicional segunda gran oleada de pagos a los accionistas que llevan a cabo cada año las empresas. La temporada alta de dividendos llega este año marcada por las expectativas de recortes en la remuneración por parte de las empresas. Según el consenso de los analistas que reúne FactSet, el dividendo por acción de las compañías que integran el Índice General de la Bolsa de Madrid (IGBM) se verá reducido en un 15,75 por ciento durante 2009. De acuerdo con las previsiones de los analistas, cinco compañías españolas suprimirán el dividendo este año: Adolfo Domínguez, Ence, Realia, Sol Meliá y Vocento.



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medecoes.com

Medical Economics

¿Qué opina de los blogs de los médicos?



A la mayor parte de los encuestados (35 por ciento) les parecen bien los blogs de los médicos, siempre que se respeten las obligaciones éticas, mientras que a un 23 por ciento no le parece mal del todo. Para un 25 por ciento es una forma más de mantener contacto con los pacientes, mientras que a un 17 por ciento no les gustan.

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

Durante el acto se presentó la nueva revista *El Dentista del Siglo XXI*

Spanish Publishers Associates entrega los Premios de Odontología 2009

Más de doscientas personas acudieron a la III edición de los Premios Spanish Publishers Associates de Odontología 2009, que tuvo lugar en el madrileño Hotel Ritz. Esta tercera edición coincide con el aniversario del nacimiento de las versiones en castellano de ambas publicaciones.



De izda. a dcha., los profesores Jaime del Río y Elena Barbería, Manuel García Abad, el profesor Antonio Bascones y Felipe Aguado.

Ante más de doscientas personas, tuvo lugar recientemente la ceremonia de entrega de los Premios SPA de Odontología 2009, auspiciados por las revistas *Dental Practice* y *JADA*, y coincidentes con el tercer aniversario de las versiones en castellano de ambas publicaciones, editadas en nuestro país por Spanish Publishers Associates, editora de MEDICAL ECONOMICS. El escenario escogido para el evento fue el Hotel Ritz de Madrid donde se congregó una selecta representación del sector, que avaló con su presencia la trayectoria de unos premios que se han convertido ya en un referente para el área de salud bucodental.

Manuel García Abad, editor de ambas publicaciones, fue el encargado de presidir la entrega de premios, acompañado por Felipe Aguado, director del Área de Publicaciones Dentales de Spanish Publishers Associates, y los profesores Elena Barbería, Antonio Bascones y Jaime del Río.

Durante su intervención, García Abad destacó la implicación de ambas revistas con la formación continuada de los profesionales de

la odontología, “una oferta formativa que se completa con los programas educacionales de la American Dental Association, disponibles en diferentes formatos”. Asimismo, incidió en el hecho de que “estos premios son un reconocimiento a la excelencia profesional de todos aquellos hombres y mujeres que hacen posible la evolución del sector”.

La celebración de los premios sirvió, además, de marco para presentar la nueva revista de Spanish Publishers Associates *El Dentista del Siglo XXI*, una publicación que, en palabras de su directora Lucía Fernández Castillejo, “nuestros lectores van a querer compartir con su familia y amigos y, tal vez, con sus pacientes; una revista bien tratada y bien editada en la que les gustará sentirse reflejados”.

El acto se clausuró con las palabras de Felipe Aguado, director del Área de Publicaciones Dentales de Spanish Publishers Associates, quien destacó “la representatividad de este certamen de premios, que se ha convertido en una esperada convocatoria dentro del calendario de actividades en el sector dental”. ■

RELACIÓN DE PREMIADOS

SANITAS

ASEGURADORA DEL SECTOR DENTAL

CAPIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
SERVICIO HOSPITALARIO DE
ODONTOESTOMATOLOGÍA

PRO ROOT MTA, DE DENTSPLY
MAILLEFER
INNOVACIÓN TECNOLÓGICA DENTAL

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

LACER

CAMPAÑA DE DIVULGACIÓN

DE LAS CASAS PRÓTESIS DENTAL
MEJOR LABOR EN TECNOLOGÍA PROTÉSICA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO DEL GOBIERNO VASCO
ENTIDAD PÚBLICA EN APOYO
A LA SALUD BUCODENTAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ODONTOLOGÍA
INFANTIL INTEGRADA
SOCIEDAD CIENTÍFICA

“USO DEL MICROSCOPIO OPERATORIO
EN ENDOLOGÍA”.

ZARA DÍEZ, MARÍA FERNÁNDEZ

ARTÍCULO ESPAÑOL EN DENTAL PRACTICE

“PROTOCOLO PARA FUNCIÓN
INMEDIATA EN IMPLANTOPRÓTESIS”.
BÁRBARA PEYRÓ, IGNACIO ARRIOLA
Y JAÍME DEL RÍO.

ARTÍCULO ESPAÑOL EN JADA-EDICIÓN ESPAÑOLA

PROFESOR MANUEL DONADO
RODRÍGUEZ

PREMIO ESPECIAL DEL JURADO A LA TRAYECTORIA
PROFESIONAL

ASOCIACIÓN NACIONAL DE
ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA
PREMIO ESPECIAL DEL JURADO A LA INSTITUCIÓN
EMERGENTE

EXPONENTIAL

PREMIO ESPECIAL SPANISH PUBLISHERS
ASSOCIATES

I Curso de Actualización de Trasplantes de Órganos para AP

SOMaMFyC



Expertos en trasplantes debaten sobre la importancia del médico de familia en el seguimiento del paciente trasplantado

Destacados expertos en trasplantes se han reunido recientemente en Madrid en el marco del I Curso de Actualización en Trasplante de Órganos para Atención Primaria, promovido por la Sociedad Madrileña de Trasplantes (SMT) y la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SOMaMFyC) con el objetivo de remarcar el importante papel que desempeña el médico de familia, que es quien realiza el seguimiento del paciente trasplantado.

Los pacientes trasplantados requieren un seguimiento muy estrecho durante toda su vida y cuidados específicos que es necesario conocer. Se hace necesaria, pues, una atención integrada para el paciente trasplantado, siendo la Atención Primaria, pilar básico del Sistema Nacional de Salud, el eslabón que engrana perfectamente con la atención especializada, para llevar a cabo el seguimiento de estos pacientes. Para debatir sobre ello, destacados expertos en el campo del trasplante de riñón, hígado, corazón y páncreas se reunieron recientemente en Madrid en el marco del I Curso de Actualización en Trasplante de Órganos para Atención Primaria, promovido por la Sociedad Madrileña de Trasplantes (SMT) y la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SOMaMFyC). “La mayoría de las enfermedades que presentan los pacientes trasplantados son similares a las del resto de la población, y pueden ser asumidas por el médico de familia. Por tanto, estos deben conocer y saber manejar las principales complicaciones, y las actividades preventivas para mejorar su supervivencia”, aseguró el doctor Paulino Cubero, presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

En el transcurso de la reunión los expertos disertaron sobre el aumento de la supervivencia a largo plazo, y de la aparición de complicaciones médico-quirúrgicas, la

mayoría relacionadas directa o indirectamente con la utilización continua de drogas inmunosupresoras, “que se ha implicado como el factor determinante en estos pacientes para presentar mayor susceptibilidad a padecer infecciones, procesos malignos, hipertensión arterial, hiperricemia-gota, etc”, explicó el doctor José María Morales, del Servicio de Nefrología del Hospital Doce de Octubre.

El control evolutivo del paciente trasplantado, tradicionalmente era labor exclusiva de nefrólogos, cardiólogos, digestivos, etc. El incremento progresivo de población trasplantada y la mejoría en la su-

zoo, manteniendo una comunicación continua y fluida entre el paciente y su médico de Atención Primaria, esencial para las actividades preventivas, la detección precoz de complicaciones y por tanto, para asegurar el éxito del trasplante”.

Por su parte, el doctor Roberto Maricén, del Servicio de Nefrología del Hospital Ramón y Cajal, recalcó la importancia de que estos pacientes reciban todas las vacunas antes del trasplante, y en caso contrario, añadió: “El momento de vacunar en el paciente postrasplantado es de seis meses a un año posterior al mismo, dependiendo del tratamiento inmunosu-

presor, de que exista rechazo, etc. Las vacunas recomendadas en los pacientes trasplantados son las del calendario habitual teniendo en cuenta que las vacunas a microorganismos vivos están contraindicadas”.

Los doctores Manuel Jiménez Garrido y Valentín Cuervas-Mons, del Hospital Puerta de Hierro, revisaron la problemática de la terapia inmunosupresora a largo plazo y sus consecuencias, la patología ósea tumoral, así como la influencia de la inmunosupresión en la calidad de vida del paciente. “Las personas que reciben un trasplante de hígado corren tres veces más riesgo de desarrollar cáncer comparado con la población en general, y según van pasando los años el riesgo de desarrollar un tumor va aumentando”, aseguró el doctor Cuervas-Mons. ■



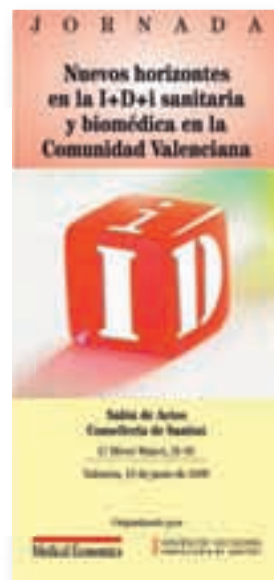
José Mª Morales (izda.) y Paulino Cubero, co-directores del I Curso de Actualización en Trasplantes de Órganos.

pervivencia hacen necesaria la participación activa del médico de familia. Así, el doctor Fernando Anaya Fernández-Lomana, del Servicio de Nefrología del Hospital Universitaria Gregorio Marañón, explicó que “tras el trasplante pueden surgir complicaciones como consecuencia del tratamiento inmunosupresor, por lo que es necesario un seguimiento a largo pla-

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

El 90 por ciento de los médicos valencianos conjugan la actividad investigadora con la asistencial

La investigación biomédica y sanitaria es una de las señas de identidad que esgrime la Comunidad Valenciana, pionera en diferentes ámbitos de aplicación de las células madre, así como en trasplantes y terapia celular hepática. Así lo pusieron de manifiesto los expertos que intervinieron en la jornada que MEDICAL ECONOMICS organizó recientemente en Valencia, en colaboración con la Conselleria de Sanitat, dedicada a analizar los nuevos horizontes que en materia de I+D+i aplicada a la Sanidad tiene ante sí dicha comunidad autónoma.



Gonzalo San Segundo

El 90 por ciento de nuestros profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana compatibilizan la actividad investigadora con la asistencial. Es un dato que el conseller de Sanitat de la Comunitat Valenciana, Manuel Cervera Taulet, desveló en la clausura de la jornada

Nuevos horizontes en la I+D+i sanitaria y biomédica en la Comunidad Valenciana, organizada por este departamento y MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de Astellas Pharma.

El conseller Cervera añadió que uno de los objetivos estratégicos de

su consejería es el reconocimiento profesional del investigador sanitario, con una adecuada valoración de este mérito en los concursos de plazas, en la carrera profesional y en los acuerdos de gestión. Para ello “hay que crear un ambiente favorable que motive al profesional asistencial a



De izda. a dcha., Honorio Bando Casado, vicepresidente de Idepro; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Manuel Cervera, conseller de Sanitat de la Comunitat Valenciana; Pilar Viedma Gil de Vergara, directora general de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Comunitat Valenciana; y José María Martín Dueñas, director general de Astellas Pharma.

dedicar parte de su tiempo a la investigación, facilitando la compatibilización de la actividad investigadora a aquellos profesionales que tengan interés en ella y que dediquen su tiempo a actividades asistenciales”.

Otro de los retos del conseller Cervera es lograr la traslación de los conocimientos a la práctica clínica, tarea en la que “es muy importante la colaboración con el ámbito privado, por dos razones: conseguir fondos adicionales para la investigación biomédica y facilitar la creación de un tejido empresarial capaz de poner en el mercado una idea en un tiempo razonable”, afirmó el conseller.

En ese sentido, la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, pionera en diferentes ámbitos de aplicación de las células madre, así como en trasplantes y terapia celular hepática, ha destinado 104 millones de euros a financiar proyectos de I+D+i y más de 58 millones a tres grandes centros de investigación. Y un compromiso para el próximo año, incluido en el Plan Estratégico de Investigación Sanitaria y Biomédica, es desarrollar la Ley de Promoción de la Investigación y la Formación para la Salud de la Comunidad Valenciana, “con el consenso de profesionales sanitarios, universidad

y organismos públicos y privados de investigación”, destacó Cervera.

El acto, al que asistieron numerosos expertos y personalidades del ámbito sanitario, fue introducido por Manuel García Abad, editor de esta revista; José María Martín Dueñas, director general de Astellas Pharma, y Pilar Viedma Gil de Vergara, directora general de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria. Cada uno de ellos explicó lo más esencial del cometido de las entidades que representan.

Actividad asistencial, docente e investigadora

El primer ponente, Miguel Ángel Sanz Alonso, del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Fe trazó un retrato de la investigación de excelencia en el ámbito asistencial referida al citado instituto. Tras una descripción de los antecedentes históricos que han hecho del Hospital Universitario La Fe una institución de prestigio y referencia por su actividad asistencial, docente e investigadora, describió los pasos que se han dado en el fomento de una investigación de excelencia desde la creación de la Fundación para la Investigación La Fe en 2002 con el horizonte de un nuevo hospital y centro de investigación que se inaugurará en 2010.

A continuación, hizo un breve repaso de los logros alcanzados, con mención especial a la reciente acreditación como Instituto de Investigación Biosanitaria. También se refirió a las iniciativas que se están llevando a cabo en el fomento de la investigación de calidad, así como las oportunidades y desafíos que plantea el nuevo Hospital La Fe.

El director general del Centro de Investigación Príncipe Felipe (CIPF), Rubén Moreno Palanques, se adentró en los *Horizontes de la investigación biomédica*, señalando que, tras la secuenciación del genoma humano, “nos encontramos en la era posgenómica, una nueva etapa en la que la investigación biomédica está experimentando un enorme desarrollo”, gracias a la aparición de nuevas disciplinas como la bioinformática, la genómica o la proteómica, entre otras. Estas nuevas materias suponen el acceso a una gran cantidad de información respecto a los mecanismos de funcionamiento y las características de distintas patologías.

En este sentido, añadió Moreno Palanques, el conocimiento proporcionado por estas áreas emergentes cobra una gran relevancia en su aplicación a la investigación para el descubrimiento de nuevos fármacos eficaces en el tratamiento de enfermedades.



Numerosos expertos y personalidades del sector sanitario se dieron cita en la jornada organizada por *Medical Economics*.



Joaquín Ibarra resaltó la importancia de las alianzas en materia de formación.



Isabel Muñoz explicó las estrategias de investigación en salud pública.

Asimismo, la investigación en medicina regenerativa se ha convertido en uno de los campos más prometedores de la biomedicina en los últimos tiempos. La terapia celular tiene como objetivo último intentar sustituir las células dañadas en un organismo por otras sanas, con la consiguiente restitución de la estructura y función de tejidos u órganos deteriorados. La futura aplica-

ganizado por la sociedad para proteger y promover la salud de la población y para prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas”, en contraste con la salud pública tradicional, que actuaba sobre los aspectos biológicos del individuo y el medio ambiente.

La investigación en salud pública, a juicio de Isabel Muñoz, tiene por objeto fundamental indagar, anali-

La investigación en salud pública está diseñada para obtener conocimientos generalizables, y se encuentra a menudo orientada hacia objetivos, con la pertinencia de los que toman las decisiones, utilizan una variedad de métodos de observación (encuestas, registros, conjuntos de datos, estudios de caso y modelos estadísticos), y se basa en disciplinas que incluyen la epidemiología, la sociología, la psicología, la genética y la economía, así como campos multidisciplinares de salud ambiental, promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención y gestión de la salud, los servicios de salud y salud en el trabajo.

La directora del CSISP aseveró que “el conciliar el valor de excelencia exigida por la comunidad científica y la oportunidad con respecto a las necesidades y resolución de los problemas de salud que exigen los que toman decisiones es uno de los mayores conflictos que debemos encarar los gestores de la actividad científica en salud pública”.

En la búsqueda del equilibrio entre excelencia y oportunidad es necesario, en su opinión, asumir varios desafíos: armonizar los tiempos científicos para la producción de conocimientos y los tiempos políticos para la toma de decisiones, articular mecanismos de diálogo y comunica-

La Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana ha destinado 104 millones de euros a financiar proyectos de I+D+i y más de 58 millones a tres grandes centros de investigación

ción clínica de los avances de la investigación en este campo, concluyó el director general del CIPF, “es uno de los grandes desafíos de nuestra época”.

Otro de los grandes desafíos en materia de Sanidad son las *Estrategias de innovación en salud pública*, tema cuya exposición corrió a cargo de Isabel Muñoz Criado, directora del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Comenzó explicando que la evolución histórica del concepto de salud pública ha llevado a la definición de salud pública como “el esfuerzo or-

gar y explicar la distribución del estado de salud, los factores que lo determinan, y las respuestas organizadas socialmente para hacer frente a los problemas de salud en términos colectivos. Y su propósito es generar conocimientos necesarios para entender las causas y los factores que influyen en las condiciones de salud con una perspectiva poblacional, así como evaluar y explicar el efecto que ejercen en dichas condiciones las diferentes políticas, intervenciones y mecanismos de organización de sistemas y prestaciones de servicios de salud.



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



Felipe Chavida disertó sobre el nuevo modelo de formación para el médico.



El conseller Manuel Cervera habló sobre los nuevos desafíos en investigación en su comunidad.

ción entre investigadores y los que toman decisiones, diferencias entre la práctica de la salud pública y la investigación y definir la oferta de la comunidad científica en función de las necesidades de salud de la población. Para ello se dispone de dos herramientas que han revolucionado la investigación en salud pública: los sistemas de información y la genómica.

Amparo Navea Tejerina presentó la Fundación Oftalmológica del Mediterráneo (FOM), de la que es directora médica, una institución con cuatro años de historia cuyos fondos son en un 99 por ciento de la Generalitat. Cuenta con 81 miembros, de los cuales ocho están dedicados sólo a investigación.

La labor de la FOM se desarrolla en tres áreas de actividad: la asistencial, que abarca oftalmología general, córnea y segmento anterior, glaucoma, retina y tumores, infantil, oculoplastia y órbita, defectos de visión, prótesis; la docente, con cursos para especialistas, cirugía en 3D, programas para residentes, etcétera, es centro de referencia europeo (uno de los dos acreditados por la EVO en Europa para formación); y la investigación, en sus aspectos de básica, clínica y epidemiológica. Esta área cuenta con cuatro grupos de investigación: fisiología, calidad

visual, telemedicina y estudios clínicos.

La investigación va indisolublemente unida a la formación, tema acerca del cual disertó Joaquín Ibarra Huesa, director de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES), “el órgano oficial de formación continuada de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en el sistema de salud de la Comunitat Valenciana”. Expide un promedio de 18.000 certificados anuales a los alumnos que han participado en cursos y un promedio de 1.600 certificados de docentes al año. La gestión de la formación consiguió la certificación AENOR ISO 9000:2001 en abril de 2007.

Ibarra resaltó la importancia de las alianzas con otras instituciones implicadas en la formación, tanto a nivel comunitario como nacional e internacional, y también con asociaciones de pacientes en temas formativos relacionados con la salud, y se refirió también a la biblioteca virtual en relación a la formación de los profesionales, a la comisión de acreditación de formación continuada de las profesiones sanitarias de la Comunidad Valenciana (en la que participan los diferentes colegios profesionales de las profesiones sanitarias), a las unidades docentes de Medicina Familiar y Comunitaria,

Medicina del Trabajo, Enfermería Obstétrica-Ginecológica y Enfermería de Salud Mental, y a la función acreditadora de centros docentes para impartir formación en temas como utilización de DESA por personal no sanitario.

Cambio en el ejercicio profesional

Felipe Chavida García, presidente del Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) completó la exposición de la formación continuada del médico con una exposición acerca del desarrollo profesional continuo (DPC), una nueva metodología educativa. En este nuevo modelo, según Chavida, se considera incluida en la formación cualquier actividad dirigida a la mejora del ejercicio profesional. El DPC persigue, entre otros objetivos, mejoras en las habilidades y en las actitudes, elementos que se toman en cuenta para la evaluación de las competencias. Lo más importante de la formación continua del médico o del desarrollo profesional continuo es el aprendizaje basado en el trabajo cotidiano.

El acto finalizó con la conferencia *Investigación y formación biomédica*, a cargo de Honorio Bando Casado, y la presentación de su libro *Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud*. ■



Pilar Viedma con José Botella Crespo, comisionado de Sanidad de Torrevieja (izda.) y Francisco Ortíz, jefe de Aseguramiento Sanitario de Dirección General (dcha.).



De izda. a dcha., Asunción Somoza y José Luis Rodríguez (dcha.), de Astellas Pharma, con el doctor José Manuel García Verdugo; Miguel Ángel Sanz, del Hospital Universitario La Fe de Valencia (en el centro); y Enrique Alborch, catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.

Gestión Profesional

El paciente sigue siendo el rey



Jose María Martínez García*

» La organización depende de sus clientes y, por tanto, debe comprender sus necesidades actuales y futuras, cumplir con los requisitos del cliente.

» La calidad podría desglosarse en varios puntos: efectividad, eficiencia, adecuación, calidad científico-sanitaria, satisfacción del usuario y profesional, accesibilidad y continuidad.

El objetivo de esta columna y de sucesivas será tratar de transmitir los conocimientos necesarios para que los lectores interesados adquieran las técnicas y habilidades que posibiliten la mejora de la atención profesional en la atención al paciente y un mejor conocimiento de sus expectativas, incrementando su satisfacción por el servicio prestado.

Una breve introducción a la calidad de un servicio sanitario siempre dirá que los objetivos fundamentales que la definen en cuanto a la atención al paciente se refiere, serán: informar sobre la humanización y calidad de la atención sanitaria, perfeccionar la comunicación oral y telefónica con el usuario, compartir los conocimientos dentro de una cultura de aprendizaje, innovación y mejora continua, desarrollar técnicas y habilidades personales que incidan en mejorar las competencias y habilidades de los profesionales de la atención al paciente y promover la excelencia en la provisión de los cuidados de las patologías que se pretenden atender.

Se establecen los ocho principios de la gestión de la calidad como siguen.

1. Organización orientada al cliente. La organización depende de sus clientes y, por tanto, debe comprender sus necesidades actuales y futuras, cumplir con los requisitos del cliente, y esforzarse en sobrepasar sus expectativas.

2. Liderazgo. La dirección establece la unidad de gestión y el propósito de la organización. Deberá crear y mantener el ambiente en el que se logran los objetivos.

3. Implicación del personal. Las personas son la esencia de la organización y su implicación total permite que sus capacidades sean utilizadas para el beneficio de la empresa.

4. Enfoque por procesos. Se consigue el resultado deseado más efectivamente, cuando los recursos y las actividades son gestionadas como un proceso.

5. Dirección basada en sistemas. Identificar, comprender y dirigir un sistema de procesos interrelacionados para un objetivo determinado mejora la eficiencia y eficacia de la organización.

6. Mejora continua. Debería ser un objetivo permanente de la organización.

7. Toma de decisiones. Las decisiones efectivas están basadas en el análisis de los datos de la información

8. Relaciones mutuamente beneficiosas con los suministradores. Una organización y sus suministradores son interdependientes, y las relaciones mutuamente beneficiosas mejoran la capacidad de ambos para crear valor.

Con casi total probabilidad podemos definir la calidad en la atención al paciente como el conjunto de características del servicio que tiene la habilidad de satisfacer las necesidades y expectativas del paciente o, lo que es lo mismo, como el grado de coincidencia con sus necesidades y expectativas y, por tanto, se consigue si el paciente ve cumplidas todas sus expectativas cuando sale del centro asistencial.

En relación con la asistencia médica, la calidad podría desglosarse en varios puntos: efectividad, eficiencia, adecuación, calidad científico-sanitaria, satisfacción del usuario y profesional, accesibilidad y continuidad.

La principal conclusión que extraemos es que la calidad se consigue cuando es reconocida por el cliente. En cuanto a los conceptos sobre necesidades, expectativas y satisfacción hay que preguntarse cuando un paciente acude a la clínica: ¿cuáles son sus necesidades?, ¿cuáles son sus expectativas?, ¿cómo se logra su satisfacción?. La asistencia se realiza en un marco sociocultural, político y económico, donde el principal elemento es la necesidad de asistencia médica. Esta necesidad puede ser de diferentes tipos y es la que mueve a todo el resto de eslabones que constituyen el llamado proceso de "producción de asistencia sanitaria". ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Asisa crece un 5,47 por ciento en 2008

La XXXIII Asamblea de Lavinia, entidad Cooperativa propietaria al 100 por cien de Asisa, se ha celebrado recientemente en La Coruña, donde se han analizado los resultados del año 2008.

La Asamblea General de Asisa, inaugurada por Alberto Nuñez Feijóo, presidente de la Xunta de Galicia, ha dado a conocer los resultados económicos de la compañía en 2008, año que ha cerrado con un aumento del 5,47 por ciento de sus ingresos respecto al año anterior, lo que supone una facturación de 780,5 millones de euros, de los que 760 millones corresponden a primas de seguros. La compañía ha dedicado un total de 653,5 millones de euros a prestaciones asistenciales, lo que supone un incremento de 4,41 por ciento respecto a 2007. Los honorarios médicos han crecido un 4,55 por ciento en relación al año anterior, alcanzando los 306 millones de euros. Esta cifra representa el 40,6 por ciento de los ingresos por primas, es decir, que los honorarios pagados a través del dispositivo asistencial propio suponen más de 10 puntos porcentuales sobre la media del sector.

Durante 2008 el Ramo de Vida ha confirmado su lanzamiento y se va asentando como un producto más en la oferta que Asisa hace a sus clientes.

Por otro lado, la facturación global de las clínicas del grupo ha crecido en un 4,9 por ciento, alcanzando los 236 millones de euros en 2008. La inversión en equipamiento e instrumental ha consistido en 3,2 millones de euros, destacando las realizadas en radiodiagnóstico que ascienden a 1.340.019 euros. ■

El Hospital Moncloa, galardonado

En la VII edición de los Premios Madrid, organizados por Madridiario, el Hospital Moncloa fue galardonado con el premio a la mejor "Iniciativa Sanitaria", que reconoce una trayectoria enfocada a la calidad asistencial y a la excelencia en la gestión sanitaria, además de valorar su espíritu de innovación, mejora y modernización. Juan José Fernández Ramos, director gerente del hospital, recogió el premio y aseguró que "este galardón supone un impulso en la búsqueda de la calidad asistencial y una motivación más en la mejora de nuestro principal objetivo, que es mejorar la salud de la sociedad".



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 Guconato (DCl) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Povidona I0, Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bactericida, bactericida y fungicida.

Usos típicos: heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impetigo, flegmas recientes, prevención de infecciones en flegmas por cicatriz. Desinfección de la piel en procedimientos. Desinfección del ambiente en recién nacidos.

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 estéril que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo.

Precauciones de uso: En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20.

Uso tópico. Una o dos aplicaciones locales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Los ojos, nariz, los ojos hay que evitar. CRISTALMINA no se lavará con lejía ni otros hipocloritos, sino con detergentes domésticos a base de peróxido sódico. Los medicamentos 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 1,75 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 _____ | |

Gestión de Calidad: Enfermería

Responsabilidad en la documentación clínica (I)



Charo Vaquero Ruipérez*

» Las enfermeras en su ejercicio profesional se encuentran continuamente con problemas legales derivados de la relación clínica con el paciente.

» La documentación clínica de enfermería es una garantía en el ámbito legal que avala la correcta prestación profesional.

En la actualidad, la importancia de la legislación sanitaria no admite ninguna duda, no sólo por las notables modificaciones y nuevas normativas producidas en nuestro país en esta materia, sino también por la aplicación del derecho de la UE que incide de manera trascendental en todos los ámbitos de la asistencia y gestión sanitaria. Todo ello determina la necesidad de que, tanto los profesionales sanitarios como los gestores, tengan un conocimiento detallado de las particularidades que el derecho sanitario establece en nuestra sociedad.

En este sentido, deseo destacar la importancia que en el momento actual tiene la Ley Básica 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que permite al paciente acceder a su historia clínica y a todos sus datos médicos. Y concretamente, en el artículo 14, se define la historia clínica como: "El conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ella, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro". Desde este punto, considero importante, abordar el tema de la responsabilidad que tienen las enfermeras en la cumplimentación de la historia clínica del paciente, de la que muchas veces no son conscientes. Las enfermeras en su ejercicio profesional se encuentran continuamente con problemas legales derivados de la relación clínica entre la enfermera y el paciente, por ello es imprescindible que documenten toda la actividad que realizan.

En esta ley, se pone de manifiesto, que las enfermeras tienen la responsabilidad, al igual que el resto de los profesionales de cumplimentar la historia clínica en todos los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, garantizando la transmisión de la

información al resto del equipo y facilitando la continuidad de cuidados que se presta al paciente, por lo que es importante que sean conscientes de la obligada necesidad de cumplimentar todos los apartados de la historia clínica: debiendo escribir de forma legible, haciendo constar la fecha y firma de todas las anotaciones, identificando al paciente en todas las hojas, anotando los tratamientos y la firma de quien los ha administrado.

Los registros de enfermería constituyen una herramienta fundamental en la planificación y ejecución de los cuidados de enfermería, supone una manera de comunicación entre los distintos profesionales del equipo sanitario, facilita la calidad de los cuidados proporcionando los criterios para su evaluación y puede proporcionar datos con fines de investigación científica o formación y de investigación judicial. En este sentido, el número de reclamaciones judiciales que se presentan cada año por responsabilidad médica y/o enfermera, por malpraxis, negligencia u otras causas, aumenta cada año. Esto se debe a varios factores, entre los que destacan, una mayor información de los pacientes sobre su proceso, mayor sensibilización del paciente por los daños causados por su médico o enfermera, altas expectativas de conseguir una indemnización y a la regulación legal de los derechos y deberes de los pacientes.

La historia clínica sirve de prueba, y muchas decisiones judiciales, se han basado en ella a la hora de dictar sentencias. Por lo tanto, es un documento fundamental y elemental que tiene una gran importancia a la hora de valorar la actuación de un profesional sanitario, pudiendo ser la mejor defensa o el peor enemigo en el caso de un conflicto legal.

No hay que olvidar que la documentación clínica de enfermería es un instrumento contrastado en el desarrollo profesional de la enfermería y una garantía en el ámbito legal que avala la correcta prestación profesional. ■

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

360° en Oncología

Oncólogos debaten sobre la importancia del tratamiento multidisciplinar

Más de 200 especialistas españoles directamente involucrados en el manejo del paciente oncológico se han dado cita en Madrid en el evento *360° en Oncología*, un original e interesante encuentro, organizado por Merck Serono, División Biotecnológica de la compañía químico farmacéutica alemana Merck. Durante los dos días de duración del *360° en Oncología*, los más de 40 ponentes participantes han analizado y debatido, ampliamente y entre otras cuestiones, la importancia del tratamiento multidisciplinar en Oncología. “Los nuevos avances, como las terapias dirigidas y las técnicas de radioterapia, cada vez más precisas, conformadas y mejor toleradas, nos sitúan en unos beneficios en supervivencia antes impensables”, asegura el doctor Díaz Rubio, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid. Según este experto, “disponemos de un amplio arsenal terapéutico que incluye desde los quimioterápicos convencionales hasta los anticuerpos monoclonales, menos tóxicos y más efectivos. Así, en el manejo del paciente oncológico ya no interviene un especialista en concreto, sino que el manejo multidisciplinar se perfila como el marco idóneo para la valoración y tratamiento de estos pacientes”. ■

Aula SEDAP 2009

Comunicación y planificación, claves en la gestión de AP

La adecuada planificación de los servicios y los tiempos, así como la importancia de la comunicación han protagonizado una nueva edición del Aula SEDAP, que en sus más de 12 años de actividad, se ha consolidado como la cita clave en el ámbito de la gestión sanitaria y desarrollo directivo, gracias a la colaboración entre la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (Sedap) y Pfizer.

La presente edición “Dirección y Comunicación”, impartida por reconocidos expertos en este ámbito, ha tenido como objeto orientar a los responsables de Atención Primaria de todo el Sistema de Salud sobre técnicas en gestión de conflictos, habilidades de negociación, estrategias de comunicación y dirección de los servicios de salud. ■



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, Acido l-carnitínico 200 mg, Merionina (D.C.I.) 200 mg, Mesonisolil 200 mg, Nitrofuraz (D.C.I.) 7 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciónes: Heridas y úlceras torpidas e isquémicas que presentan necrosis o demitos. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segunda y tercer grado. Fodermítis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones lurgidas postoperatorias. Muxitis. Desgamos de perine, etc. Preología: 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 utilize tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofuraz, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

InfoSalvat
www.infosalvat.com
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
salvatbiotech.com

Tribunales

No se probó la mala praxis



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribuna Supremo

Sala de lo Contencioso
Administrativo
Sentencia del 25 /11/2008

Hechos

El demandante S. fue atendido en el Hospital Clínico de Valencia a causa de un dolor cérico dorsal irradiado a los miembros superiores especialmente al brazo derecho y falta de sensibilidad en tres dedos de la mano izquierda. Tras un estudio consistente en una resonancia magnética, se le diagnosticaron varias patologías en las vértebras cervicales de notoria severidad, por lo que se decidió la intervención quirúrgica en el Servicio de Neurología del citado hospital. Ante la persistencia de las patologías, se aconsejó la reintervención quirúrgica, que consiguió una recuperación parcial en el paciente, que quedó estabilizado tras un año de rehabilitación, pero dejándole en una silla de ruedas y con necesidad de ayuda permanente por parte de otras personas. Esta situación el paciente la achaca a mala praxis y consecuencia del tratamiento médico negligente la pérdida de facultades de deambulaci6n y la dependencia de la silla de ruedas, concretando los daos en la cantidad de 781.000 euros.

Fallo

Presentada la correspondiente reclamaci6n administrativa, 6sta fue rechazada por la Administraci6n sanitaria, por lo cual el demandante present6 el correspondiente recurso contencioso administrativo, que fue desestimado igualmente por sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Generalidad Valenciana de 10 de julio de 2001. El demandante interpuso ante el Tribunal Supremo recurso de casaci6n contra dicha sentencia. 6ste desestim6 la casaci6n, confirmando la resoluci6n denegatoria de indemnizaci6n por responsabilidad de la Administraci6n sanitaria, ya que el

paciente prest6 el consentimiento informado y no se prob6 mala praxis por parte de la sanidad p6blica.

ANÁLISIS: El consentimiento informado

El paciente bas6 su reclamaci6n en la falta de consentimiento informado, lo que fue rechazado por los tribunales que vieron el caso, ya que se prob6 que el recurrente confundía el tratamiento quirúrgico alternativo con malas t6cnicas de abordaje de las lesiones que se detectaron. Tambi6n neg6 el haber firmado el documento de consentimiento, negando que la firma que aparecía en el mismo fuera la suya, aunque despu6s reconocía que, si bien era la suya, no lo firm6 en condiciones adecuadas.

Despu6s qued6 demostrado que el paciente conocía perfectamente las dolencias que padecía y las posibles complicaciones de las mismas. El Tribunal apreci6 el consentimiento informado no s6lo en el documento del mismo, sino en otros documentos que indicían de forma indubitada a concluir en la existencia de suficiente informaci6n y del consentimiento prestado por el paciente.

Como muy bien saben los lectores, el consentimiento informado es uno de los caballos de batalla del Derecho Sanitario, y que en diferentes momentos ha sido regulado de una forma o de otra; por eso los profesionales sanitarios deben tener en cuenta en estos momentos que la jurisprudencia de nuestro m6s Alto Tribunal lo considera a todos los efectos como un acto m6dico m6s, que no necesariamente debe ir ligado a mala praxis, pues se puede dar el caso de una intervenci6n sin ning6n problema y ajustada a la *lex artis*, y condenar al m6dico por no recabar en forma debida el consentimiento informado. 6ltimamente se encuentran reclamaciones s6lo por falta de consentimiento, por lo que la importancia del mismo ha experimentado un cambio inesperado dentro del Derecho Sanitario. ■

» El demandante present6 el correspondiente recurso contencioso administrativo, que fue desestimado por sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Generalidad Valenciana.

» Qued6 demostrado que el paciente conocía perfectamente las dolencias que padecía y las posibles complicaciones de las mismas.

*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.

Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

JORNADA DE DEBATE



Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis

Ateneo de Madrid
c/ Prado, 21

Madrid, 22 de septiembre de 2009

Organiza:


Medical Economics

Con la colaboración de:



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



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



*el apósito de espuma
que mimra la herida y su entorno*



Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo
del paciente

InfoSalvat

info@salvat.com
www.salvat.com


SALVAT
innovación y calidad

Internet y medicina

Historia de salud personalizada



Marcial García Rojo*

» El modelo de servicios de salud en el país donde han nacido estas iniciativas, Estados Unidos, es muy distinto a los sistemas de salud de los países de nuestro entorno.

» Será necesario conocer los costes que puedan aparecer asociados a estos servicios a largo plazo; por ejemplo, gastos de inscripción para el usuario.

Hace aproximadamente un año, en mayo de 2008, Google puso a disposición del público la propuesta Google Health (<http://www.google.com/health/>) para que los pacientes puedan almacenar, administrar y compartir en línea sus registros médicos e información sobre su estado de salud. Esto permite tener en Internet el historial médico personal al completo para poder consultarlo en cualquier instante y en cualquier lugar.

El servicio nació con el objetivo de centralizar en la cuenta privada de Google de un usuario todos sus informes, pruebas y resultados médicos que existan sobre él. Esta solución simplifica la consulta de toda esta información cuando el usuario la necesita o, incluso, puede estar disponible para algún médico si el paciente correspondiente lo autoriza. Es el usuario quien decide cómo se comparte esta información personal y a quién.

Otras firmas del sector informático no se han quedado atrás y ya han lanzado servicios similares, como Microsoft HealthVault (<http://www.healthvault.com/>), con el fin de "dar a las personas el control de su información de salud".

Recientemente, Google ha anunciado su alianza con IBM, con el fin de desarrollar un *software* que permita que los datos incluidos en Google Health puedan trasladarse fácilmente a otros sistemas de historia clínica digital para comunicarse con sus médicos y otros profesionales del sector en tiempo real.

Una de las críticas a estos servicios de historia de salud personalizada es la preocupación por aspectos de confidencialidad, ya que empresas privadas serán las responsables directas de custodiar una gran cantidad de datos especialmente protegidos. También será necesario

conocer los costes que puedan aparecer asociados a estos servicios a largo plazo; por ejemplo, gastos de inscripción para el usuario o costes de posibles integraciones con otras plataformas. Por otro lado, conviene recordar que el modelo de servicios de salud en el país donde han nacido estas iniciativas, Estados Unidos, es muy distinto a los sistemas de salud de los países de nuestro entorno. De hecho, Google Health y Microsoft HealthVault aún están en fase de desarrollo, sólo para residentes en Estados Unidos.

Las condiciones o contrato de usuario de estos servicios de Internet para los usuarios en general indican claramente que en su plataforma no se ofrecen consejos médicos o de salud y el contenido almacenado sólo tiene como objetivo facilitar el acceso a la información, pero no debe ser utilizado durante una emergencia médica o para el diagnóstico o el tratamiento de ninguna enfermedad. Son muchos los usuarios que aceptan las condiciones de servicios de Internet sin leerlas de forma detenida, lo cual es especialmente preocupante en este caso. En Estados Unidos, algunas aseguradoras y centros hospitalarios (Google Health con la Clínica Cleveland y Microsoft HealthVault con la Clínica Mayo) ya han llegado a acuerdos para que los asegurados o pacientes puedan subir su historial médico en el programa con el fin de ser utilizados en la práctica clínica.

Para el éxito a largo plazo de estas iniciativas o soluciones de historia clínica personal, será interesante comprobar si pueden converger con importantes proyectos de salud institucionales, autonómicos y nacionales, como la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. ■

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

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 integración económica de la Medicina Individualizada

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

Medical Economics

Inscripciones on line: www.instituto-roche.es



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

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

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide
**tan flexible y
adaptable como la piel**

InfoSalvat
902 002 340-341
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (XIII)

La evaluación económica de medicamentos



Pedro Gómez Pajuelo*

» La evaluación económica se ha consolidado, en numerosos países de nuestro entorno, como una disciplina capaz de aportar criterios de eficiencia.

» Debemos abordar sin demora un cambio normativo que recoja la realidad actual y que incorpore como medida de valor la evaluación económica de los medicamentos.

Recuerdo que al regreso de una de esas fiestas estivales que a lo largo y ancho de cualquier región se multiplican por todas partes, me encontré con el horror de un accidente de tráfico. Con 57 años, Antonio, que venía andando por la denominada carretera de la estación, se vio arrollado por un vehículo que se dio a la fuga. Cansado de caminar, se adentró medio metro en la cuneta. De pronto, cuando se encontraba en ese estado de duermevela con el que muchos acariciamos el placer, el rugido de un motor, el chirriar de unas ruedas, y el fatídico estruendo de un golpe. El automóvil marcó los neumáticos sobre su tórax. Sólo diez minutos antes, diez dramáticos e insignificantes minutos, el tiempo preciso para alcanzar su domicilio, habrían sido suficientes para salvarle la vida. Pero evitar el desgarro y el dolor no estaba contemplado en el curso de ese día.

He seguido viendo a su madre, resulta difícil olvidar esa escena, pero el tiempo ha permitido dejar de un lado el dolor y analizar su memoria.

Fumador empedernido, enfermo de EPOC desde los 45 años, se quejaba casi a diario de la falta de comprensión, del desasosiego, de la angustia que supone la falta de aire. “¡No me escuchan!”, decía.

Utilizamos la magnífica información que nos prestan los pacientes en sofisticados ensayos clínicos como verdaderos instrumentos para dar valor a los medicamentos. En patologías como la EPOC, cuantificamos la reducción de las exacerbaciones o de la disnea, verificamos la tolerancia al ejercicio o la mejora de las medidas de la función pulmonar, evaluamos la mayor o menor comodidad en la administración de los distintos fármacos, analizamos las variaciones entre determinados datos basales y los recogidos tras la aplicación de los nuevos tratamientos, incluso somos capaces de cuantificar las distintas propuestas sanitarias. Con toda esta información, autorizamos nuevas estrategias terapéuticas, analizamos su valor económico, cuantificamos la

disponibilidad a pagar por los sistemas sanitarios públicos y por fin, antes de que lleguen de forma vertiginosa a las manos del colectivo clínico, le fijamos el precio y las condiciones a las que podrán ser financiadas.

Medimos con exhaustivo rigor los posibles acontecimientos adversos: sequedad de boca, nasofaringitis, tos, etc., y en función del valor estadístico y de su comparación frente al resto de alternativas, atenúamos o incorporamos valor en nuestra toma de decisión.

Pero en numerosas ocasiones nos olvidamos de un gran detalle, dejamos de lado la opinión del propio paciente. El verdadero protagonista no quiere comprar ni vender bienes o servicios sanitarios, lo que únicamente desea es recibir salud, y justo es a él al que dejamos sin voz.

Todas estas medidas fisiológicas, las variables de eficacia, los acontecimientos adversos, serán determinantes para fijar el precio y las condiciones de financiación de los nuevos productos.

Dicen que es difícil medir la calidad de vida, pero no hay coletilla más utilizada en nuestro argot rutinario que el tan nombrado ¿qué tal?, ¿cómo te va? En función de la respuesta que recibimos nos acercamos de una manera u otra a nuestro interlocutor, abordamos un tema u otro y nos interesamos con mayor o menor profundidad sobre su estado de ánimo o su salud en general. Apoyamos, ofrecemos consejo, experiencia, compañía, comprensión o simplemente escuchamos.

Contamos ya con numerosa metodología y diferentes procedimientos para valorar los cambios en la calidad de vida de los pacientes ante los nuevos abordajes terapéuticos. En concreto, en el ámbito de la EPOC, el cuestionario respiratorio de St George, utilizado en afecciones respiratorias, es un buen ejemplo para la incorporación de la utilidad en los procesos de evaluación económica.

Podemos ir más allá de los dominios físicos, sabemos clasificar y priorizar entre distintos estadios psicológicos y sociales. Podemos

cuantificar la calidad de vida relacionada con la salud. Conocemos sofisticados cuestionarios, podemos utilizar test que nos permiten indicar tendencias, orientar criterios. Manejamos instrumentos para escuchar al paciente, pero no somos capaces de incorporar sus opiniones en las decisiones de precio y financiación de los nuevos fármacos. Contamos con hábiles herramientas con las que podríamos dar valor a esas opiniones. La evaluación económica se ha consolidado, en numerosos países de nuestro entorno, como una disciplina capaz de aportar criterios de eficiencia. Si el bienestar de pacientes como Antonio pasa por incorporar su opinión en la toma de decisiones, no dejemos pasar más tiempo. No nos quedemos sordos una década más ante el clamor de muchos profesionales. Ofertemos a nuestros ciudadanos una prestación farmacéutica de calidad y no de cantidad.

Nadie estaría dispuesto a rechazar alternativas modificadoras de la enfermedad, a prescindir de una nueva estrategia sanitaria que aportase mejoras en la comodidad de administración o a potenciar la financiación de medicamentos que proporcionasen una broncodilatación constante durante todo el tratamiento de esta enfermedad, pero sí estamos dispuestos a ignorar la opinión del paciente.

Es hora de impulsar un cambio, demos entrada ya a nuevos modelos capaces de determinar el valor de los medicamentos. Seamos valientes y reconozcamos que la fijación del precio en nuestro país ya no sigue las pautas diseñadas inicialmente en el RD 271/1990. A pesar de su permanencia en vigor, ya nadie hoy día considera que las decisiones de precio se fundamenten en el coste de fabricación del producto. Las variables decisorias se han desplazado plenamente hacia los criterios considerados inicialmente como correctores o adyacentes. El coste de las alternativas terapéuticas financiadas, la utilidad terapéutica comparada o el nivel de precio en el conjunto de determinados países de nuestro entorno europeo se han convertido en verdaderas referencias.

Debemos abordar sin demora un cambio normativo que recoja la realidad actual y que incorpore como medida de valor la evaluación económica de los medicamentos. Hasta que no lo hagamos seguiremos inmersos en un proceso de mediocridad y de falta de credibilidad que se expande cada vez más y que anega la labor de grandes profesionales que se encuentran de forma sencilla, discreta y silenciosa trabajando día a día por el bienestar de nuestros pacientes. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

World Health Organization (enlace a la tabla del anexo).

<http://www.who.int/respiratory/copd/burden>.

Jones PW. *Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease*. Thorax 2001; 56: 880-887.

Jones PW, Quirk FH, Baverystock CM. *A self complete measure of health status for chronic airflow limitation: the St. George's Respiratory Questionnaire*. Am Rev Respi Dis 1992 145: 1321-1327.


Real Decreto 271/1990, de 23 de febrero, sobre reorganización de la intervención de precios de las especialidades farmacéuticas de uso humano.

Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias /autores, J. López Bastida [et al.].

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



¿Quién atiende al paciente en vacaciones?



Llega el verano y quien más y quien menos abandona su lugar habitual de residencia hacia la playa, la montaña, algún país extranjero... Y puede ser que en esos lugares se necesite atención médica. Y entonces, ¿quién atiende al paciente en vacaciones? MEDICAL ECONOMICS ha hablado con los protagonistas que nos cuentan cómo es su trabajo en los meses veraniegos.

Atender a los pacientes en verano puede resultar algo habitual, agotador o excepcional. Depende del lugar. Por ejemplo, las grandes ciudades se vacían (con permiso de la crisis económica) para llenar las localidades costeras o zonas de sierra/montaña. Los pueblos incrementan su población de derecho y los aeropuertos, especialmente los de destinos eminentemente turísticos, están abarrotados. En vacaciones, cientos de miles de españoles y extranjeros se mueven, se desplazan, se asientan temporalmente en otros lares de este país. ¿Quién les atiende, médicamente hablando, si llegara el caso? MEDICAL ECONOMICS ha recabado la opinión de un grupo de profesionales que nos cuentan sus días de trabajo con los pacientes en vacaciones.

Así, Luis Barcia Albacar, director gerente del Departamento de Salud 22 (Hospital de Torrevieja, Alicante) relata cómo aumenta la demanda estacional de urgencias por la llegada masiva de turistas. Juan Gérvas, médico general rural de tres pueblos de la sierra pobre de Madrid, describe su trabajo cotidiano en julio y agosto, muy abultado por la llegada en tropel de

veraneantes. El servicio médico del Aeropuerto de Palma de Mallorca, el de mayor tráfico aéreo de España en verano, tiene instalados unos Puntos de Soporte Vital en lugares estratégicos de sus instalaciones. El director médico del Centro Médico Infanta Mercedes, de Madrid, describe cómo es para él un día laborable agosteo. Y Carmen Cancelo, médico de Atención Primaria del Centro de Salud de Brihuega (Guadalajara), comenta las dificultades de coordinación y seguimiento que tiene para atender a los urbanitas madrileños que en la época estival se instalan en ese bello pueblo de la Alcarria.

Por otro lado, el doctor Manuel Moya Mir, presidente de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias, SEMES Madrid y jefe de Sección de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, asegura que "es raro ver en agosto la saturación de los servicios de urgencias que frecuentemente se vive en invierno, pero en los meses de julio a septiembre la situación es muy parecida a la de los restantes meses con una gran sobrecarga asistencial que a veces llega a la saturación".



Los españoles se trasladan en verano a zonas de playa, montaña o incluso a otros países, donde pueden necesitar atención médica.

Aumento de la demanda estacional de urgencias en Torrevieja (Alicante)

Luis Barcia Albacar, director gerente del Departamento de Salud 22 (Hospital de Torrevieja, Alicante).

Cuando concebimos el hospital para el Departamento de Salud Torrevieja, que abarca los municipios costeros desde Guardamar de Segura hasta Pilar de la Horadada, nos encontramos con el dilema de una población caracterizada por una drástica movilidad, que triplica en época estival su media de habitantes hasta casi los 600.000. Por ello las urgencias cobran en nuestro departamento un protagonismo especial donde, para evitar los tradicionales colapsos de los hospitales costeros, tuvimos que idear una estrategia sustentada en una mayor oferta de servicios a la población, apoyándonos en los recursos humanos y tecnológicos que lo hacen posible.

centros de salud y otros dos abiertos de 9 a 21 horas; diseminados por todo el departamento y que están adaptados para resolver el 90 por ciento de las patologías urgentes que se atienden en el área.

La modalidad de trabajo era tan importante como los recursos; teníamos un solo hospital y dos poblaciones radicalmente diferentes. De ahí nace el concepto "departamento de verano y de invierno". Durante gran parte del año centramos todos nuestros esfuerzos en realizar actividad programada quirúrgica, lo que supone la utilización intensiva de quirófanos, hospitalización, pruebas diagnósticas y consultas de especialistas, alcanzando las 20.000 intervenciones anuales, en once quirófanos y 260 habitaciones individuales.

Pero con la llegada del turismo transformamos el departamento y durante parte de julio y agosto, ciertas patologías quirúrgicas programadas reducen su actividad, permitiendo reservar recursos para la asistencia urgente, que al igual que la población, se duplican hasta cotas de 9.000 casos diarios en toda el área (datos de agosto de 2008), frente a una media en temporada baja de 3.200. A pesar de la metodología de trabajo, los recursos humanos, tecnológicos y logísticos, percibimos que aún debíamos ofrecer más a nuestra población para evitar el colapso hospitalario en verano; cómo es tradicional, los pacientes acudían al hospital antes que a los centros de salud, cualquiera fuera su gravedad.

Frente a este problema, decidimos aumentar los recursos en Atención Primaria y gracias a contar con el sistema Florence, que no sólo es historia clínica sino un instrumento de gestión, pusimos en marcha el servicio de SMS con la palabra Urgencias al 5013, por el cual los pacientes obtienen información instantánea sobre el tiempo de espera para ser atendidos en las diferentes puertas de urgencia del departamento. Actualmente casi la totalidad de los casos leves son atendidos en los PAC, mientras que al hospital sólo llega un 2 por ciento del total de urgencias (de un 30 por ciento al momento de la apertura). Gracias a estas medidas centramos el trabajo de los profesionales y los recursos, en la resolución de los casos más complejos con mayor eficiencia. ■

"Durante parte de julio y agosto, ciertas patologías quirúrgicas programadas reducen su actividad, permitiendo reservar recursos para las urgencias"



Luis Barcia Albacar.

Desde la propia infraestructura del Servicio de Urgencias del Hospital de Torrevieja, adaptada a los repuntes de la demanda asistencial con 28 facultativos, turnos solapados para la mayor cobertura en horarios punta; 3.000m² construidos con 30 boxes de exploración y tratamiento y 38 camas de observación para adultos y 14 infantiles, etc.; sumamos la asistencia urgente de los Puntos de Atención Continuada 24 horas. (PAC) en seis



Las zonas de playa son las que más veraneantes acogen, y por tanto, aumentan los pacientes de esas áreas.

El punto de soporte vital, una herramienta fundamental para el servicio médico del aeropuerto

Roberto Llamas Bernabeu, jefe de la División de Servicios Aeroportuarios de Palma de Mallorca.

El principal objetivo del servicio médico del aeropuerto de Palma de Mallorca, —el aeropuerto con más tráfico aéreo durante el verano en nuestro país— es el de prestar los primeros auxilios a los usuarios de las instalaciones aeroportuarias, desde urgencias con compromiso vital, muy graves, a urgencias menores.

Una de las actuaciones más frecuentes es la parada cardio-respiratoria, donde el factor tiempo es fundamental. Se estima que el tiempo máximo para la aplicación de una reanimación cardiopulmonar sea efectiva debe ser como máximo de cuatro minutos. De hecho se estima que por cada minuto de retraso en la aplicación de la desfibrilación la supervivencia de la víctima disminuye entre un 7 y un 10 por ciento.

Teniendo en cuenta la gran superficie a cubrir por el Servicio Médico de Urgencia en el Aeropuerto de Palma de Mallorca y la necesidad de reducir el factor decisivo que en estos casos supone el tiempo de respuesta, el aeropuerto instaló en 2005 unos Puntos de Soporte Vital (PSV) en lugares estratégicos de sus instalaciones, intentando acortar la carrera contrarreloj que se inicia cuando existe una parada cardio-respiratoria, aumentando las posibilidades de salvar la vida del paciente.

Los Puntos de Soporte Vital contienen un desfibrilador semiautomático y un equipo de oxigenoterapia. En estos momentos el aeropuerto

de Palma de Mallorca cuenta con siete de estos equipos.

El procedimiento de emergencia se pone en marcha en cuanto una de las puertas de estos PSV se abre, al dispararse un doble sistema de alarma: una alarma local sonora y visual y otra que se activa a través de los sensores instalados en las puertas, que al abrirse envían una doble señal al departamento de seguridad y al servicio médico de urgencias.

La señal de alarma sobre los teléfonos de estos dos colectivos significa la activación de la emergencia sanitaria, aplicando el servicio médico el protocolo de urgencia médica grave en

“El principal objetivo del servicio médico del aeropuerto de Palma de Mallorca es el de prestar los primeros auxilios a los usuarios de las instalaciones”



Roberto Llamas.

terminal y poniéndose en marcha la parte del protocolo que corresponde a cada colectivo.

Los desfibriladores semiautomáticos son equipos que han cobrado interés en los últimos años, pues pueden ser utilizados por las primeras personas que acudan a socorrer a la víctima y que previamente posean unas nociones de atención en primeros auxilios. ■

Asistencia médica en la zona rural en los meses de verano

Carmen Cancelo Hidalgo, médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Brihuega (Guadalajara).

La actividad cotidiana del largo invierno en el centro de salud se ve totalmente alterada en los meses de verano principalmente los de julio y agosto, ya que en la mayoría de los pueblos de esta provincia la población se multiplica por dos o por tres, a base de población urbana procedente sobre todo de Madrid y sus ciudades satélites. Trabajo en la misma zona de salud desde hace largo tiempo y

he podido observar los cambios en el perfil vacacional a lo largo de los años. Inicialmente los veraneantes eran los que habían emigrado a la ciudad en los años 60 y 70, permaneciendo en el pueblo los padres ya mayores y jubilados en su mayoría. Era frecuente dejar a los niños con los abuelos todo el verano acudiendo los padres durante los períodos de vacaciones laborales. Esto conllevaba, —y sigue sucediendo

aunque en menor medida—, consultas pediátricas más frecuentes de lo habitual, con gran cantidad de casos de infecciones gastrointes-



Carmen Cancelo.

“Trabajo en la misma zona de salud desde hace largo tiempo y he podido observar los cambios en el perfil vacacional a lo largo de los años”

tinuales, respiratorias y traumatismos, que generan gran angustia y estrés a los abuelos cuidadores. Asimismo sucede con otros problemas específicos de los adultos “urbanitas”, que realizan en la zona rural actividades no habituales con una elevada tasa de accidentes y traumatismos. La albañilería, la carpintería, el retejado, la bicicleta o moto y el corte del jamón se llevan la palma.



Las zonas rurales duplican su población durante los meses de verano, con el consiguiente desplazamiento médico de esos pacientes.

En los años 80 y gran parte de los 90, debido al elevado nivel de desempleo, era habitual que de las huertas y de las pensiones de los abuelos saliera el sustento para más de una familia. Pudimos observar situaciones realmente graves, suavizadas por la entrega de abuelos ejemplares que en muchos casos vieron mermada su salud física y psíquica.

En los años siguientes esta problemática disminuyó y estos hijos del pueblo cambiaron su veraneo rural por estancias en la playa que compartían con visitas a los abuelos cada vez más cortas, por lo que las consultas disminuyeron algo, pero siempre más intensas que en el invierno.

Cuando estos emigrantes se jubilaban volvían a sus raíces, estando seis meses en el pueblo y otros tantos en la ciudad. Constituyen un importante grupo de pacientes desplazados de larga estancia que mantienen su adscripción a centros médicos de otras provincias, con las consiguientes dificultades de coordinación y seguimiento de sus patologías crónicas, suponiendo un mayor uso de servicios que frecuentemente ponen en un aprieto a los recursos locales.

El medio rural constituye un medio ideal para el ejercicio de la medicina general/de familia. La relación de confianza que se establece entre el médico y la población y la integración de aquél en la comunidad favorecen todas y cada una de las funciones que se atribuyen a la Atención Primaria. Es necesario un mayor contacto de estudiantes y residentes con la medicina rural para descubrir sus múltiples atractivos y deshacerse de temores infundados. ■

Impacto de los veraneantes en la sierra de Madrid en el trabajo clínico de un médico general

Juan Gervas, médico general rural. Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid).

Durante el invierno el trabajo clínico en la montaña tiene las características típicas de la época, tanto en la morbilidad atendida (más patología infecciosa respiratoria que en verano y más fracturas por caídas por el hielo, por ejemplo) como por la climatología (nieve abundante en el invierno 2008-2009, por ejemplo, y menos horas de luz natural, en cualquier caso). La población se mantiene estable

y se refleja en el censo. Si los pueblos están “vivos”, como los tres del firmante, pocos son los ancianos que se van a la ciudad a pasar el invierno con los hijos. El trabajo clínico transcurre con su rutina de consultas en el despacho y de visitas a domicilio.

En cuanto mejora el tiempo aparecen los veraneantes; es decir, aquellos que tienen casa y pasan la mayor parte del año en el pueblo, pero

mantienen su médico de cabecera “oficial” en la ciudad. Cuando dan las vacaciones escolares se suman las familias que prefieren pasarlas en los pueblos, en casa propia, o de los abuelos, o alquiladas. Por último, en julio y agosto aparecen los turistas, aquellos que vienen a los pueblos por unos días, para disfrutar del buen clima y de valles, bosques y montañas. En total la población se triplica, de unos mil en invierno a unos tres mil en verano.

En la práctica, el trabajo se incrementa y llega a doblarse en julio y agosto. De la atención a unas treinta consultas en el despacho y una visita domiciliaria diaria en los meses de invierno, a una media de sesenta pacientes en consulta y dos visitas domiciliarias. Ello supone doblar el tiempo de atención, y en muchos casos terminar fuera del horario oficial. El aumento del trabajo clínico tiene mucho peso, pues son pacientes poco o nada conocidos, y hay que revisar la historia entera en el primer encuentro. En todos los casos hago una pequeña ficha de

la atención, que nunca destruyo. A los pacientes les asombra que “recuerdes” una sola consulta suya de hace años. Muchos quieren una

“En julio y agosto la población se triplica, de unos mil en invierno a unos tres mil en verano. En la práctica, el trabajo se incrementa y llega a doblarse”



Juan Gervas.

“segunda opinión”, y vienen con fe a oír lo que dices; otros vienen a que se les resuelvan directamente los problemas que en el pueblo se tratan sobre la marcha, como los nevos con cirugía menor. Otros, por el contrario, pretenden “enseñar” el uso apropiado de la consulta, al estilo de lo que se hace en Madrid, en la ciudad. A todos ellos les atiendo con amabilidad y calidez, y con todos logro establecer un vínculo que permite el trabajo con calidad. Pero es un sobreesfuerzo brutal. ■

Un día de agosto en la consulta

Ildelfonso García Martín, director médico del Centro Médico Infanta Mercedes (Madrid).

Es un día laborable cualquiera del mes de agosto. En la sala de espera se respira más tranquilidad de la habitual. Hay varios médicos de vacaciones y por supuesto muchos pacientes también y el agobio habitual de las primeras horas de la mañana baja muchos enteros en este mes. Lejos de pensar que sea un fastidio tener que trabajar o quedarse en Madrid son cada vez más lo profesionales, y población en general, que decide quedarse y reubicar su ocio en otros meses del verano o del año. Se conduce mejor, se llega antes, las esperas se reducen, al menos donde no está cerrado, que es el mayor inconveniente. Todo ello se refleja en una cierta distensión en el ambiente que humaniza el habitual estrés madrileño, casi un signo de identidad que nos delata cuando salimos fuera de la capital.

La consulta estará no obstante animada. Tal vez la agenda no esté completa el día de antes, como sucede el resto del año, pero seguro que se llenará sobre la marcha. Aunque muchos pacientes están fuera somos menos médicos atendiendo y lo uno compensa a lo otro y al final del mes las diferencias serán mucho menores de lo esperado. A ello contribuirá sin duda un vo-

lumen de pacientes, vamos a llamarlos aleatorios, que sin ser habituales del centro médico, lo han localizado al encontrar cerrados sus cen-

“El verano es una buena oportunidad para ver nuevos pacientes, algunos de los cuales tal vez continúen con nosotros tras el periplo estival”



Ildelfonso García.

tros de referencia. En este grupo incluimos también un pequeño porcentaje de población en tránsito, turistas españoles o extranjeros que se ven en la necesidad coyuntural de recibir asistencia médica fuera de su residencia habitual. Es una buena oportunidad para ver nuevos pacientes, algunos de los cuales tal vez continúen con nosotros tras el periplo estival. Es en cualquier caso un punto de frescura en la agenda rutinaria que se agradece.

En la consulta veremos un poco de todo, pero no tan polarizado como el resto del año por los procesos agudos respiratorios, aunque se verán (cada vez más) inflamaciones de vías altas y medias por los aires acondicionados, omnipresen-

tes ya en nuestras vidas. Frecuentes serán también las otitis de piscinas y las cistitis en mujeres jóvenes de este mismo origen. Los cólicos nefríticos también tendrán un repunte estadístico (la deshidratación relativa por la transpiración influye mucho) y por supuesto los trastornos digestivos a consecuencia de viajes y cambios de

hábitos alimentarios. Picaduras, quemaduras solares y otras dermatosis, que tal vez eran previas pero que se detectan al aligerar las ropas, completan el abanico de patologías veraniegas.

Y por supuesto mucho de lo de siempre, recetas, tensiones, controles analíticos regulares, etc. ■

El verano en los servicios de urgencias de los hospitales madrileños

Manuel S. Moya Mir, presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, SEMES-Madrid. Jefe de Sección de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid).

Aunque el número de habitantes disminuye en la Comunidad de Madrid durante la temporada estival, la situación de los servicios de urgencias de los hospitales (SUH) madrileños no mejora de forma significativa en estos meses. Ciertamente es raro ver en agosto la saturación de los servicios de urgencias que frecuentemente se vive en invierno, pero en los meses de julio a septiembre la situación

2. Ante las vacaciones del personal, las direcciones de muchos hospitales madrileños deciden cerrar plantas de hospitalización con lo que el hospital tiene menos camas disponibles y el enfermo que necesita ingreso permanece largo tiempo a la espera de la cama solicitada con la consiguiente sobrecarga para el personal de urgencias. Siempre hemos dicho que el problema de los servicios de urgencias no depende tanto del número de enfermos que llegan, como de la velocidad de salida.

3. En verano comienzan su formación los médicos residentes con lo que parte de la atención a los pacientes se lleva a cabo por médicos inexpertos que prolongan la duración de los actos médicos al ser necesaria una continua supervisión por parte de médicos más expertos.

4. La creciente dificultad de encontrar sustitutos para los médicos que están de vacaciones. Ello se debe a la falta de incentivos profesionales para el médico de urgencias al no existir una especialidad de Medicina de Urgencias. Esto hace que el trabajo realizado en urgencias por un especialista no le aporte ningún mérito a su carrera profesional por lo que frecuentemente se rechazan ofertas de trabajo en urgencias. A ello se suma la precariedad laboral con ofertas de contratos de muy corta duración. Este año la situación será peor porque es el primer año sin nuevos médicos de Medicina de Familia, al prolongarse un año el período de residencia.

En la Comunidad de Madrid, por otra parte, se presenta la temporada estival con una gran incertidumbre sobre la influencia que los nuevos hospitales puedan tener en la mejoría o empeoramiento de la situación, ya que éste es el primer verano con los ocho hospitales a "casi" pleno rendimiento. ■

"El número de urgencias no disminuye en verano y, el número de urgencias atendidas en el mes de julio sólo es superado en los meses de enero y marzo"



Manuel S. Moya Mir.

es muy parecida al resto del año con una gran sobrecarga asistencial que a veces llega a la saturación. Ello es debido a la coexistencia de varios factores:

1. El número de urgencias no disminuye en los meses de verano y, el número de urgencias atendidas en el mes de julio sólo es superado en los meses de enero y marzo.



La situación de los servicios de urgencias de los hospitales madrileños no mejora durante los meses veraniegos.

Tú y , el mejor equipo

para una

Jubilación Olímpica

La mejor combinación para cada edad y situación

PIAS GARANTÍA

Asegura una Renta Vitalicia con el mejor tratamiento fiscal ①

2,42% interés garantizado + 90% de los beneficios que excedan

Plan Individual de Ahorro Sistemático

PIAS INVERSIÓN

Obtenga una Renta Vitalicia con el mejor tratamiento fiscal ①

Vincula sus aportaciones a diez Fondos de Inversión a elección.

Plan Individual de Ahorro Sistemático

PSN RENTABILIDAD CRECIENTE PPA

Garantizado ②

Con el Plan de Previsión Asegurado PSN, su jubilación siempre gana.

Beneficios Asegurados

PLAN INDIVIDUAL DE PENSIONES

Rentabilidad/Riesgo: ②

Medio-Alto

Peso/Perfil:

Hasta 40 años	40 a 60%
De 40-50 años	30 a 40%
De 50-60 años	15 a 25%
Más de 60 años	0 a 20%

Para emprendedores

PLAN ASOCIADO DE PENSIONES

Rentabilidad/Riesgo: ②

Medio-Bajo

Peso/Perfil:

Hasta 40 años	10 a 25%
De 40-50 años	20 a 30%
De 50-60 años	30 a 40%
Más de 60 años	40 a 60%

Para prudentes



1* Los rendimientos de los PIAS son libres de impuestos, cumpliendo los requisitos de la Ley IRPF 35/2006

2* PPA y Planes de Pensiones deducibles en IRPF, en condiciones delimitadas por Ley IRPF 35/2006

Solicite más información
a su Asesor PSN o en el 902 100 062


PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL



Sin descanso

Los residentes en Estados Unidos afrontan jornadas de trabajo cada vez más largas, lo que podría ser causa de un problema en el futuro. En España, la situación según Alejandro Prada, presidente de AMIRCAM, no es mucho mejor. Los residentes pueden llegar a trabajar 24 horas seguidas.

Por Patricia I. Carney/Alejandro Prada

Según me acercaba al cruce, sé que vi que el semáforo se ponía en rojo. Tardé un segundo, sin embargo, en darme cuenta de que mi pie no había reaccionado. Rápidamente, pisé el freno y paré antes de que mi coche entrara en el cruce.

Mientras estaba parado enfrente del semáforo, comprendí que era un conductor mermado. Irónico. Yo soy de los que se niegan a ponerse detrás del volante si me he tomado un vaso de vino. Soy de los que no hablan por el móvil cuando voy conduciendo porque creo que es una distracción inaceptable. Soy un conductor que, tras 34 años, nunca ha sido parado por la policía por una infracción en marcha. Y con todo, en ese momento supe que era un conductor mermado. Conduje hasta mi casa esa ma-

ñana, recogí el correo, abrí la puerta y caí exhausto sobre la cama. Había terminado mi último turno de treinta horas en el hospital.

Como director asociado para dos programas de residencia de ginecología diferentes, había sido el responsable de que los residentes no infringieran ninguna de las limitaciones de sus turnos de trabajo.

Había dado la charla obligatoria sobre la “fatiga del residente” y de los peligros que representa para los pacientes y para uno mismo.

Por desgracia, al igual que la mayoría de mis colegas que se formaron en la época de la semana de trabajo de más de cien horas, yo había aprendido a llevar mi fatiga y mi falta de sueño como una señal de honor. Sobreviví al rigor de mi formación y ello me hizo ser mejor médico.

“Los tutores tienen su propio trabajo, sus pacientes que ver, sus horas de formación, etc. y no tienen apenas tiempo de reunirse con nosotros. Creo que en cada servicio deberían tener claras las prioridades para que las tareas de ambos, tutor y residente, se puedan compaginar mejor”



Alejandro Prada.

¡Incluso comencé mi residencia con un bebé de nueve meses! Todas las semanas, uno de mis compañeros comenta: ¡Los residentes de ahora están mimados! ¿Cómo van a enfrentarse a las realidades de la profesión?

¿Sueño o pesadilla?

Para aquellos médicos fuera de la medicina académica, el concepto de “limitaciones de las horas de trabajo” les sonará a un sueño que se convierte en realidad o a pesadilla. O tal vez un poco de ambas cosas. A partir de julio de 2003 los residentes en EEUU no podían estar de guardia más de 80 horas a la semana. Sus turnos no pueden durar más de 24 horas seguidas, pero tienen uno adicional de seis horas para asistir a charlas o a la clínica (el horario de 24+6). Deben tener diez horas libres entre los turnos y 24 horas sin tener que ir al hospital cada semana.

Una vez que los residentes alcanzan sus límites de hora, se espera que abandonen el hospital. Esto significa que en una noche cualquiera hay menos residentes disponibles para cubrir servicios activos. Los Comités de Revisión de Residencia se muestran bastante serios acerca de la aplicación de esas regulaciones.

¿La fatiga conduce al deterioro de calidad en la asistencia? Según un artículo del *Journal of the American Medical Association* (2005;294:1025), diecisiete horas seguidas de insomnio son iguales a un nivel de 0,05 grados de alcohol en sangre. Un estudio descubrió que veinticuatro horas de trabajo continuo equivalen a un nivel de 0,01 grados de alcohol en sangre, lo que se incluye dentro de la legalidad en todos los estados de EEUU. Otro demostró que los internos con una jornada laboral reducida a 63 horas a la semana, con un límite mínimo de dieciséis horas entre cada turno, cometen un 36 por ciento menos de errores médicos graves que los internos que trabajan las actuales 80 horas estándar, con los aceptables turnos de 24+6 horas.

Hace mucho tiempo que otras industrias se comprometieron a reducir las horas de trabajo para determinados profesionales. En más de una ocasión he tenido que esperar en un aeropuer-

to porque la tripulación de mi vuelo estaba cerca del límite de su jornada y una nueva tripulación tenía que sustituirla (el tiempo máximo de vuelo para un piloto es de dieciséis horas al día). Pero nosotros somos diferentes. Por algún motivo, estos datos no se aplican a aquellos de nosotros que ya han sido endurecidos por el sistema antiguo. La medicina basada en las pruebas se aplica a todo excepto a aquellas áreas que amenazan nuestro sentido de la invencibilidad.

Uno de los hechos que a menudo se ignoran es que los residentes a veces no cuentan con una supervisión médica adecuada. Como tutor docente, yo estoy presente en todos los partos. Tomo parte en todas las decisiones. No puedo dejar el hospital, y pasan muchas noches sin que tenga un respiro.

¿Quién está cansado ahora?

Cuando el residente tiene que asistir a charlas o ha superado su límite de horas semanales y debe irse a casa, ¿quién atiende a los pacientes? Nosotros. Uno de los efectos inesperados de los límites en las horas de trabajo de los residentes es que sus tutores se ocupan cada vez más del cuidado de los pacientes. Estamos añadiendo horas más y más largas y cada vez menos tiempo dedicado a la enseñanza. Como último recurso de defensa ante las malas decisiones médicas, ahora nosotros estamos más cansados que los residentes a los que supervisamos.

¿Cómo solucionamos este problema? ¿Que los residentes vuelvan a los turnos de 36 horas y las más de 120 horas de trabajo semanales para que nosotros podamos dormir? Por supuesto que no. La mayor ironía es que con el actual límite de horas de guardia, los residentes que atendieron a Libby Zion estarían bien dentro de los requisitos del programa. Incluso con las normas actuales, no se ha tratado verdaderamente el cansancio de los residentes. Contrastemos esto con lo que ocurre en países de la Unión Europea, donde en 2009 los residentes médicos tienen un límite de 48 horas de trabajo como máximo.

Según Alejandro Prada, presidente de la Asociación Española de Médicos Internos de la Comunidad de Madrid, y R4 de Reumatología en

Como médicos, debemos dejar de tomarnos el pelo a nosotros mismos. Necesitamos encontrar soluciones reales para problemas muy reales. ¿Cómo tratar una escasez muy grave de médicos? ¿De dónde vendrá la financiación?



Patricia I. Carney, MD

el Hospital madrileño Puerta de Hierro, la situación en nuestro país no es mucho mejor que en Estados Unidos. Los residentes españoles pueden pasar trabajando más de 24 horas seguidas por política de servicio. “Es algo que ocurre, quizá no se da a conocer demasiado, pero ocurre. Aunque ahora tenemos armas legales, existe ya un real decreto que dice que tenemos derecho a libranzas”.

En cuanto al contacto con los tutores, Alejandro Prada asegura que “tienen poco o ningún trato con nosotros”. “Es triste pero es así. Los tutores tienen su propio trabajo, sus pacientes que ver, sus horas de formación, etc. y no tienen apenas tiempo de reunirse con nosotros. Creo que en cada servicio deberían tener claras las prioridades para que las tareas de ambos, tutor y residente, se puedan compatibilizar y sacar más tiempo en la jornada laboral”.

En cuanto al tema de la formación, los residentes españoles creen que la profesión médica española debería preguntarse qué tipo de médico estamos formando en España. “Con el Plan Bolonia de aplicación inmediata en las universidades españolas, tenemos una oportunidad histórica de intentar mejorar la formación del residente, de darle herramientas prácticas en la universidad, y en definitiva, de copiar las cosas que se hacen excelentemente en otros países europeos. Tenemos ejemplos claros en Reino Unido y Alemania, lugares donde los estudios de Medicina se basan mucho más en la práctica, e incluso existe formación de enfermería (nosotros en España la buscamos por nuestra cuenta) y el concepto de médico interno (donde el residente es parte del hospital por un día)”.

Además, muchos médicos no creen que su falta de sueño sea un problema. Recientemente acudí a una conferencia que, irónicamente, se centró en el bienestar psicológico de nuestros pacientes y de nosotros mismos. Yo discutía las limitaciones de las horas de trabajo para los médicos con una ginecóloga con consulta privada, que se formó en mi época. Su desdén por el concepto estaba bastante claro. Afirmaba que mientras las madres puedan seguir levantándose a

cualquier hora de la noche para cuidar a sus bebés y continuar funcionando, ¡entonces los médicos también! Sinceramente, estoy un poco nervioso por la reacción que tendrán muchos médicos por mi postura en este tema. Muchos sostienen que las limitaciones de las horas de trabajo no deberían existir. Hay parte de razón en el argumento que afirma que dichas limitaciones crean médicos con una “mentalidad de turnos” y tienen un efecto negativo en la asistencia al paciente.

¿Hace que los médicos sean mejores?

Las enfermedades no encajan en los días de 13 horas. Los errores tienen lugar cuando el paciente no está siendo intervenido, y más turnos suponen más ratos sin intervención. Aún más importante: incluso aquellos que de verdad creen que disminuir las horas de trabajo de los médicos mejorará la seguridad de la asistencia deberán coincidir en que simplemente no tenemos la mano de obra para llevar a cabo este cambio en el futuro cercano. En nuestra primera tentativa, rebajar las horas de guardia para un grupo de médicos (residentes) sólo pasó la carga a otro grupo (sus supervisores).

Este es un asunto que no podemos seguir ignorando. Como médicos, debemos dejar de tomarnos el pelo a nosotros mismos. Necesitamos encontrar soluciones reales para problemas muy reales. ¿Cómo tratar una escasez muy grave de médicos? ¿De dónde vendrá la financiación?

Cuando estoy en carretera, quiero saber si el conductor del camión del carril junto al mío ha pasado las últimas 24 horas despierto (él, de hecho, en EEUU tiene un límite de trece horas de conducción fijado en 2003; hasta catorce horas incluyendo las obligaciones fuera del volante). Cuando mi paciente llega al hospital para su histerectomía de las nueve, merece la misma consideración. La limitación de las horas de trabajo de un residente no ha acabado con el problema: ha creado otros nuevos. Entretanto, este sábado tengo guardia de 24 horas. Les aconsejo que tengan cuidado con un BMW X5 rojo si salen a la calle el domingo por la mañana. ■



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.medeco.es

donde encontrará información adicional sobre este curso.



1ª Convocatoria

Becas Novartis de Investigación Academia de la Renina

Condiciones de la beca:

La Sociedad Española de Farmacología a través de la Academia de la Renina otorgará 4 becas de investigación para facilitar la realización de proyectos de investigación básicos o clínicos. Éstos deberán ser originales e inéditos y tratar sobre la investigación en el campo de la Inhibición del Sistema Renina.

La dotación económica será de 34.000 euros por beca, que deberán abonarse a la Universidad o Centro de Investigación al que esté adscrito el receptor de la beca.

Requisitos del candidato:

- 1.** Ser investigadores de carácter preclínico (investigación básica orientada a la obtención de conocimiento con aplicación clínica) y clínico (investigación en humanos).
- 2.** Que desarrollen su actividad en España, en centros sanitarios y/o centros de investigación, públicos o privados.

Los trabajos presentados serán evaluados por un jurado formado por miembros de las diversas sociedades científicas pertenecientes a la Academia de la Renina.

Para más información, bases y formularios:

www.academiadelarenina.com



Innovando en hipertensión y diabetes



Sociedad Española de Farmacología

Cómo recuperar la MAGIA

Un médico “quemado” de la profesión recupera la pasión como jubilado voluntario con pacientes terminales.

Por David Baldwin

En 1972, abrí mi propia consulta en Essex, un pequeño pueblo de Connecticut. Durante los quince o veinte años siguientes, el ejercicio de la medicina fue como siempre había soñado que sería. Pasaba mucho tiempo en el hospital atendiendo a los pacientes, realizando punciones lumbares y aspiraciones de médula espinal, y otros procedimientos que los internistas no acostumbran a llevar a cabo hoy en día. También enseñaba y colaboraba con comités. Era el paraíso.

La consulta me proporcionaba retos en cuanto a los diagnósticos y las terapias, una mejor interacción con los pacientes, el respeto de los compañeros de profesión e ingresos suficientes. Leía publicaciones médicas, asistía a reuniones y presentaba artículos para su publicación. A veces remitía mis pacientes a otros profesionales, pero descubrí que podía resolver la mayoría de sus problemas yo solo. En aquel entonces, los pacientes tenían un médico, no seis o siete. Les llamaba a casa. Eran agradables y todo merecía la pena.

Yo era feliz y estaba entusiasmado con mi empleo. “¡Seguiré trabajando como médico hasta que me desplome!”, le dije una vez a mi esposa. Entonces llegaron los cambios que me amargaron: la ad-

ministración de los seguros de salud, los rechazos de las denuncias de Medicare, la introducción de complicados y confusos sistemas de codificación, la revisión del uso de los servicios médicos, el aumento del papeleo, menos tiempo para el paciente, las exigencias poco razonables por parte de los pacientes y de sus familiares y el aumento de los gastos generales unido al descenso de los ingresos.

El momento decisivo

Otros especialistas asumieron el cuidado de los pacientes a los que antes me sentía cómodo tratando. El número de ingresos en el hospital disminuyó, de manera que no merecía la pena mantener una consulta en el hospital. Acabé ocupándome de los pacientes “hipocondríacos” (con problemas insignificantes), rellenando los formularios de referido y peleándome con las empresas aseguradoras para justificar las pruebas de diagnóstico necesarias. Parecía que no estaba haciendo nada productivo. Mi sueño de la infancia de convertirme en médico se había convertido en una pesadilla. Y entonces llegó el juicio por negligencia profesional. Perdí. No había excusa; fallé a la hora de hacer un diagnóstico temprano de cáncer.

Las peores experiencias de mi vida han sido las muertes de mi padre, mi madre, mi hermano, mi sobrino y aquel juicio por negligencia profesional. Hay que pasar por algo así para conocer el efecto que causan en alguien.

Mi insatisfacción se transformó en frustración, luego en ira hacia mis empleados, mis compañeros, y lo peor de todo, hacia mis pacientes. Era intolerante, irritable, simplemente desagradable. Echaba a los pacientes de mi consulta por pequeñas cosas, como el incumplimiento en la toma de medicamentos o el fracaso a la hora de someterse a las pruebas de diagnóstico que yo había ordenado. Los ingresos se convirtieron en una prioridad cuando jamás lo habían sido.

Hice cambios: reduje mis obligaciones con el hospital, me tomé más tiempo libre, me apunté a cursos universitarios no sanitarios, viajé y busqué nuevas aficiones. Todo esto me ayudó un poco, pero no me hizo más feliz como médico.

Recuperé algo de mi antiguo entusiasmo cuando mi hijo se unió a mí en la consulta. Nos llevábamos genial, tanto profesional como personalmente. Aprendí de él y él de mí. Pero después de cinco años, ese lazo ya no era sufi-

ciente para que las cosas fueran bien. El entusiasmo, la pasión y la compasión habían desaparecido. Me jubilé a los 62 años. Tres meses más tarde, mi mejor amigo y paciente, Jeff, murió en una unidad terminal. Tenía cáncer de cerebro metastático. Yo lo cuidé durante su enfermedad. Fue mi último paciente y, en ese momento, el único. La considerable atención médica y personal que le dediqué a Jeff, las innumerables llamadas a



casa, las conversaciones con él y con su familia, me hicieron sentir como un médico de verdad otra vez. Yo estaba junto a su cama cuando tomó su último aliento en la unidad terminal.

Encontrar la alegría

Jeff me dejó con un regalo: permitirme ayudarlo y estar junto a él al final de su vida. Durante ese tiempo, observé el cuidado compasivo y tierno con el que el equipo de la residencia para enfermos terminales le trataba. Pensé en convertirme en voluntario. Lo hice un año después.

Tras tres meses de preparación, elegí trabajar como voluntario a jornada completa en los hogares de los pacientes terminales y como suplente en la unidad terminal.

Allí colaboré con la atención a los pacientes: darles la vuelta, bañarlos, darles de comer, acompañarlos al baño y acicalarlos. La enfermera es la jefa, y yo hago lo que me pide. También preparo café, lavo los platos, riego las flores, contesto los teléfonos, hago los recados y la colada (cuando mi esposa se enteró, me dijo: “¡Haces la colada!”).

En la unidad, Bob quería jugar al ajedrez. Y yo jugué con él. Anthony quería afeitarse. Yo le ayudé. Betty quería fumarse un cigarrillo, así que la ayudé a subirse a la silla de ruedas y la llevé hasta fuera. Daniel quería maldecir su débil salud, y yo le escuché en silencio.

Mike sólo quería una ducha, así que le ayudé a darse una, empapándome en el proceso. Cuando esta experiencia traumática se acabó, me dio las gracias y dijo, “Ha sido la mejor ducha de mi vida”. Resultó ser la última.

Una noche de domingo, llegué a la unidad y una enfermera se dirigió a mí.

“Trabajar como voluntario no siempre resulta fácil, pero la recompensa personal puede ser enorme”

“¿Podría sentarse con la paciente de la 707, por favor?” me preguntó. “Probablemente morirá en una hora o dos. No tiene familiares.”

“Encantado,” respondí.

Entré en la habitación 707, me senté, y cogí la mano fría y flácida de la paciente. Ella no respondía; miraba fijamente al vacío sin parpadear. Estaba sudando, respiraba rápidamente, gimiendo y quejándose. Deseé que no estuviera sufriendo. Le puse una toalla fría sobre la cabeza, encendí un ventilador, froté sus labios con un paño húmedo y le acaricié la cabeza. Ella siguió luchando.

Sin saber muy bien qué hacer, le hablé: “Está bien. Ya puedes irte. Has luchado valientemente. Puedes irte a un lugar más agradable donde no existe el sufrimiento. Dios te cuidará”. No sé si en verdad hay un Dios, pero en ese momento deseé que así fuera. Entonces, sin saber por qué, comencé a recitar el salmo vigésimo tercero. Cuando llegué a la parte que dice: “Él me hizo echarme en aguas en calma”, la respiración de la paciente se hizo más lenta y luego se detuvo. A tientas, le tomé el pulso. No había. Estaba muerta. Había sido un privilegio estar con ella cuando falleció. Me sentí bien sabiendo que no había muerto

sola. El cuidado a domicilio ofrece su propia forma de satisfacción. Uno de los pacientes externos que me fueron asignados tenía 92 años y era un cardiólogo jubilado que sufría cáncer de próstata y demencia. Había sido un hombre brillante, que leía a Shakespeare y a Platón, que había construido un velero y que había ensartado delicadamente catéteres a través de las arterias hasta los corazones de sus pacientes. Ahora, no era capaz de recordar lo que había desayunado.

Me lo llevaba de paseo, jugaba con él al ajedrez (le dejaba ganar), escribía sus memorias, le leía, escuchábamos música

y a veces simplemente me sentaba en silencio junto a su cama mientras él se echaba la siesta. Nos hicimos buenos amigos.

Las visitas ya no eran una tarea, sino un placer que esperaba con ganas. No me avergüenza decir que lloré cuando murió. Aún hoy le echo de menos.

Hay momentos en los que siento que mis contribuciones como voluntario son mínimas: dar de comer a un paciente que no puede hacerlo solo, coger una mano, escuchar, leer para un paciente en coma. Tal vez sea así, pero me proporcionan una sensación de valía y satisfacción que no encontré en mis últimos años como médico.

Soy un hombre afortunado. Experimenté la alegría y la satisfacción de ejercer la medicina, antes la profesión más grande. Ahora tengo la oportunidad de experimentar algo igual de maravilloso, a veces incluso más. “Trabajar como voluntario no siempre resulta fácil, pero la recompensa personal puede ser enorme”, leí una vez en un boletín de la residencia para enfermos terminales. “La satisfacción que se siente al saber que estás marcando una diferencia en la vida de un paciente o una familia hace que el voluntariado con enfermos terminales sea especial”.

Estoy de acuerdo. Creo que por poco que des como voluntario, siempre recibes mucho más a cambio. El voluntariado puede cambiarte la vida. A mí me devolvió la magia. ■

ESCÁPESE... con Medical Economics



Certamen de Artículos 2009

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

GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

PLUS

Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

🔗 **¿Quién puede participar?** Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

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

🔗 **¿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*

🔗 **Presentación de originales** El plazo de participación expira el **31 de octubre de 2009**.

Inversiones

Prefiero acciones a preferentes



Natalia Aguirre Vergara*

» Son varias las compañías cotizadas en la Bolsa española que proporcionan, a los precios actuales, una elevada rentabilidad por dividendo, superior al 6 por ciento.

» Los emisores suelen incluir una cláusula que les reserva el derecho a amortizar anticipadamente toda la emisión al nominal transcurrido un determinado número de años.

El tiempo de los depósitos pasó. Rentabilidades que hace unos pocos meses eran habituales, del orden del 6 por ciento o incluso del 7 por ciento, ya no se encuentran, algo por otra parte lógico en un escenario de tipos de interés en mínimos históricos (en el caso de Europa, los tipos de referencia del BCE se sitúan al 1 por ciento). ¿Y hacia dónde se está dirigiendo el dinero de los depósitos que vencen?

Las participaciones preferentes se han convertido en el producto financiero de moda. En los últimos meses se han emitido en España cerca de 12.000 millones de euros en este tipo de activo, que incluso se ha intentado equiparar a los depósitos bancarios. En el caso de las participaciones preferentes, hay que tener en cuenta que no tienen fecha de vencimiento (son perpetuas), el tipo de interés que ofrecen es elevado pero no garantizado, y son bastante ilíquidas, con elevada incertidumbre sobre el precio a obtener en caso de necesitar venderlas. Aunque lo más adecuado a la hora de dar una recomendación sobre un producto financiero es analizar cada emisión en profundidad, podemos decir en términos generales que la inversión en determinadas acciones de la Bolsa podría compararse muy favorablemente con la inversión en preferentes. Hablamos de acciones con elevado dividendo (y sostenible), saneada situación financiera y visibilidad en sus resultados.

Son varias las compañías cotizadas en la Bolsa española que proporcionan, a los precios actuales, una elevada rentabilidad por dividendo, superior al 6 por ciento. Aún siendo conscientes de que los dividendos no están garantizados a perpetuidad, sí es previsible que se mantengan, al menos en los próximos años, para compañías como Telefónica, Endesa o BME. Otras compañías como Abertis, REE o Enagás ofrecen menor rentabilidad por dividendo, pero los mismos no parecen correr peligro. En el caso de las preferentes es habitual la remuneración a un

tipo de interés inicial muy atractivo (en torno al 6 por ciento), para reducirse pasados un par de años (hasta Euribor + 200 ó 300 puntos básicos en los años posteriores). La percepción de la remuneración periódica por parte del inversor está condicionada, no obstante, a la obtención de beneficio distribuable y al mantenimiento de recursos propios suficientes en la entidad emisora. En caso de no percibir la remuneración en un ejercicio concreto, ésta se pierde.

En términos de liquidez es donde las preferentes son claramente perdedoras. Si el inversor se inclina por la inversión en alguna de las acciones comentadas tendrá la posibilidad de liquidar su posición en cualquier momento. Su cotización en Bolsa facilita la liquidez. Incluso en algún momento podrá obtener ganancias de capital si la cotización de las acciones es superior a su precio de compra. Por el contrario, quien adquiera participaciones preferentes podrá experimentar serios problemas en la liquidación de su posición por la falta de liquidez en el mercado secundario. Adicionalmente, será muy improbable que el inversor obtenga un beneficio en la venta de sus participaciones preferentes en el mercado.

Los emisores suelen incluir una cláusula que les reserva el derecho a amortizar anticipadamente toda la emisión al nominal transcurrido un determinado número de años. Esto sólo ocurrirá si en el futuro las condiciones de financiación del banco implican que la remuneración de las participaciones preferentes es demasiado elevada frente a las condiciones de mercado de ese momento.

En definitiva, el inversor que sea capaz de no preocuparse por las oscilaciones de las cotizaciones de las empresas cotizadas aquí mencionadas debería sopesar invertir en dichas compañías antes de materializar su inversión en participaciones preferentes. Ambas tienen riesgo, pero al menos en la inversión en acciones es posible obtener una plusvalía adicional al cobro del dividendo. ■

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

Valores del mes

Seguridad y expansión

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

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Enagás es la empresa de transporte, regasificación y almacenamiento de gas natural líder en España y es también gestor técnico del sistema gasista. Como transportista abastece de gas al mercado a tarifa y gestiona sus infraestructuras, controlando un 90 por ciento de la red de transporte, tres plantas de regasificación, además de gestionar dos almacenamientos subterráneos de gas natural, con la concesión administrativa de explotación del almacenamiento de Yela. Ofrece una interesante historia de seguridad y crecimiento anual de doble dígito en beneficios, con una atractiva retribución al accionista.

Técnicas Reunidas es un contratista general internacional que se dedica a la ingeniería y

construcción de instalaciones industriales destinadas a los negocios de petróleo y gas, refino y petroquímica, energía e infraestructuras e industrias. Posee una sólida cartera de proyectos, que asciende a 5.000 millones de euros. Un 82 por ciento de la cartera corresponde a la división de Petróleo y Gas y el restante 18 por ciento a Energía e Infraestructuras e Industrias. Asimismo, cuenta con una buena diversificación geográfica, con creciente peso en el Golfo Pérsico (36 por ciento del total), de donde vendrá el grueso de las inversiones del sector. Las positivas expectativas del sector, con necesidad de nuevas infraestructuras de gas y petróleo, deberían seguir apoyando los resultados de la compañía.

Los elegidos

Enagás. Presentó unos resultados ligeramente por debajo de lo esperado a nivel operativo en el primer trimestre, si bien deberíamos ver aceleración en próximos trimestres, en un año de menos a más para cerrar el ejercicio cumpliendo con los objetivos 2009, a pesar del difícil entorno. Creemos que el castigo por su composición accionarial ha sido excesivo. Además, la reciente venta del 5 por ciento en manos de Gas Natural es una muestra de que es posible hacer colocaciones ordenadas de paquetes de Enagás y sin descuentos importantes sobre cotización. Estamos ante una historia de crecimiento, apoyada por un marco regulatorio estable y la necesidad de fuertes inversiones en transporte de gas, y con la capacidad financiera para afrontarlas.

Técnicas Reunidas. Publicó unos buenos resultados en el primer trimestre. La cartera de pedidos alcanza 5.002 millones de euros (+8 por ciento frente a diciembre de

2008) y va por el buen camino para cumplir con el objetivo de mantenerla en niveles de 2008 al cierre de 2009. Incluso podría superar esta cifra. Cabe asimismo destacar que los márgenes se mantienen sólidos, incluso creciendo ligeramente, y que la compañía continúa presentando una sólida estructura financiera (caja neta de 689 millones de euros, un 43 por ciento de la capitalización bursátil actual). A pesar del excelente comportamiento en el año, el valor cotiza a múltiplos inferiores a la media de sus comparables. ■

Concepto	Enagás	Técnicas Reunidas
Ticker	ENG	TRE
PER 2009	11	12
Rentab. dividendo (%)	5,5	4,0
Precio actual	14,16	35,52
Precio objetivo	16	34

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 26/6/2009

Cultura

LIBROS

De fracturas varias

Seis años después de la primera edición de *Las grandes fracturas de la tierra y los huesos*, con la colaboración de Merck Serono, la obra ha vuelto a ser reeditada. Escrita por seis autores: Felix González, Carlos González, Ángel Otero, Pedro Abad, Mará Teresa Marín y Enrique Marín, la obra se estructura en cuatro capítulos. El primero de ellos, introduce al lector en la dinámica de la formación, la estructura y las distintas formas que presentan la tierra y los huesos. En los tres siguientes, la obra se convierte en una guía de los hundimientos, elevaciones y formas intermedias más conocidas del planeta y del esqueleto. El recorrido está ampliamente ilustrado por fotografías y radiografías, y ofrece la visión de algunos de los paisajes más impresionantes del planeta. El Mar Rojo, el Himalaya o el Gran Cañón del Colorado, entre otros parajes, se relacionan con las lesiones que producen aplastamiento óseo, las lesiones formadoras de hueso y distintas enfermedades óseas metabólicas.



Título: *Las grandes fracturas de la tierra y los huesos*
Edita: Ars Médica
 113 págs

EXPOSICIONES

Matisse o el lujo de los sentidos

El Museo Thyssen de Madrid acoge hasta el próximo 20 de septiembre una exposición consagrada a Henri Matisse. Bajo el título *Matisse, 1917-1941*, la muestra recoge cerca de 80 pinturas, esculturas y dibujos procedentes de alrededor de 50 museos y colecciones particulares de todo el mundo. Tomàs Llorens, el comisario de la exposición, ha trabajado durante dos años en la confección de este recorrido por el tramo central de la carrera de Matisse, procurando mostrar la noción de pintura y creación artística como lujo.



Un siglo de imágenes

La exposición *Cine español. Una crónica visual*, organizada en Zaragoza por el Ayuntamiento a través de la Sociedad Municipal zaragoza Cultural y Lunweg Editores, es la invitación a una de las más fascinantes puestas de largo a las que se puede asistir: un siglo de imágenes, sonido e emociones que constituyen la evolución de nuestro cine. A través de la selección de 120 fotografías, una selección de 30 carteles y un montaje audiovisual con algunas de las escenas cinematográficas más inolvidables, asistimos a la formación de un imaginario colectivo, del cual podemos recordar los rostros que han transitado este espacio histórico. La muestra se puede visitar hasta el 30 de agosto en el Centro de Historia (Plaza San Agustín, 2. Zaragoza).



TEATRO

55ª edición del Festival de Mérida

Después de 54 ediciones de experiencia, y 76 de existencia, la historia ya ha situado al Festival de Teatro de Mérida como un referente de calidad y excelencia escénica, convirtiéndose el certamen emeritense en uno de los cauces más sólidos para la proyección de Extremadura en el exterior. El Festival de Mérida ha trazado tres ejes sobre los que gira la programación para este verano: la internacionalización, la calidad y la atención a la cantera extremeña. Entre las obras que se van a representar en esta edición del Festival, destacan: *El Evangelio de San Juan* (del 15 al 19 de julio); *Diana* y *Acteón* (del 23 al 25 julio); *Los gemelos* (del 29 de julio al 2 de agosto); *Edipo. Una trilogía* (del 12 al 16 de agosto); y *Medea* (del 20 al 23 de agosto y del 25 al 30).



PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



BURGOS
24 de Septiembre

BARCELONA
29 de Septiembre

SANTIAGO DE COMPOSTELA
29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED
E S P A Ñ A
Educación Médica Continuada

Internet

El 'Quijote digital', compatible con todos los sistemas

Gracias a la tecnología AJAX y XHTML 1.0, la edición digital de *El Quijote* –la obra más representativa de la literatura española– será compatible en la red con todos los sistemas operativos y todos los navegadores, siendo necesario para ello un nuevo diseño y una nueva estructura.

El Instituto Cervantes a través de su Centro Virtual se adapta constantemente a las nuevas tecnologías, como se evidenció en la gestión de contenidos del portal *web* de los Congresos Internacionales de la Lengua Española; y –ahora– con la total accesibilidad de *El Quijote* mediante certificados AA y CSS2.

Las 1.019 páginas de la obra magna de Cervantes, con sus 450 imágenes y 22.361 notas complementarias ya se pueden encontrar en formato HTML en la red (<http://cvc.cervantes.es/obref/quijote>), pero en adelante –tras la intervención de la empresa tecnológica española, GMV– *El Quijote* será compatible con

todos los sistemas operativos y todos los navegadores.

Otros contenidos culturales –del séptimo arte hablamos– podrán ser accesibles en móviles Motorola adaptados para disfrutar de imágenes cinematográficas de alta calidad. Telefónica Móviles, que ha disfrutado de un período de exclusividad de tres meses para comercializar el modelo, será la compañía pionera en el mundo en disponer del nuevo Motorola Moto Z8, un móvil con equipo de 32 gigas de memoria ampliable que puede adquirirse a precios razonables dentro del programa de puntos de Telefónica para clientes con contrato.

Este móvil diseñado por la compañía estadounidense incluye una tarjeta de memoria de 512 MB y una pantalla QVGA, con 16 millones de colores, prácticamente en “alta definición”, e incorpora banda ancha móvil a 3,6 Mbps, lo que permite capturar y reproducir vídeos a 30 imágenes por segundo. ■



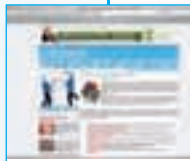
El Instituto Cervantes, que dirige Carmen Caffarel, se adapta constantemente a las nuevas tecnologías.

Sección patrocinada por
 Web de l@
MUJER

Regreso al pasado

¿Quieres recordar aquellas series de dibujos animados, o las series infantiles que veías? Tal vez te gustaría oír viejos mensajes publicitarios o sonidos de la radio que se grabaron en tu memoria.

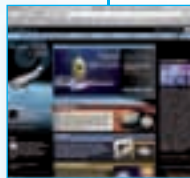
<http://funversion.universia.es/hobbies/aficiones/nostalgia.jsp>



Desde el espacio sideral

El viejo pero renovado laboratorio y observatorio espacial Hubble, nos ofrece su sitio oficial para descubrir imágenes insólitas recogidas en más de diez años de vida de este ingenio espacial.

<http://hubblesite.org/>



CIBERCONSEJOS

Agresiones y acoso escolar

Para evitar la difusión en Internet de imágenes denigrantes de profesores, desde febrero, la AEPD tramita las primeras denuncias. El uso del teléfono móvil propició, hace dos o tres años, que grabaran imágenes en el colegio y las pusieran en circulación, pero la difusión de imágenes con comentarios denigrantes para los docentes han nacido con las redes sociales, a la vez que se incrementa el *ciberbullying*, o acoso escolar a través de la red.

¿Teletrabajo como alternativa de futuro?

Según un estudio de la empresa Dialcom, un 50 por ciento de los españoles prefieren trabajar desde casa y no acudir a la oficina. Un 65 por ciento estaría a favor con objeto de compaginar su vida personal y profesional y un mayor aprovechamiento del tiempo. Pero para jóvenes en su primer empleo, el contacto con los compañeros y el día al día en la oficina, son vitales para su formación, dejando el teletrabajo como actividad secundaria para obtener otros ingresos.



Golf

Peugeot Loewe Tour 2009

Puig hace historia en El Prat

Ha sido el primer amateur en ganar una prueba del Peugeot Loewe Tour David Chipperfield.

Xavier Puig empezó la jornada final en el RCG El Prat con *bogey* en el hoyo 1, y a pesar de los *birdies* en los hoyos 4 y 5 con el doble *bogey* del hoyo 6 parecía que le podría la presión y se le escapaba el torneo. “Allí pensé que no sería hoy el día de ganar”. Pero su buen conocimiento del campo y la seguridad y control que transmite en sus gestos y movimientos le hicieron reaccionar: “A partir del hoyo 7 jugué muy buen golf, recuperé la confianza y sabía que si quería volver a tener opciones, tendría que atacar. Hice *birdie* en los hoyos 7 y 9; por la segunda vuelta salí pensando que no tenía nada que perder, y me ha salido todo de cara: hice *birdie* en el 12, en ese momento Raúl me sacaba un par de



Xavier Puig posa con el trofeo.

golpes pero me han empezado a entrar *putts* de 7 y 8 metros para acabar con cuatro *birdies* seguidos desde el 15 al 18”. Por el momento, Puig quiere seguir con su carrera de Empresariales, “y con

el tiempo se verá, pero es un paso que está en mi cabeza”, comenta. Y añade: “Me he dado cuenta de que puedo estar ahí, que tengo nivel, pero aún lo tengo que estudiar con calma porque vengo de superar un bache importante”.

En 2006 ganó el Campeonato de España Junior con una vuelta de 8 golpes bajo par. Al año siguiente, después de ganar el Match España-Italia Junior tuvo un bache y dejó el equipo. Este año ha vuelto a recuperar su juego, jugando dos torneos del Circuito de Cataluña de la Federación Catalana y en uno

quedó segundo. Ahora quiere volver a jugar con el equipo nacional.

El gaditano Raúl Quirós, que partía como favorito en el torneo y co-líder en la jornada final, tuvo un buen arranque con 3 *birdies* en los primeros 9 hoyos con los que se puso por delante del *amateur*, sumó uno más en el 15 pero en el hoyo 16 dio la vuelta la clasificación con el *bogey* de Raúl frente al *birdie* de Xavier, y un nuevo error en el 17 le dejó sin opciones a pesar de finalizar el torneo con *birdie* en el 18 pata 68 golpes y un total de 210, menos 6: “El hoyo 16 me ha fastidiado el objetivo principal, que era intentar no hacer ni un solo *bogey*, el resto he jugado muy ordenado, pero en el 16 he hecho 3 *putts* muy tontos que me han costado el torneo”. Agustín Domingo firmó 68 golpes en la jornada final del Peugeot Loewe Tour RCG El Prat para escalar hasta la tercera posición, tras superar una rotura de hombro de la que estaba convaleciente y que casi le cuesta la temporada. ■

El fútbol le ganó la partida al baloncesto

Los baloncestistas comenzaron dominando los partidos y anotaron en el marcador los primeros puntos de la jornada; todo hacía pensar que por fin este año el equipo de baloncesto, con José Luis Llorente al mando, se haría con el preciado trofeo de BS Sports & Entertainment. Feliciano López y el profesional de golf José Luis Adarraga puntuaban para el baloncesto, inmediatamente después llegaba la pareja formada por Paco Pavón y Alfonso Pérez y el marcador se decantaba del lado contrario. Isidoro San José ganaba su partido pero le respondía con otro punto Óscar Higares, que competía con los del básquet; anotaban Celestini y Paredes, Donato Gama da Silva junto al profesional de golf Pedro Linhart; por el otro bando conseguían el triunfo Antúnez y Pablo Martínez, Elena Jiménez junto a Ángel Sanz, Lorenzo Sanz y Fernando Escartín, el profesional de golf Juan Parrón formando pareja con Mónica Jessen. Por primera vez, la igualdad ha sido la tónica general y la derrota de los baloncestistas no ha resultado tan abultada. Esta cuarta edición se ha saldado con el triunfo de los futbolistas que han ganado por un solo punto de ventaja, dejando en 11 a 10 el marcador de la Copa Solidaridad BS Sports & Entertainment.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NVR» en una cara y «ECE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «UJC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m²) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes conestenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m²). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, fosfenitoína, primidona], rifampicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucemiantes orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámida. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfabloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hiperpotasemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuencia. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo, Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaríngeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso sin haberse observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, mialgia, 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 cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, B, Bloque coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento: Dafiro 5 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase**

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

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



Ver ficha técnica en pág. 48)

Oleada de **POTENCIA**

NUEVO

DAFIRO es el nuevo producto para la hipertensión arterial que **reduce la PA.**^{1,2,3} **DAFIRO** ha demostrado **reducciones de hasta 43 mmHg PAS.**^{1,2,3} En Esteve seguimos buscando soluciones para la HTA.



DAFIRO

amlodipino / valsartan

nuevo

SALVA
SKIN

ÁCIDOS GRASOS HIPOXIGENADOS
CON SILICONA. TRATAN LA PIEL
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salsabiotech.com

S
SALVAT