

La innovación
en la atención
al paciente

6

Pedro Guillén: "El
galáctico es Florentino,
no Cristiano"

12

Novedades en la
evaluación económica
de la EPOC

22

Los jueves
de
Medical Economics

Sistema Sanitario Autonómico 25

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 116

11 de septiembre de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Bajo presión

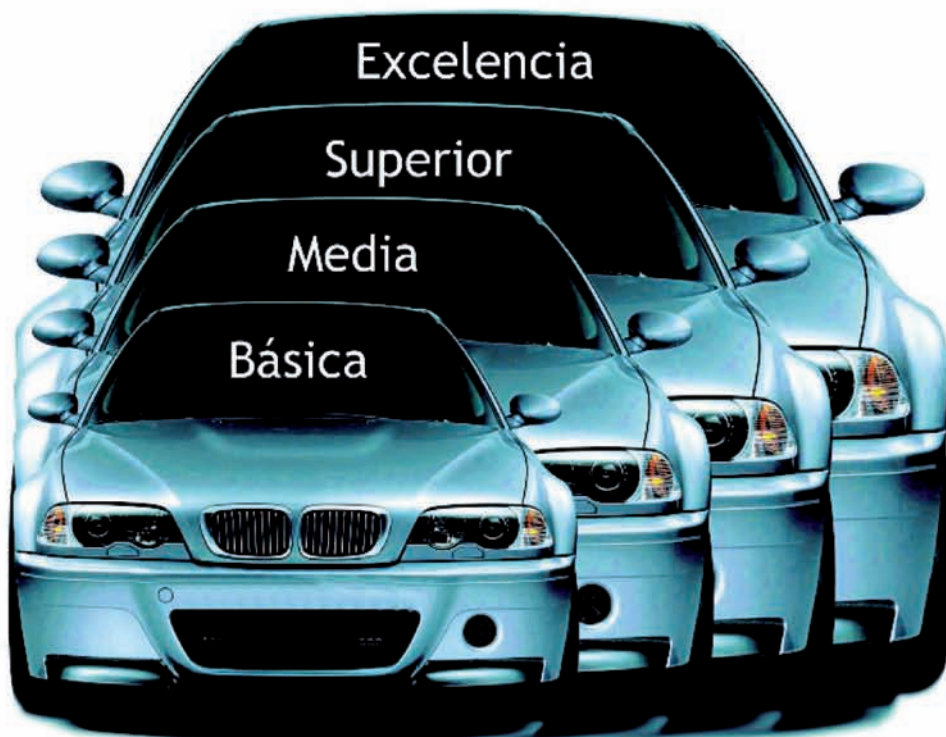
Pág. 34

Atención Primaria

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Ahora decide usted...



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

Ahora, además, premiamos su fidelidad

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

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

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



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-INFECIOSOS

 **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

Secretaria 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

8 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

14 Gestión Profesional

El paciente tiene derechos ¡y deberes!

16 Gestión de Calidad. Medio Ambiente

La responsabilidad social empresarial

18 Impuestos

32 Gestión en Atención Primaria

Elementos para un nuevo sistema sanitario

50 Economía de la Salud

Novedades en el análisis económico de la EPOC

Y ADEMÁS...

5 Mi punto de vista

6 Atención al paciente

12 De Cerca

53 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que el médico de Atención Primaria sufre una importante presión?

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

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de www.medeco.es.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.medeco.es.com

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

Secretaría General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

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

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutur Abogados y Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico

Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca

Carlos Belmonte Martínez

Director Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada

Presidente Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal Hospital Clínic de Barcelona

Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

José Ángel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López 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 Geriátria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa

Asesora Externa de Allergán

Julían Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro

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

Eugenio Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana

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

Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García

Médico de Familia Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

Charo Vaquero Ruipérez

Secretaría de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero

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

Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany

Socio Director Bufete Alemany Escalona & Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras

Médico Gerente Incubación Proyectos Empresariales –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

Mi punto de vista

Los 'cluster' de salud

El sector sanitario está sometido actualmente a multitud de fuerzas que impulsan una nueva concepción del mismo. Por un lado, la complejidad y continuada evolución de las técnicas aplicadas a la propia asistencia, las nuevas direcciones en la investigación y desarrollo, la revolución de la biotecnología, desarrollo de fármacos más eficientes, la medicina individualizada y regenerativa, basada en la genómica, la proteómica y resto de las ciencias ómicas, nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, etc. y el vertiginoso desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, hacen de la sanidad del siglo XXI una de las principales áreas con oportunidades de cambio. De otra parte, la creciente demanda social de una asistencia sanitaria continua y de calidad, unida al envejecimiento de la población y a la necesidad de controlar los presupuestos públicos, constituyen elementos clave que condicionan su evolución.

Para poder optimizar las oportunidades del sector sanitario son necesarios algunos cambios conceptuales, como la integración de los sectores sanitario público y privado, hasta ahora actores prácticamente independientes; la necesidad de abrirse a otras actividades interrelacionadas (eliminando el autismo sectorial que ha caracterizado al sector); la eliminación del concepto salud=gasto (o bien, beneficio social), pero no económico/rentable y la incorporación de la idea de sanidad como motor de crecimiento y desarrollo socioeconómico, además de bien necesario.

En esta nueva idea de la Sanidad es muy importante el papel de la Administración sanitaria, vista hasta ahora como responsable solamente de la red pública, pero que ha de transformarse en impul-

sora de lo que se ha dado en denominar *cluster* de salud.

Un *cluster* es un modelo de organización, inicialmente empresarial, basado en la idea de que aquellas organizaciones interrelacionadas en un área limitada geográficamente ejercen, gracias a su cercanía y competitividad, de motor de crecimiento económico para toda el área. El concepto de *cluster* se basa en la idea de que si las empresas de un sector en un ámbito geográfico determinado, que normalmente compiten entre sí, al mismo tiempo colaboran en alguna actividad, el sector en ese ámbito es globalmente más competitivo.

De esta manera, *cluster* de salud es el conjunto de organismos, empresas e instituciones que influyen en la salud de los ciudadanos: organismos oficiales, hospitales, centros de salud, sociedades científicas, universidades, farmacias, centros académicos, empresas de equipamiento sanitario, laboratorios farmacéuticos, asociaciones de pacientes, etc.

Aún cuando los objetivos específicos de un *cluster* varían tanto en función de las entidades que lo integran como del área geográfica en que se desarrolla, un *cluster* de salud ha de perseguir, como objetivos generales, incrementar la capacidad de investigación, desarrollo e innovación de la región; promover un nuevo esquema industrial que facilite el desarrollo de productos y la experimentación clínica; consolidar las relaciones ya existentes y crear nuevos vínculos entre los diversos actores antes señalados; atraer, retener y fomentar la interacción del conocimiento y los mejores recursos humanos, mejorar la imagen de los servicios sanitarios y crear un entorno que fomente el desarrollo de empresas de derivados y de productos secundarios a partir de las ya existentes.



Ignacio Para Rodríguez-Santana*

En los últimos años, varias comunidades autónomas están trabajando en la creación y el fortalecimiento de los *cluster* de salud mediante la creación y apoyo a parques científicos y tecnológicos apoyados por fundaciones propias y estableciendo acuerdos de cooperación con otras fundaciones y asociaciones científicas y empresariales, siendo las más avanzadas Cataluña con la creación del Biocat, el País Vasco con Bioef o Madrid con la red Madrid Network, que interrelaciona diversos *cluster* y parques.

Parece claro que todas las comunidades autónomas están apostando en la medida de sus posibilidades por un esfuerzo a la innovación, apoyando la investigación y el desarrollo especialmente en biotecnología, aun cuando las diferencias políticas de los gobiernos de los ayuntamientos, universidades y comunidades autónomas no deberían ser un lastre en la formación natural de los *cluster*, y de las iniciativas de las empresas e instituciones que lo forman. No ha de olvidarse que el esfuerzo individual y el riesgo personal es siempre la base del progreso científico, económico y cultural. ■

*Presidente de la Fundación Bamberg.

La importancia de la innovación

La necesidad de innovar no puede recaer únicamente en la persona responsable del departamento de Atención al Paciente, sino que debemos transmitir esta necesidad de implicación y de aportación de nuevas ideas también a las personas que están en contacto directo con los pacientes.



Vanessa Asenjo*

Desde el departamento de Atención al Paciente no sólo debemos centrarnos en satisfacer las necesidades de nuestros clientes, sino que además debemos trabajar diariamente en buscar alternativas para superar dichas necesidades a través de la innovación, con la finalidad de conseguir una diferenciación con respecto a la competencia, a través de la generación de ventajas competitivas, ofrecer servicios de gran calidad y facilitar la identificación de elementos que incrementen la productividad de la empresa. El máximo reto en la aplicación de nuevas ideas mediante la innovación en la prestación del servicio, es la sostenibilidad temporal, en el sentido de valorar cómo podemos obtener una ventaja competitiva que se mantenga en el tiempo, teniendo en cuenta que al día siguiente pueden ser copiadas o implantadas por la competencia; por todo ello, lo importante es introducir constantemente nuevas ideas en la prestación del servicio y hacerlo de forma regular, de manera que se consiga una reputación exquisita en la prestación del servicio. Y esta reputación, es la que podrá retener a los clientes.

Innovación y buenas ideas

Además, en la introducción de ideas innovadoras en el mercado, es importante también ser el primero en hacerlo. Hay que tener en cuenta que la gente siempre recordará a los primeros y para ello es necesario establecer los medios correctos para que se acuerden de tu servicio. Esta necesidad de innovar no puede recaer únicamente en la persona responsable del departamento de Atención al Paciente (es una máxima en la que prácticamente se ha insistido en todas las columnas), sino que debemos transmitir esta necesidad de implica-

ción y de aportación de nuevas ideas también a las personas que están en el *front-office* (contacto directo con los clientes-pacientes), ya que la valoración del servicio de un cliente-paciente en un momento dado dependerá de la habilidad del empleado en el trato con éste, para que la satisfacción del cliente se vea cumplida (sobre este aspecto hice especial mención en la primera columna). Además, al prestar un mismo servicio y por una misma persona, no siempre se consigue el mismo nivel de satisfacción ante dos clientes diferentes, debido principalmente a la fuerte influencia que tiene en la valoración del servicio, la experiencia, las expectativas, y los valores de la persona con la que estemos interactuando. Para ello es importante que desde la dirección se defina claramente y se comunique adecuada y oportunamente el nivel de servicio que queremos ofrecer, para que los empleados sepan hasta dónde llegar y tengan la autonomía de poner en práctica su innovación y sus buenas ideas. Son por tanto los empleados un elemento clave en la calidad y en la diferenciación del servicio que estamos ofreciendo y, por lo tanto, no deberán ser sólo formados adecuadamente, sino que además deberán tener las habilidades necesarias para desarrollar estas tareas en el *front-office* de la organización. Para ello es importante también saber conjugar la personalización del servicio y la estandarización (se tratará este tema más en profundidad en una futura columna), hechos que nos ayudaran a hacer frente a la variabilidad de pacientes-clientes y de situaciones a las que vamos a hacer frente diariamente desde cada uno de los servicios de la organización.

También hay que hacer especial mención a que no se trata de satisfacer todas las necesidades de todos los clientes-pacientes que acuden a un hospital de forma

» El máximo reto en la aplicación de nuevas ideas mediante la innovación en la prestación del servicio, es la sostenibilidad temporal.

» Las acciones lideradas desde el departamento de Atención al Paciente deben servir para crear diferencia competitiva y ofrecer servicios de gran calidad.

inmediata y sin un planteamiento de futuro y que suponga además un análisis de rentabilidad ajustado a la realidad y estrategia de la organización, pero sí de tener claro qué queremos ofrecer y cómo lo queremos ofrecer, y a partir de ahí ir aplicando las medidas de diferenciación del resto de competidores y que harán que al final el cliente sea fiel a nuestro servicio, manteniendo el requisito de rentabilidad. De lo contrario significará que estemos constantemente “apagando fuegos” y no tendremos la capacidad de identificar y analizar las necesidades de nuestros clientes-pacientes, ni de establecer las bases en la organización para la definición del servicio diferenciado.

Valoración del paciente

¿Y qué factores hacen que la experiencia junto con las expectativas sean una variable que condicione la valoración de un servicio? Es principalmente debido a las características intrínsecas de los mismos y que en ocasiones conviene recordar:

Intangibilidad: los servicios, a diferencia de los bienes físicos, no se pueden experimentar con los sentidos antes de su compra.

Inseparabilidad: los servicios se producen y consumen al mismo tiempo. Si el servicio lo presta una persona, ésta es parte del mismo.

Variabilidad: son altamente variables, dependen de quién los suministre, cuándo y dónde.

Carácter perecedero: no se pueden almacenar.

Los compradores de servicios son conscientes de esta variabilidad y demás características y, por lo tanto, perciben un mayor riesgo en su compra. Este hecho les conduce a informarse en mayor medida antes de realizar la compra. En este sentido, los consumidores de servicios confían más en la comunicación boca a oreja (sobre todo si esta comunicación proviene de personas de confianza, que actúan como prescriptores de dichos servicios) que en la publicidad, y prestan mucha importancia al precio, al personal y a los aspectos tangibles para juzgar la calidad. En este sentido, en los manuales de marketing se hace referencia a tres tipos de marketing y que

podemos aplicar perfectamente a lo comentado anteriormente y en todo lo relacionado con nuestro servicio: atención al paciente en un centro sanitario. Estoy hablando del marketing externo, que se refiere a las estrategias que utilizan las empresas para definir el servicio, fijar el precio, distribuir y promocionar el servicio a los clientes. El marketing interno, que describe el trabajo que hace la empresa para formar y motivar a sus clientes internos, es decir, a su personal de contacto y al personal que apoya los servicios para que trabajen en equipo y así lograr una



Es importante tener nuevas ideas en la prestación del servicio.

mayor satisfacción del cliente. Finalmente, el marketing interactivo, que se refiere a la habilidad de los empleados en su trato con los clientes.

En definitiva, las acciones lideradas desde el departamento de Atención al Paciente y en el que esté implicado todo el personal del *front-office* de la organización, deben servir para crear diferencia competitiva y ofrecer servicios de gran calidad. En este sentido, no debemos entrar en la estrategia de competir por precio, sino en la estrategia de la diferenciación, estableciendo las bases para que el cliente nos posicione por prestar un servicio exquisito en base a sus necesidades, consiguiendo que la percepción de nuestros servicios supere las expectativas del cliente, y seamos capaces de ofrecer alternativas de servicio innovador que hagan que el paciente se sienta identificado con y para la organización a la que acude. ■

SECCIÓN
PATROCINADA POR:



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

259

euros per capita gastaron los españoles en medicamentos en 2008.

3,9

por ciento más por persona que en el año anterior.

316

euros gastan en total comunidades autónomas con población envejecida como Galicia y Asturias.

219

euros más que Baleares.

217

euros más que la Comunidad de Madrid.

Fuente: Boletín de Coyuntura del Mercado del Medicamento 2009.



ATENDERÁ A MÁS DE 133.000 HABITANTES

Ribera Salud pondrá en marcha un hospital de vanguardia en Torrejón de Ardoz

La Comunidad de Madrid ha aprobado la adjudicación provisional para la construcción y gestión del Hospital de Torrejón de Ardoz al consorcio formado por Ribera Salud, Asisa, FCC y Concessia. Con una inversión de más de 130 millones euros, el nuevo hospital contará con los últimos medios diagnósticos y analíticos para ofrecer una atención sanitaria de calidad a más de 133.000 habitantes. En total serán 250 camas, diez quirófanos, seis paritorios con dos salas de dilatación, 12 puestos de diálisis y estará dotado con la última tecnología sanitaria. Alberto de Rosa, director general de Ribera Salud, ha señalado que “el objetivo de Ribera Salud será el de ofrecer a los ciudadanos un servicio sanitario de alta calidad porque nuestro modelo apuesta por una sanidad pública, gratuita y universal con altos niveles de eficiencia y excelencia, y con una gestión avanzada de los recursos humanos y las nuevas tecnologías”.



LA PRODUCCIÓN LLEGA A LOS 18,7 MILLONES

PSN eleva sus primas totales más de un 40 por ciento



Previsión Sanitaria Nacional (PSN) ha cerrado el primer semestre de 2009 con 51,8 millones de euros de primas totales, un 40,3 por ciento más que la cifra obtenida en 2008. Este dato ha contribuido a que la entidad supere por primera vez en su historia los 600 millones de euros de volumen de activos. La nueva producción en los primeros seis meses del año llegó a los 18,7 millones, el triple que la cifra registrada en el mismo período del año anterior. Además, las primas periódicas continúan creciendo por encima de los dos dígitos (un 10,6 por ciento), hasta alcanzar los 68 millones en cartera. Asimismo, las tres oficinas de PSN en Portugal (Lisboa, Faro y Coimbra) han aportado en el primer semestre del año sus primeros 300.000 euros en primas al balance general de la entidad.

BOLSA

Los inversores vuelven a confiar en los fondos

Tras 27 meses perdiendo patrimonio, los fondos de Bolsa europeos han iniciado una recuperación en el segundo semestre de este año, período en el que registraron unas suscripciones netas (diferencia entre entradas y salidas de capital) de 34.000 millones de euros, según datos de Lipper FMI. La ruptura de la racha negativa que se venía produciendo desde hace nueve trimestres se debe, según los expertos, a la conjunción de tres factores: la recuperación de la confianza de los inversores, la pérdida de atractivo de los depósitos bancarios y la estabilidad de los datos macroeconómicos. Esto sucede en el ámbito europeo. ¿Y en España? Se aprecia un cambio de sentimiento hacia la renta variable, pero en los fondos de Bolsa siguen saliendo más inversores de los que entran, lo que quiere decir que en la exposición al riesgo este país va por detrás respecto a la tendencia europea.

SE CELEBRARÁ EN MÁLAGA

Semfyc organiza el próximo Congreso de la Sociedad Europea de Médicos de Familia (WONCA)

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) será la encargada de organizar, en octubre del 2010, la próxima edición del Congreso de la Sociedad Europea de Médicos de Familia (WONCA) que tendrá lugar en Málaga (del 6 al 9 de ese mes) bajo el eslogan *Medicina de Familia del futuro: mezclando salud y culturas*. Algunos de los temas objeto de análisis que se abordarán en la próxima reunión de la WONCA serán la Medicina de Familia y Universidad, la adaptación a las nuevas necesidades sanitarias que requiere el nuevo modelo social, la atención al paciente mayor, la migración de médicos dentro de Europa y los retos que plantea la formación médica continuada y el desarrollo profesional.



PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA

Andalucía deja claro que sólo el médico prescribe

Andalucía ha sido la primera autonomía en dar luz verde a un decreto que autoriza a los profesionales de enfermería a indicar productos sanitarios y medicamentos que no están sujetos a la prescripción facultativa. En concreto, podrán acceder a 96 fármacos comercializados en 400 presentaciones diferentes, productos sanitarios para el cuidado de las heridas (vendas, gasas, apósitos estériles) y para la incontinencia urinaria. Serafín Romero, secretario general de la Organización Médica Colegial (OMC) y una de las figuras clave en el acuerdo entre los colegios de enfermeros y médicos en Andalucía para pactar el decreto, considera que gracias a la iniciativa "salimos de la controversia conceptual que enmaraña el debate", ya que se definen "las actuaciones enfermeras en el ámbito de la prestación farmacéutica".



FINANZAS Y MERCADOS

Los bancos del Ibex reparten 1.640 millones en dividendos

Los accionistas de los bancos que cotizan en el Ibex 35 (excepto los del Banco Popular) recibieron desde el pasado mes de julio 1.640 millones de euros en concepto de dividendos, como primer pago a cargo de las cuentas de 2009. Dicha cantidad, equivalente a una quinta parte del beneficio obtenido por esas entidades (Banesto, BBVA, Bankinter, Sabadell y Santander) en el primer semestre de este año, representa un 2,8 por ciento menos que la percibida en 2008. Más de dos tercios de esos dividendos corresponden al pago realizado por Banco Santander, que desembolsó el pasado 1 de agosto, como primer dividendo a cuenta, 0,1352 euros por acción, el mismo importe que en 2008.

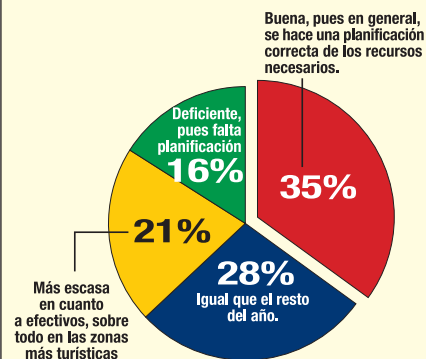


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

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



La mayor parte de nuestros lectores, un 35 por ciento, cree que la atención sanitaria en el verano es buena, en general; mientras que para un 21 por ciento es escasa en cuanto a efectivos, sobre todo en las zonas más turísticas. Un 28 por ciento cree que la atención es similar al resto del año, mientras que un 16 por ciento opina que es deficiente y falta planificación.

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

I Foro Científico Sexología Integral

La salud sexual en la consulta de Atención Primaria

Los médicos de Atención Primaria necesitan desarrollar estrategias y habilidades para poder abordar la salud sexual de una forma lo más práctica y útil posible. El I Foro Científico Sexología Integral, celebrado en Valencia recientemente, reunió a cientos de profesionales con el objetivo de optimizar la coordinación de recursos y el intercambio de experiencias.



Valencia acogió en el Colegio Oficial de Médicos un nuevo evento en el panorama científico nacional, el I Foro Científico Sexología Integral que, promovido por la revista científica *Sexología Integral*, nace con el objetivo de representar un lugar de encuentro de profesionales que intervienen desde diferentes ámbitos en la sexología y la salud sexual.

Carlos San Martín, presidente del Comité Científico del I Foro de Sexología Integral, asegura que “aunque es siempre complejo poner en marcha una nueva actividad y más aún en los tiempos que corren, el entusiasmo con el que ha trabajado en estos meses el presidente del Foro y director de la revista, Felipe Hurtado, y que ha sabido contagiarnos a quienes le acompañamos en este proyecto editorial y docente, ha permitido una más que destacada asistencia de más de 150 profesionales venidos de todo el territorio nacional”.

El acto inaugural contó con la presencia de dos directores generales de la Generalitat Valenciana: Manuel Escolano, director general de Atención Primaria de la Conselleria de Sanitat, y Antonio Gastaldi Mateo, director general de Justicia y del Menor de la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas, lo que da muestra del importante apoyo institucional con el que

ha contado este I Foro. Ambos destacaron en su discurso la importancia del trabajo conjunto e interdisciplinar y la necesidad de optimizar la coordinación de recursos y el intercambio de experiencias entre profesionales, aspectos éstos que formaban parte directa de los objetivos del Foro.

Temas de candente actualidad

En cuanto a los contenidos desarrollados, José Antonio Marina y su “Rompecabezas de la Sexualidad” generó un gran interés en una sala llena, que participó posteriormente en una mesa redonda en la que fueron

analizados aspectos relacionados con la sexualidad en la mediana edad y en la que seis destacados ponentes del panorama sexológico español nos ofrecieron sus reflexiones, experiencias y trabajos sobre temas de la relevancia de la perspectiva de género en la sexualidad, la andropenia, la menopausia, la disfunción eréctil, el deseo sexual hipoactivo o la sexualidad en las parejas de mediana edad.

Asimismo, se celebraron otras mesas redondas de enorme actualidad científica sobre la transexualidad y los delitos sexuales, pudiendo conocer experiencias de diferentes profesionales como los miembros de la Unidad de Atención Integral de las personas transexuales de la Comunidad Valenciana.

Como colofón del Foro, el Taller de Intervención con Víctimas de la Violencia de Género contó con una gran participación y fue muy valorada la metodología que se empleó, pues consistía en la dramatización de diferentes situaciones por parte de actores de la empresa catalana Interactuar 2001.

“En definitiva, este primer Foro Científico ha cumplido sobradamente con los objetivos propuestos y ha dado lugar a que todas las entidades que lo han apoyado, y a quienes agradecemos ese apoyo, nos hayan animado ya a una segunda edición el próximo año, esta vez en Alicante”, asegura Carlos San Martín. ■



Revista *Sexología Integral*.

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

Pedro Guillén García, director de la Clínica Cemtro y de la Cátedra Traumatología del Deporte de la Universidad Católica de Murcia

“El galáctico no es Ronaldo, sino Florentino Pérez”

Distribuye juego entre merengues y colchoneros sin decantarse abiertamente por ningún equipo. Eso sí, considera que “el galáctico no es Cristiano Ronaldo, sino Florentino Pérez”. Pedro Guillén García (Archena, Murcia, 1937) reconoce que ha sido “siempre un tío muy emprendedor, como mi padre” y admite que le gusta enterarse de todo lo que pasa en su clínica. Lo dice con olor a huerta murciana, bata blanca y sonrisa de cierta sinceridad diplomática ante una colección de más de 200 meniscos operados, multitud de diplomas, reconocimientos académicos y fotografías junto a ilustres colegas que decoran las paredes de su consulta en la madrileña Clínica Cemtro, de la que es fundador, presidente y director.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: ¿Es usted vegetariano?

RESPUESTA: ¡Nooooo...!

P. Lo digo, porque confiesa haber nacido en la huerta...

R. Je, je, je... ¡A la sombra de un tomate! Sí, he nacido en la huerta y he aprendido a segar alfalfa, hierba..., y lo he hecho con un cariño enorme, pues en mi casa hacía falta hacer esas cosas. Y también hacía veinte kilómetros en bicicleta para ir al colegio. No soy vegetariano, aunque disfruto con el olor de la huerta, sobre todo con el perfume natural de las mandarinas y de los melocotones. Soy un enamorado de la fruta.

P. En la calle le conocen como “el médico del Madrid”, aunque antes operó las lesiones de los jugadores del Atlético...

R. Los primeros jugadores que yo empecé a tratar en el mundo, empleando ya la artroscopia, eran del Atlético de Madrid, y me los trajo don Enrique Ibáñez, que para mí fue el padre, el primer verdadero especialista en Medicina del Deporte. Más tarde, cuando entré en el Real Madrid como médico el doctor Herrador, que fue alumno mío y al que yo quiero muchísimo, me convertí

también en el traumatólogo de los jugadores del Madrid y de otros muchos equipos, menos del Barcelona. Yo no he sido nunca médico de nómina de ningún club de fútbol, ni de baloncesto, ni de ningún deporte.

P. ¿Cómo comenzó a realizar la cirugía artroscópica en España?

R. La artroscopia la trajo a España un reumatólogo, el doctor Marqués, en los años setenta, pero yo, entre comillas, se la robé con cariño. Pero no fueron los futbolistas, sino los mineros los primeros que se aprovechan de la cirugía artroscópica en España. Y fue en la Clínica Fremap, siendo yo profesor titular de Anatomía, cuando realicé la primera artroscopia. El primer futbolista que jugó antes tras haberle realizado yo una artroscopia fue Gordillo, hacia 1979, cuando era jugador del Betis. La artroscopia es el catalizador de la cirugía mínimamente invasiva.

P. Como aficionado al fútbol, ¿cómo ve los nuevos fichajes de Florentino Pérez? ¿Cree que es decente pagar 94 millones de euros por un jugador?

R. Todo está en relación con la demanda. Si me dice: ¿usted entiende por qué

se ha pagado esa fortuna? Yo le diría: pues no lo entiendo. Pero estoy convencido de que el Madrid hará de ese fichaje un negocio. No sé si está bien decirlo, pero para mí el galáctico no es el jugador, sino quien le ha contratado, en este caso, Florentino Pérez.

P. ¿Recuerda al deportista al que le tuvo que operar de la lesión más grave?

R. Sí, sí, muchos. Ejemplos: uno fue Marcelino, del Atleti, de una grave lesión de rodilla; otro, Sanchís, del Madrid, con fractura de tobillo; o Arconada, de la Real Sociedad, al que he operado tres veces. Gimnastas como Carballo, que se fracturó el antebrazo; y también toreros, como el rejoneador Ángel Peralta, de una luxación de rodilla. He operado a casi todos los toreros.

P. Retrocedamos en su biografía. Nació en una familia de empresarios conserveros. ¿Qué conserva de su infancia?

R. Pues albaricoques, melocotones, tomates, alcachofas..., la casa donde nació y la fábrica de conservas vegetales que fundó mi padre, que se llamaba —y se llama— Sol de Archena, con la denominación social Pedro Guillén Gomáriz, S. L.

P. Terminada la carrera en 1969, en Madrid, trabajó con eminentes profesores a los que considera sus grandes maestros, además del médico de su pueblo...

R. En La Paz, con Palacios Carvajal, y en el Clínico, con Durán Sacristán. También tengo que citar a Orts Llorca y Jiménez Collado. Y de La Paz, en 1972, me fui a la Clínica Fremap como jefe del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, cargo que obtuve por oposición. Fue el primer hospital de traumatología laboral de este país, que yo inauguré y dirigí.

P. Y en Fremap comenzó a investigar y a ejercer la enseñanza universitaria...

R. Fruto de mis investigaciones con animales, a los que operaba los fines de semana para soldar hueso empleando la técnica del ruso Poliakov, en 1983 me dieron el Premio Nacional de Investigación. Todo pueblo, universidad o clínica que no investiga se empobrece. ¿Cómo entiendo yo la investigación? El enfermo debe estar equidistante entre el médico práctico y el investigador. Yo tengo aquí tres biólogos y un ingeniero trabajando continuamente en cultivos celulares.

P. ¿Cómo y cuándo inició la aventura de Clínica Centro?

R. Yo compartía el trabajo en Fremap con la Clínica Santa Elena, por donde aparecía hacia las cinco o seis de la tarde y operaba hasta las dos de la madrugada. Pero no tenía todo lo que yo buscaba. Quería un sitio donde al enfermo le pudieran hacer todas las pruebas necesarias y operarle a continuación. Y me pateé Madrid buscando el lugar que yo quería. Me pedían cantidades exorbitantes por clínicas viejas que no valían más que el solar. Hasta que monté el Hospital de Móstoles, a finales de los setenta, en el que yo tenía una participación muy pequeña. Y Palacios Carvajal, que entonces era subsecretario de Salud, un día me dijo: "Pedro, nos tenéis que vender el Hospital de Móstoles". No se había inaugurado todavía, y Covimar, la empresa propietaria, vendió el hospital al Ministerio de Sanidad sin perder dinero.

P. Pero usted continuó luchando hasta que tuvo su propio hospital, esta clínica...

R. Siempre he sido un tío muy emprendedor, como mi padre. Así es que, una vez que compré este solar, enganché a un grupo de amigos —casi todos médicos—, distintos a los de Covimar, y, junto con mi familia, emprendimos la aventura de la construcción y la gestión. Yo miraba esto como un servicio al enfermo, aunque pudiera ganar dinero. Estoy aquí a las siete y media de la mañana y me voy a las nueve y media de la noche.

P. Según la composición del staff, la clínica no sólo se dedica a la traumatología...

R. El staff del hospital se compone de especialistas en urgencias de Traumatología y Medicina del Deporte. Todos sus miembros son traumatólogos. Tengo un excelente neurocirujano, que es Pedro Mata; un excelente maxilofacial, que es César Colmenero, el único español que ha conseguido dos veces ser el número uno del MIR (en las especialidades de Cirugía Maxilofacial y Otorrinolaringología), y otros especialistas. Elijo muy bien a mi gente. En total, somos 360 empleados, de los que 60 son médicos y, de estos, 15 compatibilizan la clínica con la investigación, tarea que comparten con tres biólogos y un ingeniero, españoles estos cuatro que me traje de Estados Unidos.

P. Usted es el director de la clínica y presidente de su consejo de administración. ¿Delega funciones en su equipo o le gusta controlarlo todo?

R. Me gusta enterarme de todo. Yo me definiría como un hombre alerta, alerta a todas las novedades médicas de mi especialidad, incluidos los profesionales. Fíjese: acabo de montar una unidad de cultivos celulares, que es visitada por investigadores estadounidenses porque es el centro más moderno del mundo en cultivos del sistema músculo-esquelético.

P. ¿Le va bien el negocio?

R. Esta es de las pocas clínicas privadas de España que tiene muy buenos resultados. El año pasado, nuestra factura-



"Todo pueblo, universidad o clínica que no investiga, se empobrece".

ción estuvo en torno a los 40 millones de euros. Y amplió ahora de 112 camas a 38 camas más de hospital de día, dos quirófanos y 14 consultas, porque he entendido que la Medicina de hoy va hacia la cirugía mínimamente invasiva. Ya no vale el hospital de 500 camas.

P. ¿Cuáles son las claves para tener éxito en la gestión de una clínica privada?

R. Además de la investigación, una selección adecuada del personal con muchas ganas de trabajar; hacer del enfermo el centro de nuestra actividad, alrededor de él los profesionales sanitarios y en último lugar la administración; y que el director médico pase todos los días por el servicio de urgencias, que es la puerta de un hospital, y que tiene que tener pegado a él radiología y laboratorio.

P. Han pedido para usted el Premio Príncipe de Asturias, le desean el Nobel de Medicina, tal vez le llamen para realizar una artroscopia sin cables a un astronauta en la luna. ¿Le gustaría alcanzar alguna de estas glorias o distinciones?

R. Yo no he trabajado nunca pensando en nada de eso, créame. No me mueven esos premios a trabajar más y mejor. Pero me he dado cuenta de que al buen hacer no le falta nunca premio. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Gestión Profesional

El paciente tiene derechos ¡y deberes!



José María Martínez García*

» La asistencia se realiza en un entorno o marco sociocultural, político y económico, donde el principal elemento lo constituye la necesidad de asistencia médica.

» El proceso asistencial estaría constituido por las actividades desarrolladas por diversas categorías de personal sanitario, en diversos tipos de instalaciones y con diferentes equipos.

En números sucesivos trataremos más en profundidad temas tan importantes para los pacientes como definir cuáles son sus necesidades, sus expectativas y cómo se logra su satisfacción.

La asistencia se realiza en un entorno o marco sociocultural, político y económico, donde el principal elemento lo constituye la necesidad de asistencia médica. Analizando el proceso clave de prestación de servicio, en un enfoque restrictivo, tenemos que contar con la citación, recepción, realización de la historia clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Mientras que, con un enfoque más limitado, el proceso implica habitualmente lo que en realidad se hace al dar o recibir la asistencia. Nosotros incluimos aquí, además, las actividades del paciente de buscar y llevar hasta el fin la asistencia y las actividades del médico y su personal sanitario. En resumen, el proceso asistencial estaría constituido por las actividades desarrolladas por diversas categorías de personal sanitario, en diversos tipos de instalaciones y con diferentes equipos.

En todo este proceso, se debe tener en cuenta la confianza que podamos transmitir al paciente, además de la amabilidad y el trato personalizado, considerando sus necesidades y expectativas y midiendo su grado de satisfacción. Antes, el mercado era de demanda, ahora es de oferta y, por tanto es el cliente/usuario el que decide si "compra" o no éste u otro servicio. Por ello debemos estar expectantes para mantener en todo momento su grado de satisfacción. Se trata, por tanto, de atraer y fidelizar al paciente a través de un buen servicio.

Llegados a este punto cabe preguntarse cuáles son los motivos por los que el cliente/paciente del centro clínico "compra" nuestros servicios. Fundamentalmente por prestigio, comodidad, proximidad, amistad y publicidad. Y, para averiguarlo, debemos preguntarle y saber escuchar sus respuestas.

Ahora, de nuevo, aunque añadiendo matices, vamos a repetir algún concepto ya co-

mentado en diversas ocasiones en otras columnas de calidad. Y hay que empezar por definir cuáles son los derechos y deberes básicos de un paciente.

Ente los derechos destacan, que se mantenga confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso; recibir una asistencia integral y continuada de acuerdo a su enfermedad y a las posibilidades del centro; recibir información completa y continuada por parte del médico de su diagnóstico, tratamiento, posibles alternativas, pronóstico y evolución en términos comprensibles por él o por sus familiares, así como a ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente; estar informado previamente de los procedimientos y los tratamientos que se le practican con derecho a ser aceptados o rechazados, siendo preciso el previo consentimiento escrito para la realización de cualquier intervención; respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de sexo, raza, tipo social, moral, ideológico, económico o político; conocer el nombre del médico y de los responsables de su asistencia; tener una estancia lo más corta posible, en caso de ser internado; optar por abandonar el hospital en todo momento y antes de ser dado de alta; presentar las sugerencias y reclamaciones que crea oportunas, y a que sean estudiadas; así como conocer la normativa del centro.

Entre los deberes figuran, colaborar él y sus familiares en el cumplimiento del reglamento del centro; tratar con el máximo respeto al personal que atiende a los pacientes, utilizar con atención y cuidado el material, las instalaciones y dispositivos asistenciales; en el caso de alta voluntaria, firmar los documentos que exigen al centro de cualquier responsabilidad; y adoptar una actitud personal que contribuya a mantener la limpieza, tranquilidad y silencio del centro. ■

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

La RANM distingue al doctor Xavier Bosch con el Premio Carlos IV

El doctor Francesc Xavier Bosch es actualmente jefe del Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer (CERP) y director de Relaciones Internacionales del Instituto Catalán de Oncología.

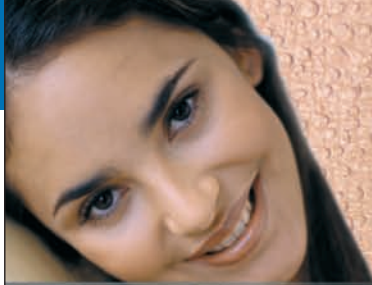
La Real Academia Nacional de Medicina (RANM) ha reconocido la labor del doctor Francisco Xavier Bosch con el Premio Carlos IV de Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública por su contribución a la investigación en este ámbito de la salud. Para el presidente de la RANM, el profesor Manuel Díaz Rubio, "sus aportaciones a la investigación en el campo de la Medicina Preventiva, concretamente en el área de la Oncología, y su excelente trayectoria científica han sido los motivos por los que el jurado ha decidido galardonar a este investigador".

Pionero en la investigación del VPH

El doctor Francisco Xavier Bosch es actualmente jefe del Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer (CERP) y director de Relaciones Internacionales del Instituto Catalán de Oncología (ICO). Ha sido pionero en la investigación epidemiológica del Virus del Papiloma Humano (VPH) y del cáncer de cuello uterino. Asimismo, ha tenido un importante papel en los primeros estudios de investigación de la relación del virus de la Hepatitis B en el cáncer de hígado y de su transmisión en familias en un país con alto riesgo como Filipinas.

Los resultados de sus trabajos, llevados a cabo en más de 35 países, están reconocidos como la evidencia epidemiológica y etiológica más sólida en carcinoma invasor. El doctor Bosch se ha convertido en uno de los epidemiólogos españoles más influyentes en la literatura científica internacional en torno a este ámbito y en un promotor de la investigación en Salud Pública en nuestro país. En su trayectoria profesional concurren el interés por la investigación, la selección de temas ligados a la Salud Pública, la preocupación por los esfuerzos internacionales de cooperación y desarrollo en los países más pobres en temas de salud y el empeño de transferir el conocimiento a los profesionales.

El Premio Carlos IV en Medicina Preventiva y Salud Pública, que este año ha celebrado su primera edición, cuenta con la colaboración de Sanofi Pasteur MSD, y está dotado con 30.000 euros. Será entregado en otoño en un acto solemne en la Real Academia Nacional de Medicina. ■



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

cristalina

ANTISÉPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALINA

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

PRESENTACIONES:

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

OTRAS PRESENTACIONES:

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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

La responsabilidad social empresarial



Elisa Herrera Fernández*

» La RSE, se entiende como un proceso que incluye necesariamente la gestión de la actividad empresarial en relación con sus grupos de interés, que pueden ser internos y externos.

» La RSE permite la realización de la llamada Memoria de Sostenibilidad, que precisamente permite al centro sanitario difundir su labor en este ámbito y le proporciona una credibilidad ante la sociedad.

Siempre que nos planteamos un acercamiento a la Responsabilidad Social Corporativa o Empresarial (RSE), como queramos llamarla, solemos partir de la definición que de este concepto se hace en el denominado Libro Verde de la Responsabilidad Social de la Comisión Europea, y que la define como “la integración voluntaria, por parte de las empresas, de las preocupaciones sociales y medioambientales en sus operaciones comerciales y sus relaciones con sus interlocutores (*stakeholder*)”.

En este sentido, la RSE, se entiende como un proceso que incluye necesariamente la gestión de la actividad empresarial en relación con sus grupos de interés, que pueden ser internos y externos. Así pues, tendremos que ver nuestras relaciones con trabajadores, clientes, accionistas, inversores, administraciones públicas, miembros de la comunidad, proveedores, grupos de la sociedad civil, otras empresas, entorno ambiental, etc. Es un proceso que implica también un nuevo modo de gestión en lo económico, social y medioambiental.

Si en principio la razón fundamental para el desarrollo de la empresa es el crecimiento económico de la misma, y la toma de decisiones, lógicamente, la RSE se mueve en esa dirección, que pretende que la empresa se oriente a conseguir un desarrollo sostenible, que es sinónimo de una gestión inteligente. Para alcanzarla ese objetivo debe buscar la satisfacción de todas las partes interesadas, y esto se consigue colocando en el ámbito de toma de decisiones los principios motores de la RSE, modificando, por lo tanto, el peso que debe de tener el crecimiento económico en el sentido clásico.

¿Y cómo podemos pensar en la RSE en un centro asistencial, en nuestro centro sanitario? En el entorno sanitario, la aplicación de la RSE persigue un crecimiento sostenido. La aplicación de los principios y de las

políticas de RSE que la empresa sanitaria se plantee deben enfocarse a actuaciones encaminadas a cumplir las expectativas de usuarios y trabajadores, en relación con los recursos y los resultados posibles.

Así, cambia la perspectiva de algunas de nuestras políticas de actuación. Por ejemplo, reducir la estancia media que en sí tiene un valor médico/asistencial relevante en términos de salud, también lo tiene en términos económicos del propio hospital. Esta visión que es la que hasta ahora aplicábamos —eficiencia interna—, se ve complementada con el análisis de esta variable asistencial desde el punto de vista de ahorros económicos derivados de costes por absentismo en el entorno económico general (eficiencia social).

Podemos ver también cómo el centro sanitario puede ser un agente dinamizador de la economía del entorno económico en que se desenvuelve. En este sentido, un programa de alimentos ecológicos en las dietas de los pacientes, acompañantes y profesionales del hospital, que prime la producción que provenga, por ejemplo de la provincia y su área de influencia, permite estrechar el vínculo entre población y hospital/centro sanitario privado, agregándole un valor añadido distinto a los hasta ahora admitidos.

Igualmente, desarrollar una campaña de ahorro en el consumo de agua en un centro donde la higiene, asociada siempre a este elemento, se le presupone, tiene un efecto multiplicador en la población. Se pone, por lo tanto, en signo positivo, la capacidad divulgativa y ejemplarizante de la institución sanitaria, sea ésta pública o privada.

Finalmente, la RSE permite la realización de la llamada Memoria de Sostenibilidad, que precisamente permite al centro sanitario difundir su labor en este ámbito y le proporciona una credibilidad ante la sociedad que, obviamente, resulta de interés para el crecimiento que toda empresa sanitaria persigue. ■

*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Crece un 1 por ciento menos que en 2008

GlaxoSmithKline ganó 2.969 millones en el primer semestre

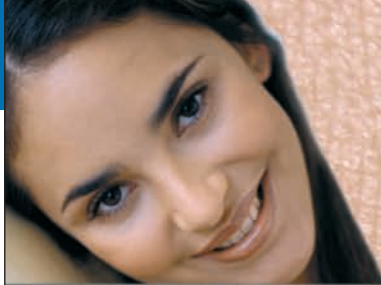
La farmacéutica británica GlaxoSmithKline (GSK) obtuvo en los primeros seis meses del año un beneficio neto atribuido de dos mil 566 millones de libras (dos mil 969 millones de euros), un 1 por ciento menos que un año antes, debido a la caída de los ingresos procedentes del mercado estadounidense. Según fuentes de la compañía, el beneficio operativo entre enero y junio fue de tres mil 907 millones de libras (cuatro mil 518 millones de euros), prácticamente el mismo que en el primer semestre de 2008. Por su parte, los ingresos por ventas aumentaron un 16,9 por ciento más, gracias a la persistencia de la debilidad de la libra frente al dólar y al euro.

Por otro lado, GSK ha completado la adquisición de Stiefel Laboratories INC, adquiriendo el total de sus acciones por la cantidad de 2.900 millones de dólares. GSK asume también una deuda neta de 400 millones de dólares. Según los términos del acuerdo, GSK podría estar obligada a realizar un pago adicional en metálico de hasta 300 millones de dólares dependiendo de los resultados futuros del negocio. La nueva unidad de negocio de dermatología de GSK operará bajo el nombre de Stiefel, compañía de GSK. ■

Resultados del primer semestre

Almirall aumenta sus ventas un 7,4 por ciento en Europa

Almirall, compañía farmacéutica internacional con sede en España, ha publicado los resultados correspondientes al primer semestre de 2009, en los que ha alcanzado los 103,4 millones de euros de resultado neto debido a la venta de 13 productos a principios de año. Según ha explicado Jorge Gallardo, presidente-consejero delegado de Almirall, "podemos constatar que los objetivos financieros fijados se están cumpliendo satisfactoriamente desde principios de año. Nuestros resultados son fruto de una estrategia firme y de futuro, en la que seguiremos trabajando para alcanzar nuestros objetivos de negocio". Las ventas en el mercado español permanecen estables, alcanzando los 274,9 millones de euros y en Europa crecen un 7,4 por ciento hasta los 149,4 millones de euros. ■



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

dertrase
POMADA

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



Acción desbridante con efecto antiséptico de amplio espectro

DERTRASE® pomada. Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido l-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofuril (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofuril, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecerán 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
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Impuestos

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Apertura de consulta

Soy médico especialista con consulta privada abierta en la ciudad en la que vivo, pero quiero abrir una nueva consulta en otra ciudad de la misma provincia. ¿Tengo que pagar una nueva cuota del Impuesto de Actividades Económicas?

Las personas físicas que realizan una actividad económica, como es el caso de un médico especialista con consulta privada, están sujetas, pero exentas, al Impuesto sobre Actividades Económicas (IAE), por lo que no tienen que pagar nada por este impuesto, pero sí tienen que informar que van a ejercer la actividad. Por eso, dado que usted va a ejercer una actividad económica en una nueva consulta, antes del inicio de la actividad en la nueva ciudad tiene obligación de presentar a la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT) una declaración censal (Modelo 036) comunicando en la página 4 la fecha de alta, la dirección de la consulta y la fecha del inicio en el ejercicio de la actividad prevista en alguno de los siguientes grupos de la sección segunda de las tarifas del IAE, dependiendo de su actividad: Grupo 832: médicos especialistas (excluidos estomatólogos y odontólogos); Grupo 833: estomatólogos; y Grupo 834: odontólogos.

Impuesto sobre el Patrimonio

¿Desde cuándo se ha suprimido el Impuesto sobre el Patrimonio?

El Impuesto sobre el Patrimonio (IP) no se ha suprimido; lo que se ha suprimido es la obligación de presentar declaración por este impuesto para los ejercicios iniciados a partir del 1 de enero de 2008. Así pues, la primera declaración del IP que no ha habido obligación de presentar ha sido la correspondiente al ejercicio 2008 que íbamos a haber presentado durante los meses de mayo y junio de 2009. Además, a partir del ejercicio 2008 sobre la cuota íntegra del IP se aplica una bonificación

del 100 por 100 a todos los sujetos pasivos de este impuesto, lo que en definitiva supone la supresión del gravamen.

Domicilio fiscal

¿Cuál es el domicilio fiscal de una persona física? ¿Y el de una persona jurídica?

El domicilio fiscal es el lugar de localización del obligado tributario (personas físicas o jurídicas y entidades a las que la normativa tributaria impone el cumplimiento de obligaciones tributarias) en sus relaciones con la Administración Tributaria. Es fundamental por ser el lugar donde se reciben las notificaciones. Como regla general, el domicilio fiscal de una persona física es el lugar donde tiene su residencia habitual. Existe una excepción a esta norma, ya que las personas físicas que desarrollan actividades económicas, esto es, los empresarios individuales y los profesionales, pueden tener su domicilio fiscal en el lugar donde tenga centralizada la gestión administrativa y la dirección de la actividad que desarrolla.

Así, por ejemplo, un profesional médico podrá tener su domicilio fiscal en su consulta privada. En el supuesto de que un profesional sanitario tenga más de una consulta, su domicilio fiscal estará en aquella en la que radique el mayor valor del inmovilizado.

Opción de tributación en el IRPF

¿Podemos modificar la opción elegida de IRPF mediante la presentación de una declaración complementaria?

Si aún no ha finalizado el plazo reglamentario para presentar la declaración (meses de mayo y junio siguientes al año a la que corresponda) sí podrán modificar su opción presentando cada uno una declaración-liquidación individual sustitutiva de la anterior. Sin embargo, si ha finalizado el plazo voluntario no podrán modificar su opción para ese período impositivo. ■

» El Impuesto sobre el Patrimonio (IP) no se ha suprimido; lo que se ha suprimido es la obligación de presentar declaración por este impuesto para los ejercicios iniciados a partir del 1 de enero de 2008.

» El domicilio fiscal es el lugar de localización del obligado tributario en sus relaciones con la Administración Tributaria.

* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Francisco Porras Pedraza. Para contactar: info@alescab.es

Madrid Network enlaza la investigación científica con la innovación empresarial

La Comunidad de Madrid ha creado Madrid Network, una asociación que nace como enlace entre el mundo académico, a través de los parques científicos y tecnológicos de la región, con las empresas.

La Comunidad de Madrid en su búsqueda por crear un entorno ampliamente innovador ha creado la asociación *Madrid Network*. El consejero de Economía y Hacienda de la Comunidad de Madrid, Antonio Beteta, fue el encargado de presentar *Madrid Network* ante más de medio millar de empresarios, en compañía del gerente del Instituto Madrileño de Desarrollo, Aurelio García de Sola; el presidente de Bionostra, Santiago Gimeno de Priede; y el cofundador de Next Limit, Víctor González. “Hoy Madrid se encuentra en el puesto 21 de las regiones más avanzadas del mundo, pero para 2020 queremos que no sólo se mantenga en este grupo, sino que se sitúe entre las diez más competitivas”, aseguró. Para lograr este objetivo, la Comunidad ha promovido *Madrid Network* en colaboración con la Cámara de Comercio de Madrid, la Confederación Empresarial de Madrid-CEOE (CEIM) y las cerca de 400 empresas integradas ya en la Red de Parques y Clusters de la región.

Más de 6.000 puestos de trabajo

Dos años después de su creación, la Red de Parques y Clusters cuenta ya con cuatro Parques Científicos y Tecnológicos, en las que hay instaladas 140 empresas que han generado más de 6.000 puestos de trabajo, y once *clusters* de sectores estratégicos: salud, seguridad, audiovisual, automoción, artes gráficas, biotecnología, aeroespacial, financiero, logística, energías renovables y turismo.

La suma de las actividades de todos estos sectores representa el 35,47 por ciento del PIB regional, según datos del Gobierno regional. Esta red entre la investigación científica y la innovación empresarial permitirá promover a la Comunidad como centro de excelencia para atraer inversión exterior, al tiempo que consolida la imagen de las empresas de la Red de Parques y Clusters y contribuye al fomento de la investigación, el desarrollo y la innovación. Así, Beteta afirmó que *Madrid Network* permitirá una creación de de más de 62.000 empleos cuando se encuentre a pleno rendimiento. En los últimos cuatro años, los cuatro parques de la región ya acogen a 136 empresas, “que han permitido crear 6.042 empleos”. ■



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



el apósito de espuma
que mim a la herida y su entorno



“NO ADHESIVOS”
FINANCIADOS
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

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**.

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.

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

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

Info  **Salvat**
800 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (XIV)

Novedades en el análisis económico de la EPOC



Álvaro Hidalgo*

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una patología que se caracteriza por el desarrollo progresivo de obstrucción al flujo aéreo, pudiendo ser ésta parcialmente reversible y acompañarse de hiperreactividad bronquial. Dentro de la EPOC se engloban tanto la bronquitis crónica como el enfisema pulmonar. La confirmación del diagnóstico se puede realizar por una Tomografía Axial Computerizada (TAC) de alta resolución, que permite obtener una aproximación morfológica.

Teniendo estos criterios en cuenta, los datos epidemiológicos muestran que la EPOC es una enfermedad bastante frecuente. Así, se calcula que afecta a más de 52 millones de personas en todo el mundo y causa más de tres millones de muertes en al año. En este sentido, la EPOC supone una importante carga de enfermedad en todo el mundo, tanto en términos absolutos como relativos. De hecho, las estimaciones globales de mortalidad apuntan hacia un peso cada vez creciente de la EPOC. Así, en 1990 la EPOC era la quinta causa de muerte, siendo en 2000 la cuarta y se estima que será la tercera en 2020.

En España los últimos datos disponibles sobre mortalidad por causa de muerte son de 2007. Según el Instituto Nacional de Estadística, la EPOC constituye en la actualidad la cuarta causa de muerte entre los varones, con una tasa anual de 52 fallecimientos por 100.000 habitantes, y la séptima para las mujeres, con una tasa anual de 17 muertes por 100.000 habitantes. Al igual que sucede con otras enfermedades crónicas relacionadas con el tabaco, la distribución de la EPOC depende fundamentalmente de dos factores: de los efectos relacionados con la exposición tabáquica y del envejecimiento paulatino de la población. Debido a la incidencia futura de ambos factores no resulta difícil prever que la incidencia futura de la EPOC en España será relativamente más importante que en el resto de países de nuestro entorno. Estas previsiones se sustentan sobre dos hechos fundamen-

tales: en primer lugar, estar situados a la cabeza de Europa en tabaquismo en adolescentes y entre los primeros del mundo en mujeres; y, en segundo lugar, debido a las estimaciones de población.

En España, según el estudio IBERPOC, la EPOC afecta a un 9 por ciento de personas entre 40 y 69 años, y este porcentaje se eleva a un 20 por ciento entre las mayores de 65 años. Unido a esta alta prevalencia hay que tener en cuenta su morbi-mortalidad asociada, las repercusiones laborales que ocasiona, el grave deterioro de la calidad de vida de estos enfermos, el gran consumo de recursos sanitarios y el alto coste económico que repercute en estos enfermos. Se ha calculado que la EPOC ocasiona el 10 por ciento de las consultas de neumología, el 7 por ciento de todos los ingresos hospitalarios y el 35 por ciento de las incapacidades laborales permanentes, por lo que el impacto sanitario, social y económico es elevado. Se estima que el gasto sanitario medio que supone un individuo desde el momento que se le diagnostica la enfermedad, alrededor de los 50 años, hasta el final de su vida, asciende a más de 40.000 euros.

Por este motivo, el uso de la evaluación económica en esta enfermedad es especialmente útil, máxime cuando a finales de los noventa se apuntaban una serie de evidencias que sugerían que la atención a estos enfermos no era todo lo efectiva y eficiente que se podría esperar. Hay que señalar, cómo se ha comentado ya en alguna ocasión, que el objetivo de la evaluación económica no es gastar menos, sino hacerlo de forma más eficiente. En este sentido, dejar de realizar intervenciones efectivas o realizarlas de forma inadecuada ocasiona una pérdida importante de beneficios y, además implican unos costes innecesarios. Máxime en una enfermedad como la EPOC que hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba una enfermedad irreversible y de escaso interés terapéutico y en la que sin embargo diferentes ensayos clínicos

» Se estima que el gasto sanitario medio que supone un individuo desde el momento en que se le diagnostica la enfermedad, hasta el final de su vida, asciende a más de 40.000 euros.

» En España, según el estudio IBERPOC, la EPOC afecta a un 9 por ciento de personas entre 40 y 69 años, y este porcentaje se eleva a un 20 por ciento entre los mayores de 65 años.

han demostrado la efectividad de nuevos tratamientos.

Así, en la guía publicada por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) para el manejo de la EPOC aparecen recomendaciones positivas en lo referente a los broncodilatadores de larga acción, los corticoides inhalados, los mucolíticos y antioxidante N-acetilcisteína, la rehabilitación y la ventilación no invasiva. Así el NICE recomienda el uso de broncodilatadores de larga acción en pacientes que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento con dilatadores de corta acción.

Además recomienda que se añadan los corticoides inhalados en pacientes con pacientes con VEF1 menor al 50 por ciento del valor predictivo y con historia de una o más exacerbaciones en el último año. En este sentido, los análisis de evaluación económica han demostrado que el tratamiento regular con broncodilatadores de larga duración es más eficiente que los de corta duración, ya que a pesar de ser más caros, los 2-agonistas, como el broncoral, y anticolinérgicos de larga duración han demostrado disminuir las exacerbaciones en aproximadamente un 25 por ciento, mejorar la calidad de vida y aumentar levemente el FEV1, sin modificar la mortalidad.

Diversos trabajos han analizado recientemente el coste anual de los pacientes con EPOC en España. Así en un trabajo sobre pacientes con EPOC seguidos en Atención Primaria durante 12 meses, se estima el coste total por paciente en un intervalo de 1992 en 2.306 euros por paciente y año, siendo el componente más elevado el coste de la hospitalización (de 788 a 1.766 euros), seguido del coste de los medicamentos (412 a 492 euros) y de las visitas a urgencias (134 a 195 euros). Por otro lado, en un reciente trabajo publicado este verano se estudia el coste de los tratamientos farmacológicos de la EPOC en España, estimándose el coste medio de la medicación por paciente y año entre 1.218 y 1.314 euros, siendo el intervalo de coste ideal entre los 1.007 y los 1.021 euros por paciente y año, por lo que la implantación de guías de práctica clínica podría implicar un ahorro de 198 a 293 euros por paciente y año. Por último, un estudio realizado en Italia sobre el coste efectividad de la combinación de broncodilatadores y corticoides inhalados de muestra que la combinación formoterol/budesonide es coste-efectiva y tiene el menor incremento marginal de coste en comparación con el resto de combinaciones analizadas. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

De Miguel Díez J, Garrido P C, Carballo M G, de Miguel A G, Gutiérrez J R, Cano J M, Barrera V H, García R J. *Determinants and predictors of the cost of COPD in primary care: a Spanish perspective. International Journal of COPD* 2008; 3(4): 701-712

Miravittles M, Brosa M, Velasco M, Crespo C, Gobartt E, Diaz S, González-Rojas N. *An economic analysis of pharmacological treatment of COPD in Spain. Respiratory Medicine* 2009; 103(5): 714-721

Dal Negro R, Eandi M, Pradelli L, Iannazzo S. *Cost-effectiveness and healthcare budget impact in Italy of inhaled corticosteroids and bronchodilators for severe and very severe COPD patients. International Journal of COPD* 2007; 2(2): 169-176

Figueras M. *Farmacoeconomía y EPOC. Valoración económica de las intervenciones sanitarias. ExpMed. Barcelona, 1997.*

García Ruiz, A.J et al. *Utilización de recursos y costes directos sanitarios de la EPOC en atención primaria de salud (estudio EPOC-AP). Rev Esp Econ Salud* 2003;2(3):176-181



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 «JJC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m²) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decubito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m²). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldoosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldoosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía 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, ketoconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos** *p. ej.* carbamazepina, fenobarbital, fenitoina, fosfenitoina, primidona), *riampicina*, *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. antidepressivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hipotensión. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuente. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo, Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperdidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artalgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso sin haberse observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraja, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor articular, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis** **Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistólica 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 glucomato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Sílice coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** **Dafiro 5 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Rojo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Período de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimbleshurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** **Dafiro 5 mg/160 mg:** EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 -24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiada. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** **Dafiro 5 mg/160 mg** comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. **Dafiro 10 mg/160 mg** comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por **ESTEVE**

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

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

Los jueves de Medical Economics

Sistema Sanitario Autonómico: ¿quiebra o fortalecimiento del SNS?



Cohesión, equidad, solidaridad y accesibilidad, junto con gratuidad (supuesta) y universalidad son los distintivos del Sistema Nacional de Salud. Mas, ocho años después de completarse las transferencias sanitarias, los cuatro primeros conceptos se hallan en cuestionamiento. ¿Hay un SNS o 17 sistemas autonómicos de salud? ¿El sistema sanitario autonómico, ¿quiebra o fortalece el SNS? Para buscar respuestas a estos interrogantes, MEDICAL ECONOMICS reunió a tres ponentes representativos de otras tantas posturas que los expertos defienden acerca del tema planteado: el ex ministro de Sanidad Julián García Vargas, el consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Manuel Cervera Taulat y el ex consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha y presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Roberto Sabrido Bermúdez. Bajo la dirección de Guillermo Sierra, el acto, al que asistieron cerca de un centenar de médicos y expertos en Sanidad, estuvo moderado por Gonzalo San Segundo, director asociado de la revista.

Suplemento coordinado por G.S.S.

Con la colaboración de





JULIÁN GARCÍA VARGAS

Ex ministro de Sanidad y Consumo y consultor en temas sanitarios.

“El Ministerio de Sanidad es necesario y debe tener el liderazgo”

“El Ministerio no puede desaparecer porque el Sistema Nacional de Salud es demasiado potente para poder prescindir de un territorio común. Como factor de disgregación, a veces esa coyuntura política ha hecho perder grandísimas oportunidades”.

Raymond Carr dijo hace un cuarto de siglo que “la oferta de las identidades es una pequeña fatalidad hispánica”. Se refería, entre otras cosas, al problema autonómico español. Nos agobia un poco esto de las identidades. Pero es verdad que lo llevamos mucho mejor que antes. Y es que casi todas las comunidades autónomas están más atentas a reforzar la identidad que a la verdadera eficacia de las competencias que les han sido transferidas. Creo que la reforma de los estatutos recientes ha sido un error. Porque estamos todavía con las consecuencias de la reforma de los estatutos en medio de una crisis, que es la más importante de los últimos 80 años.

En Sanidad, las comunidades autónomas han caído también un poco en esto. Han distraído mucho el que quisieran añadir una prestación estrella. Y luego todas han ido a una interpretación un poco particular de la Ley General de Sanidad. En la Comunidad Valenciana se habla de departamentos, en Andalucía de distritos y en Madrid de área única. Es decir, que se coge la Ley de Sanidad y se aplica bien. Pero le vamos a cambiar el nombre porque nos vamos a diferenciar un poco. Lo cual hace difícil a veces seguir el discurso.

Y algo verdaderamente tremendo es que se ha intentado que las tarjetas sanitarias, un elemento de identificación del paciente y facilitador de su movimiento, sean “originarias”. Luego ha habido que gastar dinero para que fueran compatibles. Hemos inventado un Plan Avanza, que seguramente es algo keynesiano también, como el plan de las aceras. Pero en cualquier caso, hemos sufrido bastante. Y hemos corrido el riesgo, muy serio, de que el estado autonómico entrara en una fase de disfuncionalidad. Todavía hay elementos de disfuncionalidad. Por ejemplo, no he visto en las comunidades autónomas reducir consejerías. O tener algún gesto de re-

ducir el número de gente que tiene vehículo oficial. No lo hemos visto todavía. Sin embargo, se quejan mucho de que el Estado no les financia adecuadamente, etcétera.

Consejo Interterritorial de Salud

Ha habido en algún momento incluso un factor todavía más serio sobre lo que acabo de decir: entender que la comunidad autónoma forma parte del sistema constitucional de oposición al Gobierno que tiene la mayoría en el Parlamento. Hemos visto cómo desde una comunidad autónoma bastaba que el Gobierno anunciara una ley para que dijera: “Yo no la voy a aplicar”. Hombre, si no la ha aprobado todavía. En eso han caído el PP, el PSOE y no digamos los nacionalistas. Dentro de estos factores para la disgregación nos hemos encontrado que hubo una equivocación al redactar la Ley General de Sanidad. Probablemente porque no se tuvo en cuenta la potencia que iban a tener estos factores de diferenciación y de potenciación de la identidad. Y es que al Ministerio de Sanidad se le dieron bastantes pocos elementos de coordinación. Los pocos que se le dieron, además, han sido muy difíciles de poner en marcha.

Hubo en ese aspecto una ambigüedad que luego se ha traducido en una imposibilidad de crear mecanismos verdaderamente eficaces. El Consejo Interterritorial de Sanidad, que fue el primero que se puso en marcha, creo que funciona bastante bien, en general. Con alguna época en la que se convirtió en un foro político, debido a esto que mencioné antes de usar la autonomía como elemento de oposición. Y eso lo debilitó bastante. Hay un problema y es que el Consejo Interterritorial depende mucho de la voluntad del ministro de ejercer su función de líder del sistema, lo que al Consejo le da una cierta falta de homogeneidad en el tiempo. Ha ha-

bido épocas muy productivas y épocas bastante estériles, pero como instrumento siempre ha funcionado.

El Ministerio de Sanidad es necesario, es el que debe tener el liderazgo. Por mucho de que digan que va a desaparecer y tal, el Ministerio no puede desaparecer, porque el Sistema Nacional de Salud es demasiado potente para poder prescindir de un territorio común. Como factor de disgregación, a veces esa coyuntura política ha hecho perder grandísimas oportunidades. Y la más grande que se perdió al no poner la Sanidad en un plano político un poco más elevado y más compartido fue en la Conferencia de Presidentes del año 2006. Yo viví aquello como un auténtico espectáculo.

Quisiera terminar con un ejemplo de descoordinación y de pérdida de oportunidades del cual normalmente no se habla. Estamos hablando de un nuevo modelo económico para España. Va a ser la tarea de una generación. Y que tiene que empezar por la educación, por la formación profesional, por la universidad, en fin, por las actitudes, por los valores. Esto del nuevo modelo es bastante más complicado. Me refiero al caso de las tecnologías aplicadas a la Sanidad como oportunidad perdida de reforzar lo que llamamos el nuevo modelo. Es paradigmático de lo cerrado sobre sí mismo que está con frecuencia el sistema sanitario y lo poco que se utiliza para ayudar a otros sectores. Desarrollar la industria, desarrollar unas capacidades como país. No gastamos mucho en tecnologías de la información, tenemos que ir a más.

La cita previa, la historia clínica, la receta electrónica, la telemedicina —que debería llamarse más bien telediagnóstico—, las imágenes, la gestión de los hospitales... A todas las comunidades autónomas les he oído hablar sensatamente de lo que quieren hacer en ese terreno. Pero nunca he oído a un consejero que diga: “Hemos creado un consorcio de mi comunidad autónoma con las cuatro de alrededor, o con las ocho de más allá, que son de mi color político o son más amigos míos, para hacer un desarrollo conjunto que nos permita ahorrar y que nos permita luego tener una patente que va a ser nuestra —porque la vamos a compartir con las empresas—, y que nos permita luego ir a otro sitio y decir: este producto es nuestro”.

El mensaje tendría que haber sido: “Estoy creando un programa conjunto para ahorrar y generar un producto que nos sirva a todos,

compartir costes, y lo vamos a hacer con empresas españolas o regionales. Cada uno con las suyas. Porque luego, al final, estas empresas se fusionan y terminan siendo nacionales”. Ahora que hablamos de nuevo modelo, del conocimiento, etcétera, deberíamos pensarlo para promover una industria de tecnologías de la información. Aquí se ha trabajado más con multinacionales que con las empresas nacionales. Porque les hemos comprado para apuntarnos el tanto de que éramos los primeros en la tarjeta o en la historia clínica. Les hemos comprado productos que ya estaban hechos. Poco a poco, esto se ha ido corrigiendo, y varias comunidades autónomas, como Andalucía, Cataluña y Galicia, han potenciado empresas regionales. Pero hemos perdido una oportunidad colectiva. No tenemos una tarjeta sanitaria que podamos decir: “Ésta es la tarjeta sanitaria del SNS para exportarla”.

Menos mal que ha venido el Plan Avanza, la solución para todo esto. Es decir, después de haber gastado dinero se pone más dinero. Y se hace todo compatible. No está mal, porque el Plan Avanza se hace en su mayoría con empresas españolas.

Historia clínica y receta electrónica

Pasa un poco lo mismo con una historia clínica común. Hace poco se consensuó que hubiera contenidos comunes en el Consejo Interterritorial. Pero hombre, que ya está implantada en las comunidades autónomas. Podrían haberlo acordado antes de empezar. Habrá que rehacer parte de lo que han hecho ya las nueve o diez comunidades autónomas que la tienen implantada o en marcha. En fin, con la receta electrónica pasa lo mismo.

Termino diciendo que la crisis, como va a durar un poco, nos va despabilar bastante y nos va obligar a hacer las cosas de otra manera. Nos va a obligar a comprender y a reconocer que hemos pasado de nuevos ricos a clase media. La crisis nos va a obligar a repensar algunas cosas del Sistema Nacional de Salud, como cómo gastar menos y cómo explicárselo a los ciudadanos. Porque gastar menos es relativamente fácil, explicarlo no es tan fácil.

Probablemente de esta crisis salgamos como país, pero sobre todo como Sistema Nacional de Salud, un poco menos seguros de nosotros mismos. Y un poco más inteligentes. ■



El conseller de Sanitat, Manuel Cervera (izda.), departe con Julián Ruiz Ferrán, de Medical Finders; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; y Guillermo Sierra, director de Los Jueves de *Medical Economics* (de izda. a dcha.).



De izda. a dcha., Roberto Sabrido, Julián García Vargas, Gonzalo San Segundo y el conseller Manuel Cervera.



Manuel García Abad (izda.) y Guillermo Sierra (dcha.) en la inauguración de la jornada.



José Manuel Solla, presidente de SEMG, participó en el debate.



La sostenibilidad del sistema sanitario en el futuro captó la atención del público asistente.



José Antonio Martínez Pérez, director de la revista *DPM* (izda.) con Honorio Bando, de Idepro (dcha.).



Belén Prado, viceconsejera de la Consejería de Sanidad de la CAM, con Julián Ruiz Ferrán.



De izda. a dcha., Guillermo Sierra, Ignacio Riesgo, de PricewaterhouseCoopers; y Fernando Magro, de RR.II de Esteve.



De izda. a dcha., Roberto Sabrido, Fernando Magro, Ignacio Riesgo, Julián García Vargas y Gonzalo San Segundo.



Mariano Avilés, presidente de Asedef, (izda.) con Pedro García, de la Oficina del Defensor del Paciente.



Alfonso Monfort, consejero de Rovi (izda.); Marisa Calderón, de HM Hospitales; con Manuel García Abad y Honorio Bando.

“Los ciudadanos de este país deben tener los mismos derechos en cualquier comunidad”

“Debe haber una misma financiación para todas las comunidades. Y la peor financiada es la Comunidad Valenciana, que recibe unos 2.400 euros por habitante, lo que está a años luz de lo que recibe Cantabria, unos 3.500 euros, la que más”.



MANUEL CERVERA TAULET

Conseller de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

Soy un convencido de la sanidad pública, que es patrimonio de todos los españoles, por lo que creo que debemos hacer un esfuerzo para que su sostenibilidad se mantenga en el tiempo. La gestión eficiente a nivel estatal es un hecho constatable: somos uno de los países que menos parte del PIB dedica a Sanidad y además, ésta llega a todo el mundo, es universal y gratuita. Eso quiere decir que en España con menos hacemos más cosas. Y no sólo eso. Además, soy de la opinión de que hacemos las cosas bien. No obstante, tenemos algunos retos a los que debemos dar solución:

1. Los ciudadanos eligen cada vez más ser atendidos en tiempo y forma y calidad inquestionable, y que el resultado sea bueno.
2. Incremento constante del gasto sanitario. Cada vez cuesta más la tecnología sanitaria, de la comunicación, etcétera.
3. Vivimos en un ambiente competitivo para nuestros profesionales.

A todo ello hemos de añadir que vivimos en un sistema sanitario autonómico, un sistema de las autonomías, en el creo firmemente, pero que tiene una serie de inconvenientes que no podemos dejar de mencionar. Hablaré de la Comunidad Valenciana, mi comunidad.

Somos la segunda comunidad que más ha aumentado en población en los últimos años, sin ser capital del Estado, concretamente un 27 por ciento en los últimos 10 años, población que es atendida sin una financiación suplementaria. Y esto tenemos que arreglarlo, pues es una desventaja que se está renegociando.

Hay que tener en cuenta que la media de este país en cuanto a población ha crecido un 14 por ciento. En Valencia, gastamos 1.240 euros por habitante, que dista mucho de los 1.600 euros que se gasta el País Vasco, que es la comunidad que más gasta por habitante.

El sistema puede generar diferencias en la calidad de la asistencia. Valencia es una comunidad bien situada en demoras. Pero a mi pare-

cer debería ser igual el tiempo de espera en todas las comunidades autónomas.

Además, con el sistema autonómico, las comunidades no participamos en la toma de decisiones importantes en Sanidad y que nos afectan en primera persona.

Existe, además, una total ausencia de planificación y se producen “robos” de profesionales. Se les llama de otras comunidades distintas a la suya para que se vayan allí a trabajar.

Apuesta por la descentralización

Pero he de decir que este sistema también genera ventajas, y por ello es obligado decir que lo positivo es mayor que lo negativo en el sistema autonómico. Es evidente que un gerente regional conoce mejor la situación en la que se haya. En este sentido, yo apuesto por la descentralización, y he de mencionar que nuestra comunidad, por ejemplo, está trabajando en la primera historia clínica común.

Existe el Consejo Interterritorial, que es el máximo órgano de gobierno y control del sistema sanitario en España; funciona y ha funcionado bien en general, aunque le falta algo de homogeneidad. Siempre se ha dicho que no sirve, que está muy politizado, pero a favor también he de decir que hoy, con Trinidad Jiménez como ministra de Sanidad y Consumo, está menos politizado que nunca.

Es evidente que para que el sistema se mantenga en el tiempo hemos de estar cohesionados. Los ciudadanos de este país deben tener los mismos derechos, estén en la comunidad autónoma que estén. Y para ello debe haber una misma financiación para todas las comunidades. Y la peor financiada es la Comunidad Valenciana, que recibe unos 2.400 euros por habitante, lo que está a años luz de lo que recibe Cantabria, unos 3.500 euros, la que más. De ahí que sea de vital importancia llegar a un pacto por la Sanidad. ■



ROBERTO SABRIDO BERMÚDEZ

Ex consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha.

“En Sanidad, estamos en un Estado más cohesionado que nunca”

“Creo firmemente que estamos en un sistema fortalecido y, por lo tanto, cohesionado, que tiene una cartera de servicios muy similar. Pero nunca podremos todos los ciudadanos tener el mismo acceso a los servicios”.

Se pueden hacer dos planteamientos. Si hay quiebra o fortalecimiento en 17 sistemas autonómicos desde el punto de vista financiero, es decir, si se necesita mayor financiación o no. Y luego está, si este Sistema Nacional de Salud con 17 autonomías gestionando sus servicios de salud, produce cohesión y fortalecimiento al Sistema Nacional de Salud. Rotundamente: sí. ¿Por qué creo que le fortalece? Porque le cohesionan. El Sistema Nacional de Salud español está en estos momentos más cohesionado que nunca en la historia.

Un sistema fuerte

Solemos decir que es cohesión que todos los médicos cobren lo mismo. Pues no, además no soy partidario de que todos cobren lo mismo. Ni siquiera dentro de la misma comunidad. Soy partidario del que trabaje más, cobre más. Y soy partidario del que vaya a un sitio donde no quiere ir nadie, cobre más. Simplemente por el mero hecho de ir a ese sitio. Eso es un síntoma claro de que el Sistema de Nacional de Salud es diverso, plural y más cohesionado. Y, por lo tanto, más fortalecido que nunca.

Porque ha acercado los servicios a los ciudadanos, servicios que no se tenían. Tener nefrología en un hospital no es ninguna prestación estrella, tampoco lo es tener una resonancia, u oncología radioterápica. En el siglo XX en Castilla-La Mancha no había nada más que una unidad. La descentralización sanitaria ha supuesto más servicios para los ciudadanos. Pero no más servicios por tener todo de todo, sino más servicios básicos. En una tierra como Castilla-La Mancha, un ciudadano se tenía que hacer para acudir al especialista una media de 140 kilómetros al día, en viaje de ida y vuelta. Ahora, para acudir al especialista se hace una media de 35, con los centros de especialidades que hemos puesto y demás. Creo que esto fortalece.

El Ministerio tiene que hacer un esfuerzo importante en el tema de los servicios de referen-

cia. Que ya lo está haciendo. Pero ahora vienen a Madrid un 60 por ciento menos de castellano-manchegos de los que venían antes. En Castilla-La Mancha hemos aumentado la población, desde que tenemos las transferencias sanitarias, un 19,5 por ciento. Y hemos incrementado la plantilla de profesionales en un 54 por ciento. Eso es más cohesión. Tenemos ahora 2.110 médicos más que en 2001. Y siguen faltando médicos. Todo esto hace que estamos en un Estado más equitativo, más igual, más cohesionado. Estamos en un Estado más cohesionado que nunca. Si repasan ustedes otras políticas sociales, posiblemente no haya tanta cohesión como en la sanitaria.

Se ha aplicado con el sistema autonómico el mismo sistema que ha aplicado la Unión Europea: el que más tiene más cede para que el otro pueda tener igual que yo. Y esa es la gran ventaja del Estado autonómico. Eso es lo que está haciendo ahora que tengamos un sistema de salud más equitativo que nunca.

Creo firmemente que estamos en un sistema fortalecido y, por lo tanto, cohesionado, que tiene una cartera de servicios muy similar. Pero nunca podremos todos los ciudadanos tener el mismo acceso a los servicios. Porque hay incluso diferencias entre los que viven en la zona rural y los que viven en la zona urbana en cuanto al acceso. Es que geográficamente somos así. Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud no está dividido en 17 servicios de salud, sino formado por 17 servicios de salud.

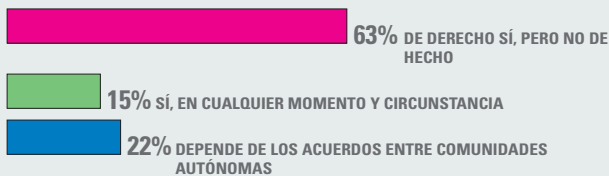
Pero, evidentemente, tenemos que seguir mejorando mucho en fortalecerlo desde el punto de vista financiero para que no haya una quiebra social y económica. Y en época de crisis, todo el mundo tendrá que ajustarse el cinturón. Y agudizar el ingenio. Creo también que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha sido un buen instrumento, pero creo que también es manifiestamente mejorable en cuanto a los acuerdos. ■

Sesión interactiva

El Ministerio es clave para garantizar la cohesión del sistema

Una mayoría amplia de los asistentes a la jornada cree que los españoles, de hecho, no tienen igualdad de acceso a los servicios sanitarios y que el Ministerio es clave para garantizar la cohesión del sistema. Asimismo, aseguran que hay un SNS dividido en 17 piezas ó 17 sistemas de salud diferentes.

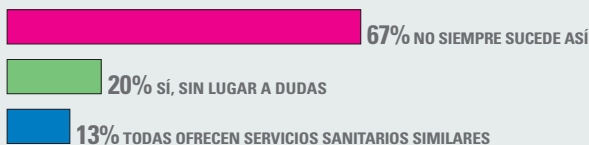
1.- ¿Tienen los españoles igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en toda España?



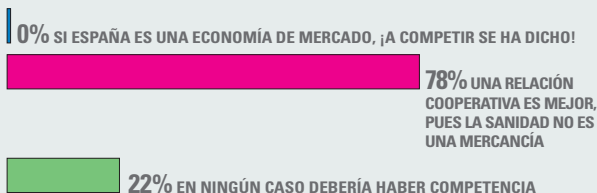
2.- ¿Cree que los españoles deben recibir servicios sanitarios semejantes sin soportar niveles impositivos diferentes?



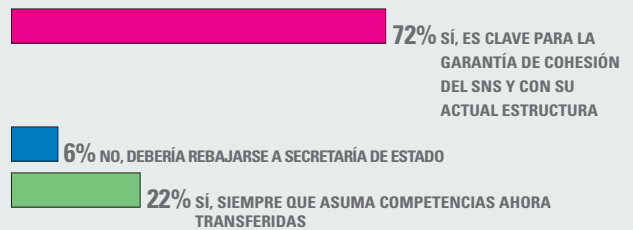
3.- ¿Son las CC.AA. que más gastan en Sanidad las que mejores servicios sanitarios ofrecen?



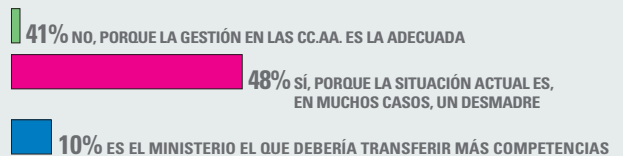
4.- ¿Cree que las CC. AA. deben competir por ofrecer las mejores prestaciones sanitarias o bien es mejor que cooperen entre ellas?



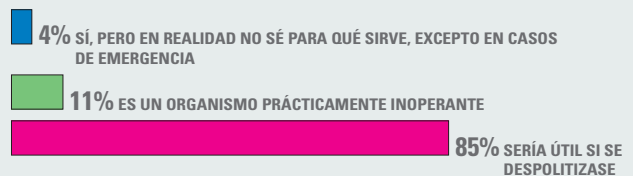
5.- ¿Cree que debe seguir existiendo el Ministerio de Sanidad?



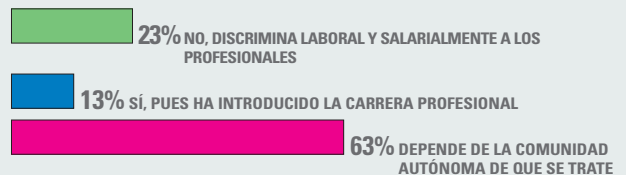
6.- ¿Deberían las CC.AA. ceder competencias al Ministerio de Sanidad?



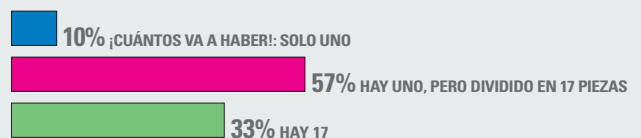
7.- ¿Sirve para algo el Consejo Interterritorial?



8.- ¿Cree que el Sistema Sanitario Autonómico beneficia al profesional de la salud?



9.- ¿En su opinión, ¿hay un solo SNS ó 17?



Gestión en Atención Primaria

Elementos para un nuevo sistema sanitario



Ramón Morera Castell*

No nos durmamos! Nuestro modelo de servicios sanitarios está obsoleto. Damos servicio a una sociedad que evoluciona muy rápido, a la velocidad del relámpago: cambios demográficos, tecnológicos, económicos, medioambientales, científicos, etc. Los paradigmas actuales están superados. Nuestros hospitales o servicios de Atención Primaria necesitan una nueva visión.

El desarrollo de los servicios sanitarios ha llevado a avances muy significativos, pero también ha producido un desarrollo fragmentado de la atención sanitaria y un proceso de medicalización que pone en riesgo al paciente y la sostenibilidad del sistema, haciendo que los profesionales no estén satisfechos. Se ensaya con experiencias de gerencia única o territorial a través de la integración vertical con resultados insuficientes, se incorporan nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que no siempre responden a las expectativas, y la previsión de incremento de los costes sanitarios alarma a las consejerías de todas las comunidades.

Pero el sistema sigue avanzando día a día, se crean nuevas unidades, nuevas especialidades, se incorporan nuevas tecnologías diagnósticas y nuevos fármacos, pero: ¿tenemos claro hacia dónde vamos?, ¿el desarrollo actual nos conducirá a mejorar los resultados de salud de forma eficiente?, ¿los profesionales mejorarán su nivel de satisfacción?

Como asegura Rafael Bengoa: "Nos encontramos empantanados en un entorno interno estanco frente a un entorno externo en constante cambio. No todos los problemas están fuera del sistema de salud". Es

importante analizar también la organización internamente porque estos retos internos son más controlables que los externos.

Nuestro sistema sanitario ha de plantearse nuevos elementos conceptuales e incluso nuevos valores que enmarquen su desarrollo. En este sentido, es ampliamente compartido el concepto de atención integrada (AI) frente al modelo actual de fragmentación de la atención. La coordinación de niveles, objetivo tradicional de todos los sistemas de salud, está siendo ampliamente superado y conceptualizado y se ha convertido en la principal meta de los servicios con el fin de modernizarse y dar la mejor respuesta a demandas y necesidades de las comunidades que atienden. La AI plantea objetivos mucho más allá de la coordinación de niveles asistenciales o la coordinación de servicios sociales y sanitarios, plantea nuevos modelos de atención que, para implantarlos, es preciso superar elementos culturales fuertemente arraigados en nuestras organizaciones y plantearse nuevos modelos paradigmáticos.

En mi opinión, los elementos que es necesario priorizar para avanzar hacia esta dirección son diversos. En primer lugar, una nueva mirada a los ciudadanos: la atención sanitaria ha de centrarse en la persona, pero también en la familia (en todos sus modelos) y en la comunidad. El sistema sanitario mejora la salud de las personas en actuaciones individuales, pero no se orienta suficientemente al conjunto de la población, descuida la visión de comunidad y se pierden opciones trascendentes de mejora. Paralelamente, es importante el desarrollo de servicios de salud pública, pero lo más im-

» Nuestro sistema sanitario ha de plantearse nuevos elementos conceptuales e incluso nuevos valores que enmarquen su desarrollo.

» Es imprescindible desarrollar nuevas estrategias ambiciosas entre servicios de internamiento, servicios de urgencias, atención especializada ambulatoria, Atención Primaria y servicios sociales.



portante es crear modelos que permitan la sinergia entre la salud pública, los servicios sanitarios y los ayuntamientos. Otro elemento de esta nueva mirada a la comunidad se basa en valorar que no toda la población precisa la misma respuesta estándar del sistema sanitario. Las poblaciones se pueden visualizar de forma segmentada según las necesidades de salud a través de modelos predictivos. Tenemos suficientes datos de consumo de servicios sanitarios y de experiencias internacionales para visualizar que ciertas poblaciones precisan de nuevos modelos de atención proactiva con visión integral. Son los pacientes con procesos crónicos y los pacientes complejos. En este sentido, es imprescindible desarrollar nuevas estrategias ambiciosas entre servicios de internamiento, servicios de urgencias, atención especializada ambulatoria, Atención Primaria y servicios sociales. La consultora Kaiser Permanente ha demostrado: "El descenso de las tasas de hospitalización se relaciona con la existencia de potentes programas específicos de coordinación Atención Primaria-especializada". La clave está en compartir objetivos con procesos de atención establecidos y sistemas de información orientados a las nuevas metas. En definitiva, trabajar en red y contar con todos los agentes que en una comunidad aportan valor a la salud. Otro error es centrar nuestros esfuerzos en las integraciones verticales de estructuras que generan una falsa percepción de integración en vez de trabajar por la integración horizontal funcional y centrada.

La medicalización excesiva y la pérdida de la capacidad de los ciudadanos de responsabilizarse de cuidar suficientemente de su salud han generado una situación de consumo sanitario desproporcionado y a menudo irracional. Más consumo de fármacos, más visitas a los médicos de Atención Primaria, más superespecialización, más estudios diagnósticos y más complejos, más visitas a urgencias, más consultas indiscriminadas ambulatorias a hospitales, más ingresos etc., no siempre aportan más salud, generan pér-

dida de seguridad clínica, iatrogénica y consumen los recursos sanitarios de forma ineficiente. Hemos de racionalizar esta dinámica.

En este sentido, tenemos que facilitar el despliegue competencial de las enfermeras y hacer que el ciudadano conozca mejor las oportunidades que éstas le ofrecen para su salud, desde la atención en los problemas agudos hasta la gestión de los pacientes complejos. Así, los médicos no tenemos que tener temor a esta nueva realidad. También hay que racionalizar la incorporación tecnológica y farmacológica y se ha de hacer a partir de una agencia estatal de evaluación, y los profesionales debemos incorporar esta nueva inquietud y saber racionalizar los procesos de atención para evitar la medicalización excesiva.

Función de la AP

Otro elemento de enorme trascendencia es la necesidad de recuperar la función de *gatekeeper* de la Atención Primaria. Es esencial que el acceso del ciudadano a cualquier nivel de atención especializada sea a través de la Atención Primaria, excepto en las lógicas situaciones de gravedad o urgencia real. La función de garantizar la atención médica con visión integral e integrada tiene que ser del médico de familia.

Las TIC nos han abierto un abanico de nuevas oportunidades para mejorar los servicios, oportunidades que no hay que perder. Pero no toda la oferta y desarrollos están orientados a lo realmente importante, a la mejora de la salud, y a favorecer el trabajo de los profesionales; a veces, las ansias de control y el no contar con los profesionales nos lleva a implantar tecnologías que resultan ineficientes. También es importante considerar las amenazas a la confidencialidad, valor que no debemos menospreciar. Como siempre, a los directivos se les presentan grandes retos pero, en este caso, impregnarse de las nuevas metas, la gestión del cambio cultural y la innovación tiene que figurar en las primeras posiciones de sus prioridades. ■

Sección patrocinada por:



La AP bajo presión

Se resienten la asistencia y la calidad sanitarias

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

Son muchas las causas que originan la presión asistencial en la Atención Primaria. Aunque algunos sostienen que es una cuestión de percepción del profesional, los más apuntan hechos concretos que la motivan: cupo de pacientes elevado, exceso de burocracia, ausencia o escasa autogestión

en los equipos, o el establecimiento del área única en la Comunidad de Madrid. Las administraciones sanitarias tienen en su mano la solución al problema que, generalmente, no aplican, por lo que la asistencia sanitaria y la calidad de la misma se ven resentidas.



Atención Primaria

Desde hace algunos años, la presión asistencial que sufre el médico de Atención Primaria va *in crescendo*. Unas veces, la causas o motivos que la provocan son exógenas, procedentes del sistema sanitario y de la sociedad. Otras veces tienen carácter endógeno, con origen en el propio empleador, es decir, las administraciones sanitarias. Y un tercer grupo lo encontramos en el propio médico y en sus pacientes.

Qué duda cabe que la presión asistencial redunde en el propio ejercicio profesional y en la calidad de la asistencia sanitaria; repercute también en el propio sistema sanitario, no sólo de forma económica, sino también en su imagen y valoración por los ciudadanos, sin olvidar sus efectos en la vida personal y familiar del médico.

Para analizar y debatir acerca de esta problemática, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda moderada por José María Martínez y Gonzalo San Segundo, directores asociados de la revista, y que contó con la participación de Maribel Castillejo Jurado, médico de AP rural en Montilla (Córdoba); Paulino Cubero González, presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaFyC); Manel Ferrán Mercadè, médico de AP del Centro Raval Sur de Barcelona y miembro de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic); Montserrat Figuerola i Batista, directora de Asuntos Asistenciales del Instituto Catalán de la Salud (ICS); Elena Ruiz de la Torre, miembro del Foro Español de Pacientes y presidenta de la Asociación Española de Pacientes con Cefaleas; y Ana Sánchez Fernández, viceconsejera de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

MEDICAL ECONOMICS: *Podríamos empezar por definir qué se entiende por presión asistencial...*

ELENA RUIZ: Los pacientes vemos la presión como la problemática de los médicos de AP en su descoordinación o desfase de poca puesta al día. Creemos que hay más demanda que oferta médica en estos momentos. Hay médicos que reciben a más de 50 pacientes, médicos que se sustituyen y no le dan seguimiento a un crónico. Y existe descoordinación entre los profesionales, entre Primaria y especializada. Y pasan muchos días sin que el paciente tenga un diagnóstico. Además, se acumulan colas en urgencias. No se hace un buen uso de la urgencias. Hay que educar al paciente a hacer un uso eficiente de la Primaria.

MANEL FERRÁN: A mí me gusta más hablar de carga que de presión asistencial. Pero son sinónimos. La primera es el equilibrio entre la gente que un médico tiene asignada, y en ese factor influye la edad, y el uso y la demanda que la población hace de esos servicios. Los médicos nos quejamos de la excesiva carga asistencial, con razón. La demanda ha aumenta-

do. Vamos al médico por cosas que antes no se iba. Viene propiciado por la distinta sociedad en que vivimos, por una incorporación de la mujer a la vida laboral y por una presión consumista. Hay necesidad de encontrar soluciones rápidas e inmediatas.



“Lo fundamental es que el profesional vea que cuenta a la hora de organizar el servicio y su propio trabajo para que el paciente se sienta mejor”

– Manel Ferrán Mercadè

ANA SÁNCHEZ: Primaria es una gran desconocida de lo que hace. Estamos dando por sentado que hay presión asistencial, cuando no sabemos qué hay. El indicador de estancias u ocupación no tiene valor. El producto de un hospital está relacionado con el valor y en Primaria se mide el número de veces que los pacientes acuden al médico. Y eso puede

ser porque, sin duda, los médicos gestionan mal las agendas. En Primaria hablamos de que presión quiere decir que el médico ve a 50 pacientes al día. No sabemos lo que pasa en Primaria porque no utilizamos los indicadores de medida de una forma adecuada, como en hospitales o centros de especialidades.

PAULINO CUBERO: Voy a empezar discrepando. No sé si ha aumentado la presión asistencial. Cuando acabé la carrera, yo atendía a una población de más 80 pacientes y al día siguiente 130. O sea, que eran más de los que ahora tengo. La presión no ha aumentado, ha ido disminuyendo. Ahora tengo entre 30-35 pacientes al día. En Holanda esto es impensable. Primaria ha sido el fondo de saco de lo que nadie ha querido. Tenemos la burocracia, que es parte de lo que incrementa la presión. Primaria hace todas las recetas con un sistema que está obsoleto, o con el tema sin resolver de la receta electrónica en algunas comunidades autónomas y dando incapacidades



“No sé si ha aumentado la presión asistencial, pero parte de esa presión es por la burocracia que tenemos. La culpa no la tienen los médicos, sino la Administración”

– Paulino Cubero González

laborales de bajas que ni siquiera lleva el médico de AP. Hacemos una serie de actividades que vienen a parar al médico de Primaria. Y, efectivamente, lo que no sabemos es dónde no manejamos, lo que es muy triste. No es culpa nuestra, de los médicos, sino de la Administración.

MONTSERRAT FIGUEROLA: La presión es una medida de percepción de los propios profesionales que, cuando se ha relacionado con la carga real existente, se ha visto la realidad. Hay equipos que no tienen tanta presión, por tanto, creo que la presión tiene que ver más con la capacidad organizativa de los equipos, y tiene mucho que ver con responder a la demanda de forma adecuada. Lo que no se puede hacer es responder a la demanda de la misma manera siempre igual. No puede ser el crónico igual que el que viene a por una baja o a por un análisis. Como decía Ana, hay que ver qué se está atendiendo desde Primaria. La presión existe, es una realidad, pero las soluciones pueden estar en manos, en algunos casos, de las administraciones, pero en otros son los propios equipos los que tienen la capacidad de aportar las soluciones.

MARIBEL CASTILLEJO: La presión nace del desequilibrio tremendo que hay entre la cantidad enorme de pacientes que tenemos que ver todos los días, que son muchos, y el tiempo que les podemos dedicar. De ahí nace el principal problema y los derivados. Así, las otras labores de la Primaria, la educativa, la formativa, están totalmente abandonadas por la asistencial. La labor asistencial ocupa todo nuestro tiempo y deja de tener la calidad que tiene que tener. Dejamos de explicar a los pacientes protocolos importantes, como qué tienen que hacer en caso de una diarrea común para no venir a la consulta. La presión asistencial repercute en el profesional y le desmotiva. Yo esperaba poder hacer más cosas de las que hago en mi área, y estoy deseando trasladarme a ver si puedo hacer las cosas que todavía me apetece hacer. Si después de veinte años sigo teniendo motivación, es por mí, no porque en mi empresa se me fomenta. Podemos organizar nuestra agenda hasta un límite. En Andalucía existe la llamada “Demora cero”. Es decir, un paciente llama y dice: “Quiero que me vea un médico hoy, y si



Maribel Castillejo Jurado
MÉDICO DE AP RURAL (CÓRDOBA)

“La presión influye en todo. Por ello, generamos más gasto sanitario y gestionamos peor nuestra consulta”.



Ana Sánchez Fernández
VICECONSEJERA DE ASISTENCIA SANITARIA DE LA CAM

“La satisfacción de los profesionales en AP no se compensa con más retribuciones, si no con más cuotas de autogestión”.

no hay cita me la crean”. La demora cero es para todo, y no es lo mismo el paciente que viene por un dolor abdominal, que el que viene con un resfriado o a recoger un informe.

MEDICAL ECONOMICS: *¿De qué modo o maneras ejercen la presión sobre el médico las administraciones sanitarias?*

PAULINO CUBERO: Retomo el tema de la agenda cero, que en otras comunidades se llama “agenda de calidad” y que es una de las cuestiones de divorcio con la Administración por parte de los profesionales. Se llama agenda de calidad, pero es de cantidad, tienes que estar siempre en la consulta para el paciente y es incompatible con la organización del propio trabajo del médico. Eso es una barbaridad. El paciente no puede decir: “Llevo con un dolor de espalda cinco meses y de hoy no pasa”. Y como ese dolor no es una urgencia, que viene de antes, no pasa nada por citarle para dentro de dos días. Y la receta tampoco es una urgencia, cuando el paciente se da cuenta que se le ha acabado el medicamento. No somos expendedores de medicamentos, para eso están las farmacias. Hay que diferenciar lo que es una urgencia y lo que no (que siempre las atendemos). Lo de venga usted cuando quiera, cabrea al médico y no ayuda al paciente en nada.

MARIBEL CASTILLEJO: La supuesta agenda nosotros no la podemos hacer, nos la dan impuesta. La hace el director del centro bajo las premisas del director de distrito. Luego nos dicen que no gestionamos bien nuestra consulta.

MONTSERRAT FIGUEROLA: La Administración tiene responsabilidad sobre la presión asistencial que sufren los médicos. Hay que contar con el equipo. Con equipos aportadores de valor se consiguen más cosas. Es decir, el médico que tenga más dificultades en comunica-

ción que tenga otras funciones dentro del equipo. Soy una convencida de que en los procesos de atención en crónicos no todos tenemos que hacer lo mismo. La clave es diversificar.



“La presión es una medida de percepción de los propios profesionales y tiene que ver con la capacidad organizativa de los equipos”

– Montserrat Figuerola i Batista

MEDICAL ECONOMICS: *El establecimiento del área única en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid, ¿puede ser un motivo de presión para los médicos?*

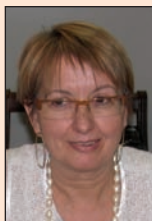
PAULINO CUBERO: Sí, está siéndolo. En Madrid hemos luchado los sindicatos y las sociedades por cosas distintas a esto. Estamos perdiendo tiempo en debatir algo que no era el problema y por eso es una causa más de presión. Nadie tiene en Madrid 2.700 pacientes. Hay un reparto razonable. El problema es cuando el paciente elige un médico porque esté al lado de un centro comercial, colegio, o una farmacia. Entonces, vienen los problemas y una área básica se transforma en otra área básica y se colapsa y hay que meter más médicos. A mi me pagarán más porque estaré viendo más pacientes, pero mis pacientes estarán peor atendidos, y yo estaré mucho más insatisfecho. Sólo podemos hacer medicina de cupo, y que no se nos olvide: estamos haciendo medicina de familia.

ANA SÁNCHEZ: Uno puede ejercer la libre elección, y si un centro está saturado ya no puede hacerlo, simplemente. Nuestros ciudadanos pagan con sus impuestos el sistema público de salud, y los centros de salud y todas sus



Manel Ferrán Mercadè
**MÉDICO DE AP
(BARCELONA)**

“La Administración debe dar a la Enfermería más papeles para ayudar al médico de AP y aliviar su presión”.



Montserrat Figuerola
i Batista

**DIRECTORA
DE ASUNTOS
ASISTENCIALES DEL ICS**

“Lo que nos gustaría es tener profesionales que reconocieran no sentir presión y, además, que se sintieran satisfechos”.

infraestructuras les pertenecen. Pueden elegirlos como quieran. Suponemos a los pacientes una capacidad de inteligencia notable. Por ello, creemos que si va a un centro que le parece que está saturado se va a otro, y si le atienden mal en un centro se irá a otro. Nosotros creemos que el mayor grado de la calidad del servicio público es la satisfacción de los ciudadanos con un centro en concreto. Por tanto, la elección es del paciente.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Son también causa de presión asistencial los bajos salarios (una media de 1.900 euros al mes después de 18 años de trabajo) y las diferencias salariales, a veces muy significativas?*

ANA SÁNCHEZ: En Madrid eso no pasa.

MARIBEL CASTILLEJO: Un médico andaluz en las mismas condiciones de trabajo que un médico asturiano cobra 2.700 euros menos al año.



“La presión nace del desequilibrio tremendo que hay entre la cantidad enorme de pacientes que tenemos que ver todos los días y el tiempo que les podemos dedicar”

– Maribel Castillejo Jurado

MONTSERRAT FIGUEROLA: Creo que tendríamos que comparar todos los indicadores de la Primaria. Los incentivos por objetivos, que es donde se establecen las diferencias entre comunidades y las retribuciones por guardias. Estas diferencias, comparadas, se ve que existen, sí. Se producen si lo tienes todo puesto en

retribuciones básicas o incentivos. Cuando comparas el global, no existen estas diferencias.

MARIBEL CASTILLEJO: En Andalucía tenemos una serie de incentivos por alcanzar una serie de cifras. Estamos todo el día contando (como en Barrio Sésamo). Te cuentan los registros que haces, por bien que hagas tu trabajo no tienes tiempo de registrarlos. Además, tienes la consulta llena, grande y desorganizada. Una cosa que no se registra es como si no se hiciera. Y, encima, no cobramos los incentivos por alcanzar esos objetivos.

ANA SÁNCHEZ: La satisfacción de los profesionales en Primaria no se compensa con más retribuciones, si no con más cuotas de autogestión. Creo que el mensaje de lamento que todos hemos empleado no lleva a nada. Los profesionales se deben poder autoorganizar y organizar las administraciones la incentivar. Los centros de salud deben ser miniempresas con responsabilidad directa sobre todo lo que hacen. Los centros de autogestión de Cataluña funcionan, los pacientes están más satisfechos. La percepción de la presión se alivia avanzando hacia la autogestión.

MANEL FERRÁN: Que el profesional no pueda gestionar su agenda es una auténtica barbaridad. Lo fundamental es que el profesional sienta que cuenta a la hora de organizar el servicio y su propio trabajo para que el paciente se sienta mejor. La Administración debe dar a la Enfermería más papeles para ayudar al médico de AP y aliviar su presión. Ello compensaría el aumento de la demanda. Luego está la burocracia. El problema es que el modelo de receta es de los años 60, cuando empezaba la Seguridad Social. No ha cambiado el modelo y este país ha cambiado muchísimo. Hay que reformar el modelo de receta. Otro tema importante son los sistemas de información en la historia clínica compartida. No requiere mu-



Elena Ruiz de la Torre
MIEMBRO DEL FORO ESPAÑOL DE PACIENTES

“Con todo esto de la presión, a los médicos no les queda tiempo para la formación y para el contacto y reunión con el equipo”.



Paulino Cubero González
PRESIDENTE DE SOMAFYC

“En Madrid está siendo causa de presión asistencial el establecimiento del área única en Atención Primaria”.

cha inversión y es económicamente rentable. La inversión tecnológica es necesaria y mejoraría la presión asistencial.

MONTSERRAT FIGUEROLA: Estoy totalmente de acuerdo con lo que ha dicho Manel. El profesional tiene ganas de ejercer como profesional, decidir en sus agendas. La Administración y las empresas sanitarias hemos de dar por supuesto este tema. ¿Quién decide que un equipo ya tiene suficientes pacientes? Los equipos deben cómo aplican en tu territorio aquello para lo que están constituidos, y que es prestar el servicio. Creo que es lo que quieren la mayoría de los profesionales médicos.

PAULINO CUBERO: La sensación que tenemos los profesionales es que los discursos están muy bien, pero la realidad sigue siendo otra distinta. La realidad es que, una vez que se ha logrado el estado de las autonomías, hay un divorcio entre políticos y profesionales. Los políticos nos coméis el terreno, nos invadís. Hemos participado con entusiasmo en la reforma y hemos pedido siempre participar. No podemos estar siempre en la consulta aunque queramos. Y cuando vemos que estamos al arbitrio de decisiones de arriba, cuando se nos encorseta, vienen los problemas. Cada año cambian los incentivos, se imponen las agendas... Eso no es autogestión. La autogestión es participación. El director de un centro de salud debería tener la capacidad ejecutiva para tomar decisiones y eso no existe hoy, no lo permite la ley.

ANA SÁNCHEZ: El director tiene que tener habilidades y llevarse bien con toda la gente del centro. Cuando la Administración saca una plaza tendrá que coger un perfil de una persona con conocimientos y habilidades en la que confíes y que sea aceptada por el equipo. El nombramiento se hace por la Administración, como en toda España. El mejor en el concurso es el director del centro.

MONTSERRAT FIGUEROLA: En el Instituto Catalán de la Salud hay un debate enorme en este sentido. Aceptamos las propuestas del equipo en función de unas características. Opino que un director que asume unas responsabilidades se debe a una estructura de dirección, pero nunca en contra de un equipo...

PAULINO CUBERO: Claro, y eso es lo que está ocurriendo.

ANA SÁNCHEZ: ¿Dónde está ocurriendo?

PAULINO CUBERO: En Madrid. Te recuerdo, Ana, que en el proyecto que estás bajando no figura la Atención Primaria en ningún sitio.

MANEL FERRÁN: Sobre lo que estáis comentado, soy más partidario del modelo portugués: se presenta una candidatura para ver quién trabaja y quién es el director. Para nombrar al director tiene que haber acuerdo en la mayoría de miembros del equipo. En los años pasados fue así en España. Que sea nombrado



Los participantes en la mesa redonda debatieron acerca de las causas de la presión que sufre el médico de Atención Primaria.

directamente por la Administración, eso no es bueno. El equilibrio hay que encontrarlo. Es fundamental la opinión del equipo, la imposición no lleva a nada. Y es un fracaso.

MEDICAL ECONOMICS: *¿También se registra presión asistencial por parte de los pacientes? Las exigencias y agresiones, la extensión de los partes de baja...*

ELENA RUIZ: El paciente que entra en la consulta y agrade al médico es muy minoritario.

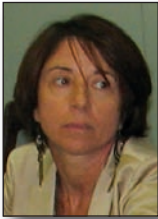


“ Los pacientes vemos la presión asistencial como la problemática de los médicos de AP en su descoordinación o desfase de poca puesta al día”

– Elena Ruiz de la Torre

tario y no sirve de ejemplo de nada, no es representativo de su trato con el médico. Hay que cuidar esto desde el primer día.

ANA SÁNCHEZ: Creo que pacientes somos todos. Yo soy Administración, pero también soy paciente, y tenemos el mismo comportamiento que el resto de los pacientes. Ellos no son el problema, nosotros tenemos que ser la solución. Nos debemos a los pacientes y el sentido es de servicio público. Los ciudadanos consideran la Sanidad un pilar básico de la sociedad del bienestar, y pagan por ello.



“ No sabemos lo que pasa en la Atención Primaria porque no utilizamos los indicadores de medida de una forma adecuada. Los médicos gestionan mal las agendas”

– Ana Sánchez Fernández

PAULINO CUBERO: Lo que está claro es que la presión conlleva problemas y ahí estamos nosotros. No se tiene que llegar al caso de Murcia, pero es cierto que, a quien más o quien menos, los pacientes le han levantado la voz, le han amenazado.

ANA SÁNCHEZ: De algún modo es reflejo de la violencia que está en la sociedad.

PAULINO CUBERO: La forma en que establezcas tu relación con el paciente influye. En nuestra estructura tenemos una ventaja: nosotros somos su médico de AP, el de siempre, tenemos una relación establecida y quizá el paciente se frena más a la hora de cometer una posible agresión verbal o de otro tipo.

MONTSERRAT FIGUEROLA: Estoy completamente de acuerdo con lo que dice Paulino. Cuando miramos la notificación de las posibles agresiones, hablamos con los pacientes que quizá han agredido verbalmente. Cuando estudiamos dónde se producen más, vemos que es en hospitales y no en Primaria. Quizá esa cercanía con “el médico habitual” lo frena. Esto habla del papel pluripotencial del

médico. Es vital el apoyo organizativo para que no todo le llegue al médico.

PAULINO CUBERO: No solo eso, es que las recetas deberían ser automatizadas. Lo que pensamos, los médicos es que las agresiones se dan porque el paciente entra en la dinámica de “tengo derecho a todo”. Déme la baja, envíeme al neurólogo o al especialista X. Le dices que no y viene la bronca.

MANEL FERRÁN: La agresividad ha aumentado mucho en la sociedad y eso se ha visto reflejado en las consultas. Ahora lo que tiene que hacer la Administración es poner remedio y castigar estas acciones de los pacientes para que no se repitan.

MONTSERRAT FIGUEROLA: La atención Primaria es un pilar básico para el Sistema Nacional de Salud. A veces se hacen cosas por duplicado, se repiten pruebas. Ahora en Cataluña se está estudiando el Plan de Innovación de la Atención Primaria. Hay que dar más funciones a Enfermería, sobre todo para aliviar la carga del médico de AP, mayor autonomía de los profesionales y que sea un sistema más conectado en su conjunto.

MEDICAL ECONOMICS: *Otra fuente de generación de presión asistencial es el propio médico, porque no puede actualizar convenientemente su formación, porque tiene burn out, etcétera...*

MANEL FERRÁN: El profesional que tiene una carga excesiva y una presión asistencial muy grave, o hace algo para cambiar aquello, o se traslada, o se quema, y entonces no se forma. Es una cadena. Para evitar eso hay que buscar remedio antes de que ocurra nada.

ANA SÁNCHEZ: La formación es fundamental, pero no en abstracto. Un médico que no se actualiza es un médico que se pierde. La formación es clave y la Primaria no debe ser ajena. La AP debe conocer muchas más cosas. Las enfermeras hacen menos cosas que antes. Antes hacían cirugía menor, por ejemplo. El médico de Primaria tiene que llenarse en tecnología, es una guerra que tengo en Madrid. Creo que la ecografía, por ejemplo, es una técnica de Atención Primaria. Se solventarían el 80 por ciento de las necesidades de ecografía. Los dermatoscopios tienen que estar en las consultas del médico de AP, los retinógrafos

igual, porque la Primaria o se llena de competencias o mal vamos. La formación tiene que ser obligatoria en horario de trabajo. La clave es la capacidad de organizarse y poder desarrollarse profesionalmente.

PAULINO CUBERO: Defiendo que en Primaria tengamos acceso a todas las pruebas diagnósticas, las que están y las que no están en el centro. Al final se resume en: quiero que me den los medios para trabajar bien y que se me exija trabajar bien. Y de los medios es de lo que se ha estado hablando aquí. Y los medios me los da la Administración. A mí se me puede obligar a ir a un curso de no sé que, pero si no se me dan técnicas no hacemos nada. Se me tienen que garantizar los medios y entonces exigir que lo haga.

ANA SÁNCHEZ: Bajo el término presión asistencial se abre un cajón y se meten cosas que no se sabe muy bien lo que son. Yo creo que hay servicios que no tienen presión asistencial desde el punto de vista estricto de lo que es su definición, que es un número de atenciones por encima de lo recomendado para los recursos. Pero creo que en Sanidad hay términos que se manejan de una manera muy frívola, y uno de ellos es el de presión asistencial. Otro es el de calidad. Desde el punto de vista de su definición, yo creo que no hay presión asistencial de manera generalizada.

PAULINO CUBERO: Pues el día que tengamos una presión generalizada sabremos cuál es el tipo de presión que tenemos. De lo que se trata es de buscar equilibrios. Si un médico tiene poca presión asistencial, poca carga de pacientes, es poco rentable para el sistema. En consecuencia, tampoco va a estar especialmente contento. Si un médico está saturado, es poco rentable para el paciente sobre todo, para el sistema no tanto, porque seguramente va a recibir una mala medicina. En la Comunidad de Madrid existe presión asistencial, y la solución no es que haya suplentes. No es la solución formar a un médico seis años y cuatro de especialidad para que sea suplente mío cuando yo no estoy. El objetivo tiene que ser que cada equipo tenga el número adecuado de profesionales para poder organizarse. Organizar todo: las vacaciones, las asistencias a congresos, a cursos... Habrá que organizar las agendas para no depender de terceros.

MONTSERRAT FIGUEROLA: Queda claro que la presión no es una cuestión que se pueda generalizar, y más con los recursos que se han puesto en los últimos años. Es una cuestión de equipos, de organización y, en algún sitio, quizá de falta de recursos, porque no se hayan encontrado profesionales. Lo que no gustaría es tener profesionales que reconocieran no sentir presión y además que se sintieran satisfechos.

ANA SÁNCHEZ: Completamente de acuerdo.

MONTSERRAT FIGUEROLA: Por tanto, no es sólo la presión, hay que buscar la forma de que la gente se sienta responsable. Parte de la culpa es nuestra, porque la participación que hemos puesto no ha sido suficiente, pero ahora la pelota está en nuestro tejado. Hemos de prestigiar la Atención Primaria.



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

MARIBEL CASTILLEJO: Me hacía falta oír lo que estoy oyendo. Estamos todos de acuerdo en que nos hace falta tecnología, formación... Sí, existe la presión. Y viene de muchas partes: del usuario, de la Administración, de las circunstancias económicas. Vamos a ir resolviendo los problemas y vamos a ilusionar de nuevo al médico. Estamos ansiosos de que se nos ayude. La presión influye en todo. Por ello, generamos más gasto sanitario, gestionamos peor nuestra consulta. Y eso pasa porque estamos trabajando disconformes. Por favor, vamos a ponerle remedio ya. ■

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:



Revised by:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

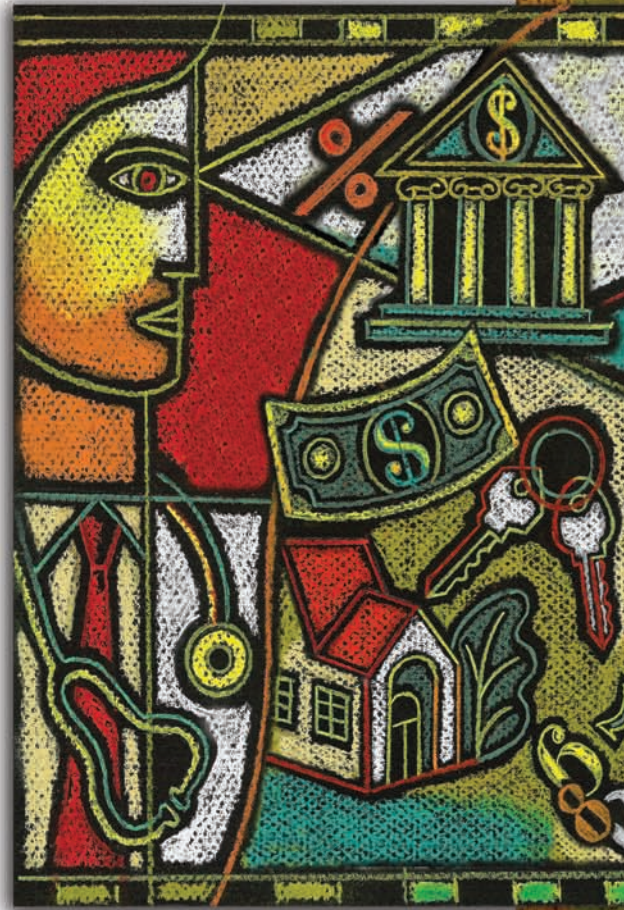
ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Cómo contratar una hipoteca

La contratación errónea de un crédito bancario le puede suponer una carga durante años. No debería contratar un préstamo antes de informarse bien.

Por Dennis Murray



Si ha estado pensando en adquirir una nueva vivienda, ahora es un buen momento. Los tipos de interés aplicables a los préstamos hipotecarios son todavía bajos, y los precios de la vivienda han estado cayendo tanto en España como en Estados Unidos. Si bien los bancos han reforzado las restricciones a la hora de conceder hipotecas en los últimos años, los médicos que tienen buen crédito pueden encontrar condiciones favorables. Dicho esto, hay casi más tipos de hipotecas que de casas, por lo que el momento de elegir una hipoteca puede resultar confuso.

Para empezar, aquí tiene unos consejos para adquirir la primera hipoteca. Le servirá de guía en la maraña de productos y condiciones, y le ayudará a responder las preguntas más frecuentes, dando una idea de referencia acerca de las entidades de crédito.

A no ser que disponga del efectivo, el tamaño de la casa o dominio que puede comprar dependerá de la cantidad de dinero que puede pedir prestado. Para determinar la cantidad, las entidades de crédito examinarán su historial y el valor de la propiedad que desea adquirir. También querrán examinar su de-

claración de la renta para obtener el total de los ingresos de todas las fuentes, incluida la parte de trabajo, la pensión alimenticia o de manutención infantil, dividendos e inversiones. La entidad bancaria evaluará sus gastos en cuanto a saldos de tarjetas de crédito, automóviles, otros préstamos, así como otras deudas para llegar a una cantidad máxima del préstamo.

Usted es quien debe reflexionar sobre si prefiere endeudarse excesivamente en la compra de una gran casa, o prefiere elegir una vivienda más modesta, cuyo pago le permita ahorrar algo más para la jubilación o para cubrir posibles emergencias.

Por supuesto, primero tendrá que elegir la entidad que le concede el préstamo. Érase una vez, en que existía su banco local, normalmente una entidad de ahorro y préstamo. Hoy, sin embargo, puede elegir entre: banca hipotecaria, cooperativas de crédito, bancos *on line* y los bancos específicos de "ladrillo y mortero" (la mayoría de los cuales tienen una presencia *on line*). También puede utilizar un agente de hipotecas, que actúa como un intermediario entre el consumidor y diferentes entidades bancarias.

Medical Economics



La realidad de la nutrición en el anciano

Colegio Oficial de Médicos de Badajoz

Avda. de Colón, 21

Badajoz, 21 de octubre de 2009

Con la colaboración de



Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Badajoz

Información e inscripción: Aída González

Tel.: 91 500 20 77 • info@medecoes.com

Bien, pongamos que ha hecho unas cuantas llamadas de teléfono y se ha dado una vuelta por la *web*, los tipos de búsqueda y ha hablado con las entidades de crédito. Pero la banca parece tener su propio lenguaje y los tipos de préstamos, y las tasas asociadas a ellos, parece que cambian cada minuto.

Afortunadamente, usted puede reducir sus opciones conociendo cuáles son las características que más te interesan. Los compradores de una primera vivienda prefieren los préstamos a 30 años frente a 15 años, ya que los pagos son, por lo general, un 28 por ciento menores con el largo plazo. Sin embargo, tendrá que pagar muchos menos intereses en el préstamo de 15 años que en uno de 30 años, con lo que el corto plazo, finalmente es una mejor opción. Pero no firme por un período de 15 años una hipoteca a menos que esté seguro de que puede manejar ese alto coste mensual.

Sea específico sobre el préstamo que desea

Una hipoteca de interés variable por otra parte, resulta menos predecible. Ofrece una tasa de interés más bajo para un período inicial, después del cual el interés irá variando periódicamente a lo largo de la vida del préstamo. Existen por ejemplo, las hipotecas mixtas, que cuentan con un tipo fijo para los cinco primeros años, y después se ajusta cada año de la duración del préstamo. Los clientes que solicitan préstamos por primera vez, suelen encontrar las hipotecas de interés variable más atractivas, porque el bajo precio inicial puede hacerles capaces de enfrentarse a un préstamo mayor. Lo mismo se puede decir de una hipoteca a “interés fijo”, en que se convierte una variable en la última fase.

Si usted tiene en juego una hipoteca variable, como seguramente muchos de sus conocidos, y permanece en la vivienda después de que finalice el período inicial de interés fijo y el interés aplicado experimenta un aumento, puede derivar en una mayor carga mensual en sus pagos durante el resto de la vida de su préstamo, a medida que se ajuste en los años siguientes. Además, la diferencia entre los tipos de interés entre hipotecas convencionales a tipo fijo y las variables, se ha reducido últimamente hasta el punto de que quizá ya no merece la pena el riesgo extra que supone contratar ésta última. Como se mencionó anteriormente, las hipotecas de interés variable son mejores para aquellas personas que quieren conseguir el mayor préstamo posible. También pueden ser una opción inteligente para quien tenga planes de trasladarse antes de que finalice el plazo inicial del interés fijo. Y lo mismo ocurre para una hipoteca de interés fijo; se debe considerar sólo si planea vender la casa en unos pocos años.

Nuestro consejo: contrate un préstamo a tipo fijo. Con unas hipotecas que rondan los 30 años de duración con intereses alrededor del 6 por ciento, podemos hablar de un buen momento para cerrar en una tasa razonable y, con ella, ganar paz mental a largo plazo. Haga todo lo posible por estar por debajo del 20 por ciento. Usted no sólo ganará al tener una hipoteca más baja y pagar menos en intereses durante la vida del préstamo, sino que además podrá evitar pagar el seguro hipotecario privado, que protege al prestamista en caso de incumplimiento del prestatario. ■

Compromiso de Novartis con España

Comprometidos

Innovación; Cuidamos y Curamos;
Apuesta por el talento;
Responsabilidad y gestión ética



Innovación

El equipo médico de investigación y desarrollo de Novartis Farmacéutica en España cuenta con unos 120 profesionales, colabora con más de 2.000 investigadores externos y ha realizado 167 ensayos clínicos en 2008.

Fomentamos la intervención en proyectos de investigación translacional.

Exportamos medicamentos a 121 países en base a los más altos estándares de innovación tecnológica.

Cuidamos y Curamos

Defendemos el derecho a la salud y cooperamos con profesionales sanitarios, Instituciones, Universidades y la Administración para investigar, tratar y prevenir las enfermedades y aportar soluciones innovadoras para mejorar la salud.

Las personas y su cuidado son nuestra razón de ser.

Apuesta por el talento

En Novartis sabemos que nuestro éxito depende de la creatividad, dedicación y desarrollo de las personas que conforman la organización.

Estamos comprometidos en facilitar oportunidades de crecimiento, así como en proporcionar un entorno de mejora continua.

Queremos ser reconocidos por ofrecer el mejor lugar para trabajar y las mejores oportunidades de carrera profesional.

Identificar y desarrollar el talento es una prioridad clave para Novartis.

Responsabilidad y gestión ética

En Novartis llevamos a cabo nuestra gestión de forma responsable, nos comprometemos con los pacientes, nuestros empleados y comunidades, en la protección del medio ambiente, y con la mejora del acceso a medicamentos en entornos desfavorecidos.

Fomentamos las actividades encaminadas al avance y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, así como la formación continuada para los profesionales sanitarios.

Innovación responsable para ti

“¡Doctor, está usted despedido!”

Las estancias hospitalarias ya son demasiado estresantes de por sí. No haga que la mala comunicación con su paciente las empeore.

[Por Stephen L. Green]

“● Doctor, está usted despedido! Queremos a otra persona”. Me soltaron estas palabras mientras me encontraba con el señor Morris, un paciente de la UCI que había sufrido un paro durante una hemodiálisis y en ese momento estaba inconsciente, conectado a un respirador mecánico. Como su médico, me tuve que enfrentar a la esposa y a las hijas del señor Morris. “¿Cómo pudo permitir que fuera resucitado? Él nunca quiso que las máquinas lo mantuvieran con vida. ¡Queremos que la máquina respiratoria se detenga ahora mismo!”

Cuando el paciente fue admitido, no obtuve ninguna directiva por adelantado, pero supuse que querría ser resucitado por todos los medios porque padecía una enfermedad renal en la etapa terminal desde hacía más de un año y nunca había rechazado la hemodiálisis. Le expliqué a su familia que, desconociendo los deseos del paciente, no podía detener el respirador. El neumólogo que se ocupaba del respirador entró y dijo: “Esperemos a ver si despierta y entonces preguntémosle qué es lo que quiere”.

La esposa respondió: “En primer lugar, nunca debería haber sido resucitado”. La indirecta no demasiado disimulada era que ahora podría enfrentarme a un juicio. Pero si la esposa se equivocaba en cuanto a los deseos de su marido, yo estaría cometiendo un asesinato.

Sabía que mi primera responsabilidad era con el señor Morris. También le expliqué a la familia que si el señor Morris no recobraba la consciencia, haría que un neurólogo valorara su función cerebral para preparar la detención del apoyo vital. No se quedaron contentos con esta decisión, pero aceptaron.

‘No puedo hacerlo’

Al día siguiente, hice rondas por la mañana y la enfermera del señor Morris me saludó temprano y dijo: “El señor Morris está despierto y dice que no quiere morir”. Me encontré al paciente despierto conectado al respirador mecánico.

Con la enfermera presente, le pregunté al señor Morris: “¿Quiere usted vivir, aunque

sea conectado al respirador?” Asintió con la cabeza y me apretó la mano. Escribí la orden para que se continuara con la diálisis y documenté los deseos del paciente en las notas de progreso.

Unas pocas horas después, recibí una llamada de la enfermera del señor Morris. “Doctor Green, será mejor que venga ahora mismo. La familia está junto a su cama. Han rechazado la hemodiálisis y quieren que detengamos el respirador”.

Cuando llegué, me encontré con tres mujeres enfadadas. Una de sus hijas dijo: “Soy médico de urgencias, y sé que después de un paro cardíaco hay un daño cerebral y los pacientes no pueden tomar decisiones racionales. Desconéctelo de la máquina, es lo que realmente quiere”.

“No puedo hacerlo”, respondí.

“Entonces queremos que abandone este caso”, contestó la esposa.

Más tarde ese mismo día, el señor Morris, ya desconectado del respirador, pudo hablar y claramente les dijo al capellán y a los empleados médicos que quería vivir y que agradecía todos los esfuerzos por salvar su vida.

Una nueva era de desconfianza

Este escenario de la vida real, por desgracia, es cada vez más típico de la creciente tendencia de pacientes y familias que cuestionan la asistencia médica, sobre todo en el marco del hospital. El elemento clave de cualquier relación es la confianza, un concepto valioso pero frágil que está cada vez más amenazado en esta nueva era de la medicina. Los días de Marcus Welby, médico de AP, se acabaron y han sido sustituidos por la asistencia médica de alta tecnología. La ironía es que podemos hacer mucho más por los pacientes hospitalizados ahora que cuando comencé en la profesión hace más de cuatro décadas, pero al mismo tiempo, las expectativas públicas pueden sobrepasar nuestra capacidad para “curar a todos los pacientes”.

Ahora, son los médicos de los hospitales quienes se ocupan de la mayoría de los pacientes, y no sus médicos de familia. En esta nueva relación terapéutica, es preciso fraguar un lazo de confianza lo más rápido posible. Sin embargo, muchos pacientes y sus familias todavía se sienten bastante vulnerables y a merced de desconocidos a la hora de hacer frente a asuntos médicos graves.

La hostilidad y la desconfianza no siempre han estado tan presentes como hoy. La mayor parte de los médicos de Primaria encuentran que ahora resulta menos rentable atender a sus pacientes hospitalizados. Aunque la mayoría están de acuerdo en que los ciudadanos prestados por los médicos de hospital va a la par con el modelo médico tradicional, aún es complicado y de alguna manera antinatural que los pacientes enfermos y sus familias pongan su fe en desconocidos de manera inmediata. Es difícil reproducir una relación basada en años de confianza en unas pocas horas o días.

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 Promoción Española de la Medicina Individualizada

Instituto Roche
www.instituto-roche.es

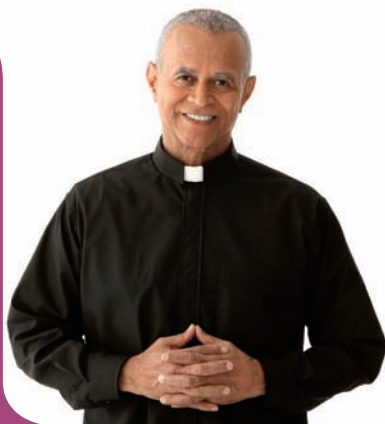
Medical Economics

Inscripciones on line: www.instituto-roche.es

OTROS PUEDEN AYUDAR

A pesar de todos los esfuerzos realizados por conseguir una comunicación eficaz con los pacientes y sus familias, pueden surgir situaciones que precisen la asistencia e implicación del personal auxiliar.

- ? El capellán del hospital puede ser un recurso valioso a la hora de tratar temas vitales.
- ? Los especialistas en cuidados paliativos pueden proporcionar consuelo a los pacientes terminales.
- ? El abogado del paciente puede ayudar a resolver problemas reales o percibidos en cualquier fase de la experiencia hospitalaria, desde la comida fría hasta comportamientos irrespetuosos.
- ? Un comité de ética también puede ayudar a familias y a médicos a tomar decisiones importante y difíciles.



Esta fragmentación de la atención al paciente se ve agravada por el papel de los especialistas, que en muchos casos, son completos desconocidos para pacientes y familias. Así, sin un “mediocentro organizador”, los jugadores del equipo médico corren el riesgo de que el paciente y la familia los juzguen por coordinar mal o ser distantes. Si el profesional que trabaja en el hospital es responsable de una pesada carga, no tendrá tiempo de consultar con los pacientes o sus familias.

El paciente terminal

La comunicación eficaz se vuelve crítica y más desafiante cuando atiendo a un paciente agonizante. En nuestro país, la mayor parte de la gente muere en los hospitales. Sin el médico de familia de Atención Primaria cuidando al paciente, uno de los hechos más íntimos de la vida se convierte en una experiencia incluso más impersonal. He visto dinámicas emocionales de familia acabar siendo muy intensas, y los sentimientos de culpa, inutilidad y tristeza a menudo se dirigen al personal médico.

Cuando el médico que atiende al paciente es un completo desconocido para la familia, resulta mucho más fácil desviar tales sentimientos hacia ese individuo. Por ejemplo, yo he asistido a pacientes terminales o comatosos con respiración irregular, lo que resulta sobrecogedor para muchos miembros de la familia. “¿Cómo puede dejar que

sufra?”, preguntan a menudo, a veces enfadados.

Para mucha gente, estar en coma y estar dormido son sinónimos, y realmente no comprenden la ausencia de función cognitiva. Aunque puede resultar adecuado retirar el apoyo vital y no prolongar la situación, todavía es ilegal precipitar la muerte activamente con sedantes o narcóticos. Lo mejor que puedo hacer es intentar tranquilizar a las familias y que sepan que su ser querido no está experimentando ningún malestar y que es mucho más difícil para aquellos que presencian el proceso agonizante que para el paciente.

Si la falta de comunicación eficaz es la explicación final del fracaso de la relación médico/paciente/familia, ¿cómo manejamos el asunto? El primer paso es que los médicos del hospital reconozcan que el problema existe y que lo saquen a la superficie desde el primer encuentro con el paciente. Un buen comienzo sería decir: “Hola, soy el doctor Green, y le atenderé mientras esté aquí. Aunque su médico no venga al hospital, yo me aseguraré de que se entere de su hospitalización y consultaré con él todo lo que sea necesario para que usted reciba la mejor atención posible. Si necesita cualquier cosa o tiene alguna pregunta, por favor, no dude en decírmelo”.

Siempre envío por fax el historial, el reconocimiento físico y resúmenes al médico de Atención Primaria del paciente y también le envío las notas de progreso, frecuentemente. Si el seguimiento tras abandonar el hospital resulta ser un poco complicado, también llamo al médico anterior para que me informe.

Conseguir una autorización por adelantado sobre un paciente nuevo puede llegar a ser un asunto delicado. En el mostrador de admisiones, es mejor preguntar: “En caso de que su corazón se parara y necesitara ser resucitado, ¿quiere que hagamos todo lo que esté en nuestra mano para mantenerle con vida, incluso utilizando máquinas como el respirador mecánico?” Con los pacientes comatosos o dementes se puede conseguir esa misma información de la persona que tiene un poder notarial duradero. En ambos casos, un enfermero debería presenciar la decisión. ■



DKV

DKV también cuida de mí

Los proveedores sanitarios de DKV Seguros destacan el compromiso adquirido con ellos y la satisfacción de trabajar con la compañía líder en seguros de salud. Por eso ya son 36.884 profesionales médicos y 295 centros sanitarios los que confían en DKV.

GRACIAS A TODOS

902 499 350
www.dkvseguros.com

Compañía del grupo Asegurador **ERGO**

¡Vive la Salud!

Lo mejor de lo publicado

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



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

MEDIO AMBIENTE Y SALUD

El cambio climático, la mayor amenaza mundial contra la salud

Lancet. 2009;373:1693-1733. [Junio, 2009]

Durante el siglo XXI, el cambio climático constituirá el reto más importante para la salud, según investigadores de *The Lancet* y del University College London Institute for Global Health. El consenso de estos investigadores es que la temperatura superficial media de la Tierra aumentará más de dos grados centígrados por encima del nivel preindustrial, especialmente en las latitudes más altas. Concluyen que el resultado será un aumento de la mortalidad por enfermedades transmitidas por insectos, olas de calor, escasez de alimentos y agua, así como huracanes, ciclones y tormentas, todo lo cual afectará de manera desproporcionada a los países más pobres que menos han contribuido a las emisiones de carbono.



cia un mayor riesgo de muerte a largo plazo, según investigadores del Veterans Affairs Connecticut Healthcare System, en West Haven. Se analizaron muestras de tejido de la mayoría de los varones diagnosticados de cáncer de próstata en busca de factores tales como el bcl-2 (relacionado con la apoptosis), el p53 (oncogén supresor tumoral) y la densidad microvascular. Durante el seguimiento, el 21,5 por ciento de las muertes fueron atribuibles al cáncer de próstata. El bcl-2 y el p53 se asociaron a la mortalidad por cáncer de próstata, al igual que la densidad microvascular.

■ El delirium puede acelerar el deterioro en la enfermedad de Alzheimer

Neurology. 2009;72:1570-1575. [Junio, 2009]

Los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan deterioros cognitivos más acelerados después de los episodios de *delirium*, según investigadores del Beth Israel Deaconess Medical Center de Boston. Los investigadores hallaron

que la velocidad del declive cognitivo, valorado por los cambios de la subescala de Información-Memoria-Concentración (IMC) de la Blessed Dementia Rating Scale, se aceleró significativamente después de un episodio de *delirium*. El declive medio era de 2,5 puntos al año, pero aumentaba hasta una media de 4,9 puntos al año a raíz de un episodio de *delirium*. Los pacientes que presentaban *delirium* sufrían cambios de la puntuación tres veces más rápidos.

■ La acupuntura, mejor para aliviar el dolor de espalda

Arch Intern Med. 2009;169:858-866. [Junio, 2009]

La acupuntura, incluso la simulada mediante un palillo de dientes, rinde más que la atención habitual para aliviar el dolor lumbar, según investigadores del Center for Health Studies de Seattle. Al cabo de ocho semanas, los grupos tratados con acupuntura personalizada, normalizada y simulada mejoraron sus puntuaciones de disfunción en 4,4, 4,5 y 4,4 puntos, respectivamente, mientras que los tratados de la forma habitual mejoraron en 2,1 puntos. La mejoría sintomática en los grupos con acupuntura fue

■ El VHC de los pacientes con respuesta sostenida sigue siendo infeccioso

Hepatology. 2009;49:1431-1441. [Junio, 2009]

Un estudio canadiense determinó que las cantidades mínimas de virus de la hepatitis C (VHC) que poseen los pacientes con hepatitis C crónica, ya superada hace tiempo, podrían seguir siendo infecciosos. Los investigadores expusieron células linfoides vírgenes procedentes de donantes sanos y sin antecedentes de exposición al VHC a plasma y/o sobrenadantes tomados de nueve pacientes con respuesta virológica sostenida desde hacía 24 a 72 meses a raíz de un tratamiento con interferón alfa o interferón alfa más ribavirina. Hallaron que 11 de los 12 cultivos realizados se volvían reactivos frente a las cadenas de ARN del VHC, expresando cuatro de ellos también la cadena replicativa del virus.

■ Marcadores moleculares ligados a la muerte por cáncer de próstata

Ann Intern Med. 2009;150:595-603. [Junio, 2009]

Varios de los factores moleculares medidos en las biopsias de cáncer de próstata al hacer el diagnóstico apuntan ha-

del orden de 1,6 a 1,9 puntos, frente a 0,7 puntos en el grupo con la atención habitual. Al cabo de un año, la mejora de las puntuaciones de disfunción se mantenía en los grupos con acupuntura (del 59 al 65 por ciento frente al 50 por ciento en el grupo del tratamiento habitual).

■ El cribado de la PCR ofrece ventajas limitadas

JAMA. 2009;302:49-57. [Julio, 2009]

Cribar la proteína C-reactiva (PCR) y otros biomarcadores conduce a reclasificar el riesgo, lo que lleva a cambiar el tratamiento sólo en el 1 por ciento de los casos, según investigadores suecos. Éstos siguieron a 5.067 pacientes sin patología cardiovascular durante 12,8 años y concluyeron que ciertos biomarcadores, entre ellos la PCR, ofrecen ventajas limitadas para predecir episodios cardiovasculares frente a factores de riesgo tradicionales tales como los niveles de lípidos y la hipertensión. Un estudio simultáneo no encontró ninguna asociación causal entre los genotipos de la PCR y la cardiopatía coronaria. Esto contradice los resultados de ensayos anteriores como el JUPITER, que halló que el tratamiento estatínico de los pacientes con niveles normales de colesterol pero PCR elevada reduce los episodios cardiovasculares.

Para más información sobre los nuevos ensayos, visite www.geri.com/crp.

■ El ejercicio agotador, ligado a la fibrilación auricular

Am J Cardiol. 2009;103:1572-1577. [Junio, 2009]

El ejercicio regular que resulte agotador aumenta el riesgo de presentar fibrilación auricular, según investigadores del Brigham and Women's Hospital de Boston. Los investigadores hallaron que el riesgo relativo de fibrilación auricular crecía al aumentar la frecuencia semanal del ejercicio extenuante: cero días (1,0); un día (0,90); uno a dos días (1,09); tres a cuatro días (1,04); cinco a siete días (1,20). En los análisis por subgrupos, se vio que el riesgo aumentaba aun más en los varones de menos de 50 años de edad (riesgos relativos de 1,0, 0,94, 1,20, 1,05 y 1,74, respectivamente) y en los corredores que hacen *footing* (riesgos relativos de 1,0, 0,91, 1,03, 1,30 y 1,53, respectivamente).

■ Los antieméticos, seguros durante el primer trimestre de embarazo

N Engl J Med. 2009;360:2228-2535. [Junio, 2009]

Un estudio israelí determinó que tomar metoclopramida para aliviar las náuseas y vómitos durante el primer tri-

mestre de embarazo no aumenta el riesgo de presentar defectos congénitos y otros desenlaces adversos. Investigadores de la Universidad Ben Gurion del Negev en Beer-Sheva, Israel, estudiaron los episodios adversos ocurridos en 3.458 lactantes nacidos de madres expuestas al fármaco, ajustando la paridad, la edad de la madre, la etnia, la diabetes materna, el tabaquismo y la fiebre en el periparto. Hallaron que la metoclopramida no había modificado significativamente el riesgo de malformaciones congénitas mayores, bajo peso al nacer, parto pretérmino y muerte perinatal.

■ Los niveles elevados de apolipoproteína(a) relacionados con el infarto de miocardio

JAMA. 2009;301:2331-2339. [Junio, 2009]

Los resultados de un estudio cardiológico realizado en Copenhague muestran que los pacientes con determinado genotipo de Lp(a) presentan niveles altos de Lp(a) y un mayor riesgo de infarto de miocardio (IM). Los investigadores determinaron que, después de ajustar los factores de confusión, el riesgo de IM aumentaba en paralelo con las concentraciones de Lp(a) (razón de riesgos instantáneos máximos: 2,6). Los pacientes con repeticiones kringle IV de tipo 2 (KIV-2) en el gen de la Lp(a) tenían niveles más bajos de Lp(a), y la cifra de repeticiones KIV-2 podía explicar el 21 a 27 por ciento de la variabilidad de los niveles de Lp(a). Después de ajustar otros factores, el riesgo de IM era mayor en los pacientes con menos repeticiones KIV-2.

■ Las tasas de cáncer colorrectal están aumentando en los jóvenes

Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2009;18:1695-1698. [Junio, 2009]

Aunque las tasas generales del cáncer colorrectal han ido decreciendo en Estados Unidos, la incidencia en los adultos menores de 50 años de edad han ido aumentando desde principios de 1990, según investigadores de la American Cancer Society de Atlanta. El máximo aumento porcentual anual se produjo en el grupo de 20 a 29 años de edad, con incrementos del 5,2 por ciento en los varones y del 5,6 por ciento en las mujeres. Los investigadores comunicaron las tasas de cáncer por localizaciones, aumentando en ambos sexos los tumores de colon distal y recto. La incidencia del cáncer rectal aumentó un 3,5 por ciento al año en los varones y un 2,9 por ciento en las mujeres durante este período.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



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



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

Cultura

LIBROS

El arte y el oficio de curar

Después de casi cuarenta años desempeñando la labor como médico, el doctor Miquel Vilardell, jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Vall d'Hebron, reflexiona en estas páginas sobre el arduo camino del ejercicio profesional: el nacimiento de la vocación, la etapa de la formación, el primer contacto con el enfermo, la realidad y las dificultades de la medicina pública y privada, y las perspectivas del sector. *Ser médico* es una mirada al mundo de la medicina, escrita por un médico que ha luchado por ser médico y que, a pesar de los problemas que enfrenta el sector, reconoce que aún disfruta atendiendo enfermos. La obra supone un texto dictado desde la experiencia y la visión humana de la medicina para médicos en ejercicio que quieran reflexionar sobre su profesión y para los jóvenes que se plantean adentrarse en la ciencia y el arte de curar a las personas. Un libro, que en definitiva, acercará a todo lector al fascinante mundo de la Medicina.



Título: *Ser médico*
 Edita: Plataforma Editorial
 165 págs

EXPOSICIONES

El Madrid más literario

Todavía quedan algunos días, hasta el día 20 de este mes, para visitar la exposición *El Madrid más literario*, que acoge el madrileño Museo de la Ciudad (C/ Príncipe de Vergara, 140). Esta exposición está compuesta por 100 fotografías en blanco y negro y unas 60 en color, tomadas desde mediados del siglo XIX hasta 2008 y acompañadas por citas literarias que reflejan los vaivenes de la efervescencia cultural en Madrid. La muestra finaliza con un montaje audiovisual realizado por José Luis López Linares. Refleja las tertulias y las estampas bohemias de



los literatos, conviviendo las imágenes de tabernas del Madrid más castizo con las de sus ciudadanos.

Historia del jazz

El jazz constituye, junto con el cine y el rock, uno de los acontecimientos artísticos más importantes del siglo XX. *El siglo del jazz* presenta de manera cronológica las relaciones entre el jazz y las artes a lo largo del siglo XX. Nos muestra de qué manera ha matizado todas las artes, de la pintura a la fotografía, del cine a la literatura, sin olvidar el grafismo o los dibujos animados. La muestra comporta un gran número de pequeñas exposiciones autónomas que evidencian las relaciones del jazz con las otras disciplinas artísticas y explican así la historia del siglo siguiendo la huella de este hilo conductor musical. La exposición se puede visitar hasta el próximo mes de octubre en el Centro de Cultura Contemporánea de Barcelona (C/Montealegre, 5. Barcelona).



CINE

Qué les pasa a los hombres

Basada en el libro del mismo título, la película *Qué les pasa a los hombres* cruza las historias de amor de varias personas que viven en la ciudad de Baltimore (EEUU). La frialdad de la tecnología frente al contacto entre los seres humanos, la prisión en la que puede convertirse el matrimonio para una sufrida esposa, los deseos pasionales y la idealización del amor platónico son tratados desde una perspectiva cómica por cinco mujeres: Ginnifer Goodwin, Jennifer Aniston, Scarlett Johansson, Jennifer Connelly y Drew Barrymore. La película está basada en la obra de los guionistas de *Sexo en Nueva York*, Greg Behrendt y Liz Tuccillo.



Internet

Apoyo unánime a los miniportátiles en las aulas

Dos medidas anticrisis del Ejecutivo han sido aplaudidas incluso por sus adversarios políticos: las obras menores gestionadas por los ayuntamientos y el apoyo público al sector automovilístico. Una tercera medida de gran impacto social —entregar un portátil a cada alumno de quinto de primaria—, también ha sido acogida con entusiasmo por el sector TIC.

Y no es para menos con los pronósticos de caída de ventas (-4 por ciento para 2009) en el negocio de las Tecnologías de la Información, cuyos directivos ya se han puesto a colaborar con el Gobierno de la Nación y las comunidades autónomas para hacer posible que en el primer trimestre del nuevo curso las aulas se vayan llenando de *netbooks* o miniportátiles.

En su última visita a España, Bill Gates alabó la medida del Ejecutivo, entre otras cosas porque el sistema operativo Windows de Microsoft será, junto al de código abierto, el que se im-

plante masivamente en los ordenadores de los colegios, cuya dirección se decidirá por el que considere mejor sistema para sus alumnos.

Además de inocular la Sociedad de la Información “en vena” desde el sistema educativo, España tendrá la gran oportunidad de alcanzar a los países más desarrollados en porcentaje de implantación de Internet en los hogares, dado que los chicos necesitarán la instalación de “banda ancha” en su casa para poder hacer sus deberes “digitales”.

Claro que la implantación de “miniportátiles” para cubrir las necesidades de 420.000 alumnos de colegios públicos y concertados no es-

tará exenta de problemas: por ejemplo, son una minoría los profesores preparados para la enseñanza digital; en las zonas rurales pervive la “brecha” digital en infraestructuras; y un elevado porcentaje de aulas carece de ADSL. ■



En su última visita a España, Bill Gates alabó la medida del Ejecutivo de entregar un portátil a cada alumno de quinto de Primaria.

Sección patrocinada por
Web de I@
MUJER

El rey de Neverland

Sin duda, 2009 se recordará como el año de la muerte del indiscutible rey del pop. En su sitio oficial se han recogido más de medio millón de testimonios de condolencias y recuerdos. Si quieres apuntarte, entra.

<http://www.michaeljackson.com/>



Reciclar los móviles

Buena parte de esta noticia tiene que ver con la basura tecnológica producida por los móviles retirados de la circulación. Atención empresarios, faltan plantas de reciclaje en América Latina.

http://www.adnmundo.com/contenidos/ambiente/celulares_basra_electronica_280806.html



CIBERCONSEJOS

Los piratas se hacen legales

Una compañía sueca especializada en juegos y cibercafé ha anunciado la próxima compra del sitio The Pirate Bay por 5,54 millones de euros. La compañía Global Gaming Factory (GGF) pretende comenzar a pagar derechos de autor por los archivos descargados gracias a los *torrents* que ofrece The Pirate Bay, lo que podría legalizar su actividad. Los cuatro responsables de The Pirate Bay fueron condenados en abril a un año de prisión y una multa por daños y perjuicios.

Móvil para niños discapacitados en Japón

Un operador de telecomunicaciones japonés ha puesto en marcha un programa de investigación con la Universidad de Tokio para hacer del teléfono móvil un asistente para estudiantes con discapacidades mentales. Un niño que tenga dificultades para escribir a mano los ideogramas japoneses kanji puede utilizar su teléfono móvil para guardar notas en clase. Otro con dificultades para hablar podrá mostrar imágenes y fotografías de lo que quiere transmitir.



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.

Golf



Tenerife Ladies Open

Participan las mejores golfistas españolas

Se celebra en Costa Adeje entre el 24 y el 27 de septiembre y será "la mejor edición de la historia", según José Manuel Bermúdez, vicepresidente del Cabildo Insular de Tenerife.

La presente edición del Tenerife Ladies Open será la mejor de la historia, por apoyo, por repercusión mediática, por la presencia de jugadoras del máximo nivel, por el mimo y los detalles con que se van a volcar todos en su organización". Este manifiesto expreso fue difundido con total convicción por José Manuel Bermúdez, vicepresidente del Cabildo Insular de Tenerife y consejero de Turismo de Tenerife; Emma Villacieros, presidenta de honor de la Real Federación Española de Golf; Paul de Sterck, director de Golf Costa Adeje, e Iñigo Aramburu, director de la empresa organizadora, Deporte & Business, durante la presentación oficial del Tenerife Ladies Open, torneo de carácter profesional encuadrado dentro del Circuito Europeo Femenino, que tendrá lugar en Golf Costa Adeje entre el 24 y el 27 de septiembre próximos, patrocinado y promovido por Turismo de Tenerife con el



A la izquierda, la profesional Itziar Elguezabal, una de las participantes en la rueda de prensa y en el torneo.

apoyo del Gobierno de Canarias, TurEspaña y la RFEG.

"Contaremos con el mejor plantel de jugadoras posible, entre las que posiblemente se encuentren 7 u 8 jugadoras que participen en la Solheim Cup en Estados Unidos. Las mejores golfistas españolas también estarán presentes, incluidas nuestras mejores *amateurs*, que arrasan por el mundo, tanto las que llegarán a Tenerife con el cartel de nuevas profe-

sionales, como María Hernández o Azahara Muñoz, como aquellas que seguirán siendo *amateurs* en septiembre", desgranó Iñigo Aramburu. Y añadió: "El presupuesto de este torneo se acerca a los 600.000 euros y el retorno mediático rondará los diez millones de euros, una rentabilidad que supera a cualquier torneo profesional masculino".

José Manuel Bermúdez, que también es consejero de Turismo de Tenerife, incidió en la importancia que para Canarias tiene la celebración del Tenerife Ladies Open: "Es uno de los acontecimientos deportivos más importantes del año, y no sólo en lo deportivo, sino también en el ámbito turístico, un aspecto importantísimo para unas islas que reciben más de cinco millones de visitantes al año. Torneos de este calibre son fundamentales para nosotros". Emma Villacieros se sumó a la idea de que el golf femenino en España se merece este torneo. ■

Una cita en el futuro

El campo de golf de La Reserva de Sotogrande acogerá la II edición de la Copa de las Naciones de Golf Especial los días 23, 24 y 25 de noviembre de 2009, organizada por la Fundación Española de Golf Especial. Este campeonato está considerado como el mejor del calendario de la European Disabled Golf Association (EDGA) y uno de los mejores a nivel mundial. Las naciones más importantes en lo que al golf especial se refiere (Inglaterra, Holanda, Alemania, Italia, Suecia, Finlandia, Francia, Austria, Australia, Sudáfrica y España, entre otras) se medirán con sus selecciones en un torneo que es único en cuanto a su formato. Paralelamente, se desarrollará una gran actividad para las personas discapacitadas de la zona así como para los componentes de las escuelas que FEGE tiene por toda España. Habrá *clinics*, presencia de grandes jugadores de nivel internacional, campeonatos paralelos y la creación de una escuela de golf especial que, gracias a NH Hoteles y Sotogrande S.A., se beneficiarán los discapacitados de la zona. La Fundación Española de Golf Especial se dedica desde hace años a integrar a cualquier persona con discapacidad a través del fomento del golf especial y otras actividades al aire libre.

Ver ficha técnica en pág. 24)

Oleada de **POTENCIA**

NUEVO

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



DAFIRO

amlodipino / valsartan

nuevo

SALVA
SKIN

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

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT