

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 117 25 de septiembre de 2009 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

Turismo sanitario

Sol, playa y quirófono

Pág. 24

ADEMÁS

JORNADA AUTONÓMICA
La I+D+i y la aplicación
de las TIC en la Sanidad
de las Islas Baleares

(págs. 12-15)

SPA

SPANISH PUBLIC ENTERPRISES ASSOCIATES S.L.



SEGURO DE HOGAR MAPFRE

EL BRICOLAJE CASERO TIENE LOS DÍAS CONTADOS

Al contratar el Seguro de Hogar MAPFRE además de tener un

de descuento,
25%

**EL SERVICIO DE BRICOLAJE
EN CASA GRATUITO***

Y además si contratas conjuntamente el Seguro de Automóviles MAPFRE, tendrás condiciones especiales.

Infórmate en cualquier oficina MAPFRE,
tu tienda del seguro, en mapfre.com y en el 902 100 324

*Durante el primer año. Promoción válida hasta el 31 de octubre de 2009.



MAPFRE

24 | EN PORTADA

El turismo sanitario es un fenómeno relativamente reciente en España que tiene un gran potencial de crecimiento. Explotarlo en tiempos de crisis como los que corren puede ser una buena solución para mejorar la economía del sector de clínicas privadas y la de sus profesionales. Así lo han entendido en algunas comunidades autónomas, donde las clínicas punteras han constituido asociaciones con programas comunes, se han apoyado en iniciativas gubernamentales o han preferido actuar por su cuenta.



Sol, playa y quirófano

JORNADAS AUTONÓMICAS

12 I+D+i y aplicación de las TIC en la Sanidad de las Islas Baleares

MEDICAL ECONOMICS organizó una jornada en la que se dieron a conocer los nuevos desafíos de la investigación, el desarrollo y la innovación en las Islas Baleares

PRÁCTICA PROFESIONAL

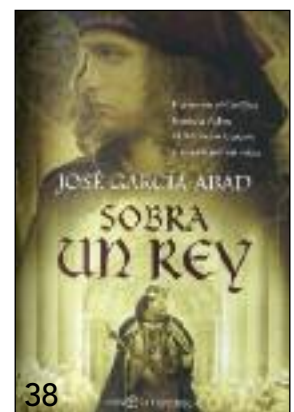
35 Una consulta a prueba de desastres

Siga los consejos del autor y prepare su consulta para lo que pueda pasar. Porque nadie está a salvo de desgracias tanto personales como económicas o de otro tipo.

CULTURA

38 Dudas y certezas sobre la muerte de Felipe el Hermoso el Hermoso

La muerte de Felipe el Hermoso es uno de los casos mal cerrados de la historia. El periodista José García Abad ha escrito una novela trepidante en la que junto a los avatares de los personajes ficticios recobran vida los principales protagonistas de la época.



38



35



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

¡Vive la Salud!

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

- 5 Termómetro
- 8 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 16 Gestión Profesional
No hay dos pacientes iguales
- 18 Gestión de Calidad.
Enfermería
La responsabilidad en la información
- 20 Capital Riesgo
La segmentación del mercado
- 22 Internet y Medicina
El acceso del paciente a su historia
clínica
- 32 Economía de la Salud
El análisis coste-utilidad
- 42 Inversiones y Valores
del Mes

Y ADEMÁS...

- 6 Atención al paciente
- 45 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que la crisis está afectando al turismo internacional sanitario?

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 Alfonsel Jaén

Secretaría General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

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

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmáuris Abogados y Presidente de la Asoc. Española de Derecho Farmacéutico

Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Fac. de Medicina. Univ. de Salamanca

Carlos Belmonte Martínez

Director Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada

Presidente Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal Hospital Clínico de Barcelona

Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

José Angel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

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 Geriatria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa

Asesora Externa de Allergán

Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro

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

Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica Facultad de Medicina. UAM.

Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García
Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho Ambiental

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

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

Derecho/Malpraxis

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

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

Ofelia de Lorenzo Aparici
Directora Area 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

El Termómetro

Gestión de la incapacidad: una revisión necesaria

En España, al igual que en los países de nuestro entorno existe la figura de la inspección dentro del sistema de salud. Ésta es una función prioritaria y quizás poco valorada, quizás por desconocida, quizás por falta de información o a lo mejor por una carencia de planes de comunicación y apertura a la sociedad.

En nuestro país, donde tenemos un sistema de salud descentralizado, con las comunidades autónomas asumiendo las competencias en materia de Sanidad y Trabajo, observamos una sobreutilización de los servicios sanitarios, provocando en algunos casos problemas de congestión y sobrecarga de trabajo.

Por otra parte, en una sociedad industrializada y globalizada, en proceso de cambio de los modelos y ciclos económicos como la que vivimos actualmente, se desarrolla un caldo de cultivo idóneo para las enfermedades y patologías asociadas al entorno laboral, aspecto éste en el que inciden los procesos asociados al estrés y las nuevas exigencias de vida. Estos aspectos adquieren una relevancia muy especial, no sólo en materia de prestaciones de la Seguridad Social, sino de otras prestaciones como la farmacéutica, la supervisión de centros y servicios sanitarios o los propios derechos y deberes de los ciudadanos en esta materia.

El control de prestaciones por contingencias comunes o profesionales desarrollada por los servicios de inspección junto a los equipos de Atención Primaria y especializada es una función clave, ya que se desarrolla en sistemas económicos altamente comprometidos, que obligan a interponer medidas de control presupuestario en materia de costes asociados al entorno de la salud.

Ante este panorama social complejo surgen varias cuestiones: ¿es suficiente el número de profesionales?, ¿cuál es el motivo por el que no tienen una visibilidad adecuada ante nuestra sociedad?, ¿está realmente reconocida su función dentro del sistema y muy especialmente dentro de la comunidad?

En las convocatorias de la oferta pública de empleo de 2009, por ejemplo (aunque después se han terminado convocando 40), no se ofertan plazas de inspectores médicos y en las anteriores aunque sí aparecen, luego no se terminan cubriendo en su totalidad, situación difícilmente compatible con una necesidad incremental de este tipo de expertos que junto a los equipos de Atención Primaria y especializada, contribuyen a hacer más eficiente nuestro sistema sanitario y a que los fondos se dirijan realmente a cubrir necesidades objetivas, evitando por ejemplo la tentación de buscar incapacidades injustificadas por parte del usuario, o la asignación adecuada de las prestaciones correspondientes, entre otras funciones.

La incapacidad temporal o baja laboral a la que se acogen los trabajadores es un problema creciente y supone ya un 80 por ciento del total del absentismo laboral que registra una empresa. Según el informe *La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión*, elaborado por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, recoge que “en España existe abundante investigación sobre bajas laborales, pero se echa en falta un plan estructurado de investigación y de formación que estudie la adecuación de la baja al problema de salud, elabore guías en favor de la eficacia y de la valoración de los efectos adversos, y que ayude a establecer un plan de formación continuada y a la renovación de conocimientos y prácticas de probada eficacia”. En todos estos aspectos y otros que pormenoriza el propio estudio, la colaboración y búsqueda de sinergias entre los diferentes escalones de la Sanidad y los propios servicios de inspección es clave, y para ello además de la dotación adecuada de facultativos se hace necesario un plan básico de investigación sobre bajas laborales, un plan de formación continuada en la materia y una revisión global de la gestión de los procesos de incapacidad laboral, tal y como apuntan los expertos. ■



Fernando Mugarza*

*Director de Comunicación de PharmaMar. (Grupo Zeltia). Ex presidente y miembro de honor de Forética. Coordinador de RSC del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

El camino de las enfermedades raras

Se estima que unos tres millones de personas en nuestro país padecen enfermedades raras. Por ello, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social se ha elaborado una Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, resultado del consenso de todos los agentes implicados.



Cristina Bando Munugarren*

Las enfermedades llamadas “raras”, según la definición de la Unión Europea, son aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una prevalencia menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes. Dichas enfermedades, también se denominan como “minoritarias”, “huérfanas” o “poco frecuentes”.

Se calcula que existen actualmente entre cinco mil y ocho mil enfermedades raras diferentes, que afectan entre un 6 y un 8 por ciento de la población en algún momento de su vida, es decir, entre 27 y 36 millones de personas de la Unión Europea, según datos facilitados por el Consejo de la Comisión de la Unión Europea.

Las enfermedades raras, son una prioridad de acción del Séptimo Programa Marco para Acciones de Investigación, Desarrollo Tecnológico y Demostración (2007-2013), ya que el desarrollo de nuevos diagnósticos y tratamientos para trastornos raros y la investigación epidemiológica sobre dichos trastornos, requiere enfoques plurinacionales para aumentar el número de pacientes de cada estudio.

Estrategia del SNS

En España se estima que hay unos tres millones de personas afectadas por estas patologías, por ello, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social se ha elaborado una Estrategia en enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud. Dicha estrategia es el resultado del consenso de todos los agentes implicados: Ministerio de Sanidad y Política Social, comunidades autónomas, sociedades científicas, asociaciones de pacientes y representantes de otros Ministerios.

Dentro de la nueva Estrategia en enfermedades raras del Sistema Nacional de Salud, se recogen las siguientes líneas de actuación:

Información sobre enfermedades raras: información, registros sanitarios y clasificación y codificación.

Prevención y detección precoz: cribado neonatal, diagnóstico genético, etc.

Atención sanitaria: coordinación entre Atención Primaria especializada y atención en centros, servicios y unidades de referencia.

Terapias: terapias avanzadas, medicamentos huérfanos, coadyudantes y productos sanitarios.

Atención sociosanitaria: en colaboración con el Centro de Referencia Estatal de enfermedades raras.

Investigación: mantenimiento y promoción de las enfermedades raras como líneas de investigación prioritarias.

Formación: tanto de profesionales (en pregrado, postgrado y formación continuada) como de pacientes.

Un buen ejemplo de detección precoz, es el cribado neonatal de la Fenilcetonuria, que en España se realiza a cualquier bebé que nazca en un hospital dentro del territorio nacional. Esta prueba resulta muy eficaz para prevenir discapacidades de los niños afectados.

El paciente es la meta final de este recorrido. Las autoridades sanitarias tanto a nivel nacional como a nivel autonómico, son los responsables de la coordinación de la estrategia a seguir y de asignar los recursos necesarios para la consecución de los objetivos planteados. Las asociaciones de pacientes tienen un protagonismo clave como equipos participantes en esta carrera.

» Se calcula que existen actualmente entre cinco mil y ocho mil enfermedades raras diferentes, que afectan a entre un 6 y un 8 por ciento de la población en algún momento de su vida

» El papel de las asociaciones de pacientes es esencial, tanto en términos de apoyo directo a las personas que padecen la enfermedad, como del trabajo colectivo que realizan.

SECCIÓN
PATROCINADA POR:

De acuerdo con la necesidad de promover y desarrollar acciones para alcanzar la igualdad de trato y la plena participación en la sociedad y evitar cualquier tipo de discriminación, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha promovido la creación de Centros de Referencia Estatal como recursos integrantes de la Red de Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (S.A.A.D.). Los fines de los Centros de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias son:

- Promover en todo el territorio del Estado el desarrollo, la innovación y la mejora y optimización de los recursos para personas con enfermedades raras y la calificación de los profesionales que trabajan con estos colectivos.

- Prestar apoyo y servicios de alta especialización que sirvan de referencia a los demás recursos del sector y facilitar información y asistencia técnica a las Administraciones públicas, instituciones, entidades públicas y privadas, profesionales y otras personas interesadas en la atención socio-sanitaria a las personas con enfermedades raras y a sus familias y en su participación social.

- Poner a disposición de las familias y cuidadores de personas con enfermedades raras, servicios de orientación y apoyo que faciliten un mejor conocimiento en la materia, el intercambio de información y la aplicación de metodologías para alcanzar el máximo nivel de desarrollo, de autonomía personal y de participación social, así como períodos de descanso a las familias y a los cuidadores.

La industria farmacéutica es también un participante de gran relevancia. Los llamados “medicamentos huérfanos” tienen la función de diagnosticar, prevenir o tratar afecciones de carácter muy grave, o con riesgo para la vida, por fortuna poco frecuentes, ya que afectan a menos de 5 de cada 10.000 habitantes de la Unión Europea. Para conseguir un sólo medicamento comercializado, en la actualidad se acepta que son necesarios unos 10.000 posibles candidatos en fase preclínica y que transcurran entre 12 y 15 años de estudios, con un coste de unos 600 millones de euros. (Datos facilitados por el doctor Eduardo

L. Mariño Hernández. IV Congreso Internacional de Medicamentos Huérfanos y enfermedades raras. Sevilla, febrero de 2009).

La Organización Mundial de la Salud ha definido el empoderamiento de los pacientes como un requisito previo para la salud y ha instado a una cooperación proactiva y una estrategia de autoayuda de los pacientes para mejorar los resultados sanitarios y la calidad de vida del enfermo crónico.



La investigación es prioritaria en la nueva Estrategia en Enfermedades Raras del SNS.

En este sentido, el papel de las asociaciones de pacientes es esencial, tanto en términos de apoyo directo a las personas que padecen la enfermedad, como del trabajo colectivo que realizan para mejorar la situación de la comunidad de pacientes, que sufren una enfermedad rara en general y de las próximas generaciones.

El avance sólo es posible mediante el esfuerzo y la cooperación de todos los agentes participantes. Debemos adoptar una actitud innovadora, creativa y valiente. La meta final de esta carrera es la de ayudar al paciente/ciudadano. ■

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

5.002

residencias privadas de la tercera edad había en total en 2008.

121

más que en 2007.

3.866

correspondían a centros privados.

1.136

restantes eran centros públicos.

68

de las residencias privadas eran de iniciativa mercantil.

Fuente: Informe DBK. Residencias privadas en España.



MEDICINA DE FAMILIA

Los médicos dan consejos para neutralizar los efectos de la crisis sobre la salud

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) defiende la potenciación de ciertas habilidades en el paciente que le ayuden a afrontar con éxito los problemas asociados a la actual situación del mercado laboral haciendo uso de sus propios recursos. Su presidente, el doctor Luis Aguilera, ha indicado que “desde nuestro ámbito en la Atención Primaria, nos corresponde realizar una escucha activa intentando detectar los impactos individuales y en el entorno familiar y social, ayudando a recomponer la autoestima y la motivación”.

Para la doctora María Jesús Cerecedo, coordinadora del Grupo de Salud Mental de la semFYC, “es importante tener en cuenta que la crisis es una situación estresante que el paciente no ha generado y frente a la cual se siente impotente por no poder influir sobre ella”.



PRÁCTICA PROFESIONAL

Más del 50 por ciento de los médicos docentes considera que la enseñanza práctica en Medicina es insuficiente

Más de la mitad de los médicos que ejercen la docencia opinan que la enseñanza práctica en Medicina es insuficiente, según los datos preliminares del Informe de la Cátedra de Educación Médica Fundación Lilly-UCM “Enseñar a ser Médicos”. Otro de los puntos débiles que se han señalado son el enfoque excesivamente teórico de las clases (27 por ciento) y la falta de impulso hacia la investigación (21 por ciento). Según ha expuesto el doctor José Antonio Gutiérrez, director de la Fundación Lilly, “la situación de la enseñanza práctica en particular es peor valorada por los médicos docentes que la enseñanza de Medicina en su conjunto”. Así, el porcentaje de médicos que evalúa favorablemente la enseñanza práctica no supera el 48 por ciento.



INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

España sigue muy por debajo de la media europea en gasto en I+D

España sigue en el furgón de cola en gasto en investigación y desarrollo (I+D). Según datos de Eurostat, España dedicó en 2007 el 1,27 por ciento de su PIB a investigación, frente a la media de la Europa de los 27 que destinó el 1,85 por ciento de su economía a investigar. España se sitúa así por detrás de países como República Checa o Eslovenia. El mayor esfuerzo en investigación lo han realizado Suecia, con el 3,6 por ciento de sus recursos económicos a I+D, Finlandia (3,4 por ciento), Austria (2,5 por ciento), Dinamarca (2,5 por ciento) y Alemania (2,5 por ciento). En últimos puestos se sitúan Chipre (0,45 por ciento de sus recursos dedicados a investigación) y Eslovaquia (con un 0,46 por ciento).

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

El 97,2 por ciento de los informes de segunda opinión médica emitidos en Andalucía coincide con el diagnóstico o tratamiento indicado previamente

La Consejería de Salud de Andalucía ha emitido 1.063 informes de segunda opinión médica en los seis años de vigencia de este derecho. De estos informes, en el 97,2 por ciento de los casos (1.033) coincidió la opinión de los expertos con el diagnóstico o el tratamiento indicado previamente por los médicos, y tan sólo en 30 ocasiones se produjeron discrepancias. Andalucía fue la primera comunidad en implantar la segunda opinión médica, que entró en vigor el 1 de agosto de 2003. Desde entonces, el paciente que tiene dudas sobre su diagnóstico puede hacer uso de este derecho, vigente para las circunstancias clínicas relacionadas con patologías como: enfermedades coronarias, enfermedades degenerativas, enfermedades raras, epilepsias, escoliosis, neoplasias malignas, trasplantes de órganos, tumores cerebrales, entre otras.



ECONOMÍA

El beneficio conjunto de las empresas de la Bolsa cae un 28 por ciento

La crisis ha hecho mella en las cuentas de las empresas que cotizan en Bolsa. De las 131 empresas del mercado continuo, 49 entraron en pérdidas en el primer semestre, una cifra sin precedentes en la historia reciente de la Bolsa. Además, más del 60 por ciento de las empresas empeoró sus resultados en el primer semestre de este año con respecto a la primera mitad de 2008, cuando la economía española todavía no había entrado en recesión, y sólo 45 lograron aumentar su cifra de negocio. El deterioro de los resultados se ha traducido en una caída del 28 por ciento en el beneficio conjunto de las sociedades que cotizan en el mercado continuo, debida principalmente al descenso del 14 por ciento en la cifra de negocio.



LEGISLACIÓN

Nuevo criterio de régimen jurídico de Seguridad Social para centros privados

El Ministerio de Trabajo ha publicado el criterio técnico 79/2009 que cambia el panorama jurídico para los establecimientos privados y sus trabajadores. Ricardo de Lorenzo, asesor jurídico de la Federación Nacional de Clínicas Privadas y de la Asociación Nacional de Clínicas Privadas sin Interinamiento, ha explicado que con la nueva normativa "se excluye absolutamente cualquier imagen de fraude sobre los centros privados y sus profesionales". Entre las novedades más destacadas, el nuevo criterio "incorpora dos leyes que no se recogían en la norma anterior, como son el Estatuto del Trabajo Autónomo y la Ley de Sociedades Profesionales, que son básicas tanto a efectos de cotización a la Seguridad Social como de responsabilidad".

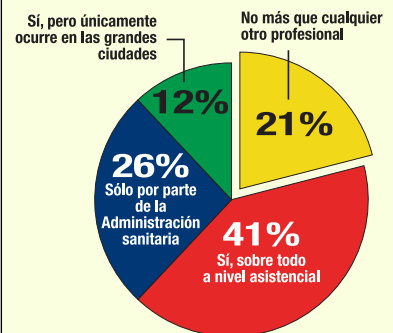


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

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



La mayoría de los encuestados cree que el médico de Primaria sufre importante presión a nivel asistencial (41 por ciento), mientras que un 26 por ciento cree que la presión es sólo por parte de la Administración. Para un 21 por ciento la presión no es mayor que para cualquier otro profesional, mientras que sólo un 12 por ciento cree que únicamente ocurre en las grandes ciudades.

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

Prioridad del Plan de Salud Mental de Cataluña

El abordaje integral de la depresión, un reto clínico y social

El pasado mes de julio, Medical Economics organizó una jornada sobre la realidad de la depresión, con la colaboración de Lundbeck. Se trata de la primera de una serie de sesiones científicas centradas en analizar la situación clínica y farmacoeconómica de la depresión en nuestro entorno. Esta enfermedad es la segunda causa de discapacidad en Occidente, y con un coste atribuido de aproximadamente un 1 por ciento del PIB.

La jornada celebrada en la Ciudad Condal registró una nutrida audiencia de médicos y profesionales de la salud involucrados en el manejo de esta importante entidad, con una especial participación, tanto como ponentes como en la asistencia de expertos adscritos a los distintos departamentos de los servicios de Salud Mental de la Generalitat de Cataluña.

Tras la presentación a cargo del editor de *Medical Economics*, Manuel García Abad, tomó la palabra Xavier Martí, director general de Lundbeck España, quien puso de manifiesto el compromiso principal de la empresa

danesa en la investigación sobre enfermedades del sistema nervioso central, y en particular la depresión. Para Lundbeck la inversión en I+D+i sobre estas entidades constituye una prioridad, favoreciendo la colaboración plena entre médicos, pacientes y la Administración, de cara a mejorar la calidad de vida del paciente deprimido.

En la misma línea se expresó Antoni Gilibert, gerente de Atención Farmacéutica del Servei Català de la Salut, quien resaltó la importancia de la depresión desde un doble planteamiento: sus aspectos clínicos y también un

necesario abordaje como problema de índole social y económico; esta doble realidad fue determinante a la hora de desarrollar el Plan Director en Salud Mental en Cataluña, destinado a mejorar, con un manejo integral, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes deprimidos.

Análisis clínico

El análisis de la realidad clínica de la depresión, primera mesa de la sesión, contó con una introducción general a cargo del profesor Antonio Bulbena Vilarrasa, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona. En su in-



De izda. a dcha., el profesor Antonio Bulbena, Víctor Pérez Sola, José Manuel Benítez Moreno, Enrique Aragonés y el profesor Cristóbal Gastó posan antes del comienzo de la jornada.



Israel Pizarro, de Lundbeck España (en el centro), con Josep Darbá (derecha) y Miguel Ángel Rios, de Lundbeck España.

tervención, el profesor Bulbena hizo una revisión general de la depresión como enfermedad de importancia creciente en el mundo civilizado, partiendo de su concepto y epidemiología, analizando su realidad con interrogantes realizados desde tres ángulos: el debate sobre si se trata o no de una enfermedad; las dudas acerca de su naturaleza puramente psicológica, o bien, determinada también bioquímicamente; y por último, reflexiones sobre el indudable componente social de la depresión.

En la misma línea se expresó José Manuel Benítez Moreno, del Grupo de Salud Mental de la Sociedad de Médicos de Atención Primaria (Semergen) y moderador de la mesa clínica. Según Moreno, la importancia actual de la depresión debe determinar aún una mayor atención por parte del médico al ser una de las patologías que más sufrimiento genera, tanto en el paciente como en su entorno más próximo, además de su incidencia directa en la esfera laboral y social.

El análisis de la realidad clínica actual de la depresión fue iniciado por el profesor Cristóbal Gastó, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona, quien incidió en su intervención en el carácter recurrente de la depresión, entidad que siempre requiere mucho tiempo para su adecuado tratamiento dado el importante riesgo asociado de sintomatología residual y cronicidad. Por su parte, Víctor Pé-

rez Sola, psiquiatra del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) y colaborador activo del programa Alianza Europea contra la Depresión, hizo un repaso de los fármacos antidepresivos disponibles y de las alternativas de futuro que se perfilan con las nuevas estrategias terapéuticas.

Cerró este turno Enric Aragonés, médico de Familia en el Centro de Atención Primaria Constantí, de Tarragona, que describió las características diferenciales del manejo de la depresión en su medio, incidiendo en las dificultades de estos médicos para su manejo; así mismo presentó las líneas principales del Proyecto INDI, iniciativa del Grupo de Salud Mental en Atención Primaria de Tarragona surgida como programa multifactorial para mejorar la atención y los resultados clínicos de la depresión, aplicable a nuestro sistema sanitario y que permite evaluar su eficacia mediante un ensayo clínico aleatorizado.

Socioeconomía de la depresión

La segunda mesa de la sesión, moderada por Antoni Gilabert, puso de manifiesto la importancia social y económica de la depresión. Josep Darbá, del departamento de Teoría Económica de la Universidad Pompeu Fabra, aportó datos de costes laborales en el entorno de la Unión Europea y de España que dan idea fehaciente de este hecho, segunda causa de discapacidad en Occi-

dente, y con un coste atribuido de aproximadamente un 1 por ciento del PIB. Se constata que los costes sociales de la depresión impactan mayoritariamente en las pérdidas de productividad, bajas laborales y jubilación anticipada (65 por ciento del coste total), mientras que el 35 por ciento restante son costes sanitarios directos distribuidos entre medicamentos, visitas a los centros de salud y hospitalizaciones.

Ester Jordá, del Departamento de Salud Mental de Consejería de Sanidad catalana, describió las actuaciones previstas en el Plan Director de Salud Mental y Adicciones, con aplicaciones concretas dirigidas a la población general y centrados en la prevención, la mejora de la resolución en el primer nivel asistencial y de la capacidad en la atención especializada para tratar patologías emergentes y a la población más vulnerable, todo ello con un modelo de atención integral al paciente para el que el presupuesto asignado ha ido creciendo anualmente como prioridad desde 1996.

Cerró la sesión el doctor Lluís Isern, psiquiatra asesor del Plan Director citado, quien añadió sus reflexiones en el importante área de la prevención de la depresión, centrando la atención sobre la prevención de los factores de riesgo psicosocial, y una detección y tratamiento precoz de la enfermedad al tiempo que se instaura un modelo asistencial continuado encaminado a evitar la cronicidad. ■



De izda. a dcha., Antoni Gilabert, Manuel García Abad y Xavier Martí.



Xavier Martí (izda.) con el profesor Antonio Bulbena.

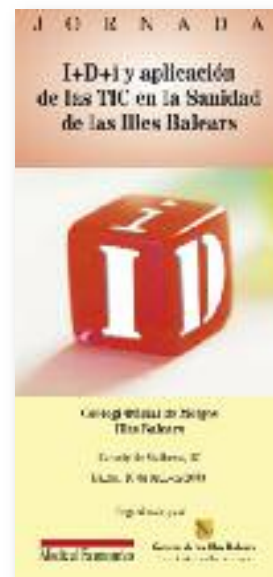


De izda. a dcha., Lluís Isern, Ester Jordá, Antoni Gilabert y Josep Darbá.

I+D+i y aplicación de las TIC en la Sanidad de las Islas Baleares

El reto de integrar la investigación básica en la práctica clínica

La integración de la investigación básica en la práctica clínica como garantía de una mayor calidad de los servicios de salud es uno de los retos prioritarios que se ha marcado el Gobierno balear. Esta comunidad autónoma cuenta con una avanzada implantación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el área sanitaria, como lo demuestra el hecho de que su proyecto de Historia de Salud Digital forme parte del programa piloto de historia clínica electrónica de todo el Sistema Nacional de Salud. Así quedó explicitado en la jornada que MEDICAL ECONOMICS organizó recientemente en Palma de Mallorca, en colaboración con la Consejería de Salud, dedicada a analizar el desarrollo de la I+D+i y la aplicación de las TIC en Baleares.



G. S. S.

Hay que dar pasos para integrar la investigación básica en la práctica clínica para garantizar una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos

en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades”, afirmó el consejero de Salud de las Islas Baleares, Vicenç Thòmas, en la clausura de la jornada I+D+i y aplicación de las TIC en la Sanidad de las Islas Ba-

leares, organizada por la revista MEDICAL ECONOMICS con la participación de Astellas Pharma.

Thòmas quiere potenciar decididamente la I+D+i sanitaria en las islas, tanto en el capítulo inversor como de



De izda. a dcha., Joan Llobera, director general de Servicio de Evaluación y Acreditación de la Consejería de Sanidad y Consumo de las Illes Balears; Bonaventura Bolívar, director científico del IDIAP Jordi Gol de Barcelona; Vicenç Thomàs, consejero de Sanidad; Honorio Carlos Bando, vicepresidente de Idepro; y Juan Rodés, del Hospital Clínic de Barcelona.

Rosa María Alís, directora general de Farmacia.

infraestructuras y coordinación. En este sentido, anunció que se está recabando financiación para la creación y puesta en marcha del Instituto de Investigación Sanitaria, “un proyecto que esperamos inaugurar a finales de 2009” y que constituye, junto con la puesta en marcha de una Facultad de Medicina, uno de los grandes retos del Gobierno balear.

El consejero hizo hincapié, asimismo, en los beneficios que la salud (profesionales y pacientes) recibe procedentes de la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Y mencionó, entre otras aplicaciones, la receta electrónica, servicio que ya está extendido a la totalidad de los centros de salud y oficinas de farmacia de Baleares, y la historia de salud digital, un proyecto que ya cubre al cien por cien de la Atención Primaria, y que el Ministerio de Sanidad ha seleccionado, junto con el de la Comunidad Valenciana, para iniciar el programa piloto de historia clínica electrónica del Sistema Nacional de Salud en toda España.

La jornada, inaugurada por el editor de la revista, Manuel García Abad; la directora general de Farmacia de la comunidad balear, Rosa María Alís Rodríguez; y la directora Técnica de Astellas, Asunción Somoza, contó con la participación de Juan Llobera, di-

rector general de Evaluación y Acreditación; Juan Buades, jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Comarcal de Inca y responsable del proyecto Historia de Salud Digital; Antoni Miquel Fuster, gerente de la Unión Balear de Entidades Sanitarias; Bonaventura Bolívar, director científico del Instituto de Investigación de Atención Primaria Jordi Gol de Barcelona; y Juan Rodés, director del Instituto de Investigación Universitaria de Barcelona, adscrito al Hospital Clínic.

Llobera apuntó que la única inversión importante en Baleares en I+D+i la representa la Universidad de las Islas Baleares, con más de 70 millones de euros, y la Administración pública, que en salud juega un papel importante. Salud y Consumo ocupa una tercera parte del total de la distribución del gasto.

Si se analiza el entorno de investigación y desarrollo en las islas (según el Plan de Ciencia e Innovación 2009-2012), se ve que, además de la universidad, hay una serie de organismos muy relacionados con el entorno sanitario: infraestructuras del Servicio de Salud y fundaciones. “Este es nuestro campo de actuación más importante”, señaló el director general de Evaluación y Acreditación. Y añadió: “En Medicina Clínica y Biomedicina

es donde hemos de anotar los resultados más destacados y mayores publicaciones indexadas”.

A continuación, se refirió a la actividad de cada centro específicamente, capítulo en el que sin duda sobresale Son Dureta, destacando que hay 188 personas dedicadas exclusivamente a la investigación en Baleares, y que buena parte de las mismas están en Son Dureta. Respecto a fuentes de financiación, Llobera dijo que “somos competitivos en proyectos de captación de fondos y en ensayos clínicos, en cambio en lo relacionado con estructuras (recursos humanos) no tanto”. En cuanto a la distribución de estos recursos humanos, destacan Son Dureta y la Fundación KV Cimera como las instituciones con más financiación para recursos humanos.

Otra de las fuentes de financiación importante es la realización de ensayos clínicos. Según los datos de la última Memoria del Comité Ético de Investigación de Baleares, se han realizado 112 ensayos clínicos, “lo que nos sitúa en un posición esperable”. Aquí destacan Son Dureta (dos tercios de los ensayos) y el Hospital de Son Llatzer. Pero poco a poco empiezan a aparecer hospitales privados como realizadores de ensayos clínicos.

Bonaventura Bolívar, que expuso *El reto de la investigación en Atención*



De izda. a dcha., Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Rosa María Alís; y Asunción Somoza, directora Técnica de RRII de Astellas Pharma.



Vicenç Thomàs (izda.) con Joan Gual, presidente del Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares.



Bonaventura Bolívar habló de la importancia de la Atención Primaria en el SNS.

Primaria, comentó que la AP es uno de los pilares básicos de nuestro Sistema Nacional de Salud, en el que trabajan un tercio de los profesionales del sector sanitario, se dedica casi el 50 por ciento del gasto sanitario público y se resuelve entre el 80-90 por ciento de los problemas de salud. Este ámbito, según el director científico del IDIAP, ofrece unas claras oportu-

nidades para la investigación propias y la falta de relación entre la AP y la universidad al no existir un área de conocimiento propio de la Medicina de Familia.

Sin embargo, a pesar de estas dificultades y el actual escenario altamente competitivo, en el que los hospitales se erigen casi como los únicos centros de investigación posibles en el Sistema Nacional de Salud, la experien-

cia del IDIAP Jordi Gol en Cataluña “muestra que es posible desarrollar una investigación de calidad. Sus 13 años de experiencia con más de 400 proyectos de investigación y ensayos clínicos empiezan a mostrar los beneficios de este modelo de organización de la investigación en Atención Primaria”.

Por su parte, Juan Rodès, que disertó acerca de la investigación biomédica hospitalaria, sostuvo que la producción científica en Biomedicina en España “es relativamente elevada”. Y explicó: “Las últimas informaciones indican que España ocupa la décimo–primera posición dentro de los veinte países más productivos en Biomedicina y la séptima posición dentro de sus homólogos europeos. La producción científica de las comunidades autónomas es variable. Destacan Madrid, Cataluña y Andalucía. La mayor producción Biomédica en Cataluña se realiza en los centros hospitalarios; en Madrid en el CSIC y en Andalucía en las universidades”.

Según Rodès, en el momento actual “existe una clara desconexión entre la práctica clínica y la investigación biomédica. Esta desconexión solamente se puede superar a través de la investigación traslacional, ya que permite la transferencia de la investigación básica a la clínica. La única fórmula que permite que dicha investigación se lleve a cabo es a través de los institutos de investigación sanitaria”. Este es el ejemplo, que desde hace más de diez años ha seguido el Hospital Clínico de Barcelona, dando lugar a la creación del Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer.

Según Van der Zee, apuntó, hay dos importantes condicionantes, en comparación con otros países europeos: la inexistencia de infraestructuras de inves-

“¿Por qué, entonces –se preguntó– esta desproporción tan enorme entre su gran peso asistencial y el investigador?”. Según Van der Zee, apuntó, hay dos importantes condicionantes, en comparación con otros países europeos: la inexistencia de infraestructuras de inves-

“¿Por qué, entonces –se preguntó– esta desproporción tan enorme entre su gran peso asistencial y el investigador?”. Según Van der Zee, apuntó, hay dos importantes condicionantes, en comparación con otros países europeos: la inexistencia de infraestructuras de inves-

“¿Por qué, entonces –se preguntó– esta desproporción tan enorme entre su gran peso asistencial y el investigador?”. Según Van der Zee, apuntó, hay dos importantes condicionantes, en comparación con otros países europeos: la inexistencia de infraestructuras de inves-

España ocupa la décimo–primera posición dentro de los veinte países más productivos en Biomedicina y la séptima posición dentro de sus homólogos europeos



De izda. a dcha., Antoni Miquel Fuster; Josep M^a Vicens Gómez, del Servicio de Evaluación y Acreditación; Manuel García Abad; y Joan Gual.



Honorio Bando explicó la importancia de la formación en los profesionales.



Alejandro Bosch, de la Consejería de Sanidad y Consumo (izda.), y el doctor Mariano Ortega, del Centro de Salud Es Trencadors.

mó que “actualmente, al visitar a un paciente tanto en el hospital como en el centro de salud, tenemos a nuestra disposición información fundamental de los problemas de salud del paciente que constan en Atención Primaria, así como sus alergias y alertas. También disponemos de los diagnósticos que se generan en los ingresos hospitalarios y un *link* a los informes de alta. Podemos saber todos los contactos que ha realizado el paciente en el sistema y acceder a información importante asociada a los mismos. Tenemos acceso a pruebas diagnósticas, radiológicas y de laboratorio de varios de los hospitales del Ibsalut (con incorporación progresiva), y podemos consultar el tratamiento del paciente que consta en AP o en Receta Electrónica”.

Seguidamente, presentó algunos de los proyectos en los que la Consejería de Salud está trabajando, con resultados previstos en los dos próximos años: Gestor de peticiones corporativo (CPOE), Módulo de prescripción universal y de administración, Prescripción por protocolos, Integración con los sistemas de dispensación (RELE y Pixis) e Integración con información de soporte (BBDD externas y FIC); Accesibilidad, Registro de Atención de Enfermería y Gestión de Patologías Crónicas y su previsible impacto sobre la calidad asistencial en el futuro. Y Fuster Miró presentó *Expe-*

riencias TIC en sanidad privada, partiendo de que el modelo sanitario de las Islas Baleares goza de características especiales, como la gran afluencia turística, el crecimiento de la población en los últimos años y los déficits de infraestructuras sanitarias. Baleares cuenta con el mayor índice de aseguramiento privado del estado español: el 26 por ciento de la población, según datos de la memoria del CES de 2007, muy por encima de la media estatal, que se sitúa en el 14 por ciento. Y se encuentra en tercer lugar en el ranking de empresas sanitarias por 1000 habitantes (2,73), por detrás de Madrid (2,85) y Cataluña (3,07). Y los niveles de utilización de tecnología sanitaria no son ajenos a estas cir-

la necesidad de ofrecer unos servicios con mayor calidad y seguridad han propiciado la expansión y crecimiento del uso de las TIC”. Y citó dos experiencias en marcha: la creación de un portal virtual en el cual se ofrecen servicios sanitarios junto con la posibilidad de establecer un núcleo de comunicación entre médico y paciente, y un proyecto ya aplicado por la Mutua Balear que permite el archivo y comunicación de imágenes digitales a través de su red asistencial distribuida por el territorio nacional.

El acto finalizó con la conferencia *Investigación, innovación y formación para un desarrollo sostenible*, pronunciada por Honorio Bando Casado, consejero del Instituto de Salud Car-

El modelo sanitario de las Islas Baleares goza de características especiales, como la gran afluencia turística, el crecimiento de la población y los déficits de infraestructuras sanitarias

cunstancias. Precisó que en algunos casos la dotación de tecnología sanitaria de la sanidad de titularidad privada se encuentra por encima de la sanidad pública.

El gerente de UBES señaló que “las nuevas fórmulas de gestión, así como

los III, y la presentación de su último libro *Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud*, realizada por el presidente del Colegio de Médicos de Baleares, Joan Gual Julià, y el consejero de Salud y Consumo, Vicenç Tomas. ■



Joan Llobera durante su intervención.



Juan Rodés se centró en la investigación biomédica hospitalaria.



Juan Buades analizó la situación del proyecto de historia de salud.



Algunos miembros de la Cosejería posan al término de la jornada.

Gestión Profesional

No hay dos pacientes iguales



José María Martínez García*

» El cliente externo es cualquier persona que se dirija a nuestra clínica con la intención de recabar información sobre el servicio que se presta o para recibir tratamiento y cuidados.

» Todos los pacientes deben ser tratados con la dignidad, respeto y atención apropiados a cada edad, considerando sus necesidades psicológicas y afectivas.

Aunque para muchos sea obvio, vamos a mencionar las diferencias existentes entre los pacientes, sobre la base, basada en la experiencia de que no hay dos pacientes iguales. Pero ello va a ser fundamental a la hora de establecer estrategias de gestión. Y la clasificación más práctica contiene los siguientes grupos.

Cliente interno: es cualquier persona de la institución en la que incide mi trabajo, y por tanto, debo tratarlo como un cliente al que le informo con la intención de crear un equipo.

Cliente externo: es cualquier persona que se dirija a nuestra clínica con la intención de recabar información sobre el servicio que se presta o para recibir tratamiento y cuidados.

Pacientes particulares privados: acuden por el prestigio del centro y/o de los profesionales que en él colaboran.

Pacientes particulares de aseguradoras: acuden al centro consultando el libro de profesionales disponible (directorio) o derivados por los médicos generales o de Atención Primaria. Suelen seleccionar un centro en el entorno geográfico de su vivienda habitual.

Familiares: no se deben descuidar en ningún momento ya que, como veremos, pueden ser muy importantes.

Los que vienen a informarse: deben ser tratados como clientes, ya que pueden llegar a serlo.

Todos los pacientes deben ser tratados con la dignidad, respeto y atención apropiados a cada edad, considerando no sólo las características técnicas y patológicas propias de cada grupo, sino también sus necesidades psicológicas y afectivas. Nuestra clínica, por tanto, trabajará con pacientes y familias de diferentes edades y con diferentes culturas y razas.

Es por eso que resulta extremadamente importante el componente de la atención al paciente basado en que cada individuo reciba no sólo el cuidado, sino también la atención que necesita de forma individualizada. Este concepto obliga a una buena organiza-

ción a dotar a todo el equipo con relación en el trato al paciente a desarrollar y con las habilidades que le permitan analizar y observar la situación en cada momento y anticipar las posibles situaciones futuras.

A continuación, se describen algunas actividades y/o actitudes, a modo de ejemplo, que ayudan a mejorar la comunicación y la satisfacción con la atención recibida.

Los bebés necesitan tener a sus padres o cuidadores muy cercanos, manteniendo en todas las intervenciones médicas, y procedimientos, a sus referentes conocidos a la vista, limitando el número de dichos "extraños" al mínimo.

En los adolescentes es importante explicar racionalmente las intervenciones y procedimientos, animar a preguntar sobre las preocupaciones de su visita y tratamiento, proporcionar privacidad, proporcionar información sobre el dolor y los métodos de control y medicación, presentar las explicaciones de forma lógica usando, si es posible, ayudas visuales y animar a hacer preguntas sobre sus temores.

En cuanto a las intervenciones que ayudan en la atención a los adultos, es importante incluir a los familiares en el plan de cuidados, analizar el impacto de su enfermedad o dolencia en su trabajo, observar el lenguaje corporal para ver cómo se siente, proporcionar privacidad, proporcionar información sobre el dolor y los métodos de control y medicación, proporcionar la formación necesaria basada en cómo los particulares aprenden mejor, proporcionar alternativas si existen, explorar la relación entre su enfermedad y su imagen y carrera profesional, animar a que se sea autosuficiente en los cuidados.

Por último, entre las intervenciones que ayudan en la atención destacan ancianos destacan incluir a los familiares en el plan de cuidados, proporcionar privacidad, mantener el entorno de forma que el anciano se sienta seguro y hablar claro y directamente, entre otros. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Roche, líder en los índices de sostenibilidad Dow Jones

Roche ha recibido la puntuación máxima en las siguientes categorías: Investigación y desarrollo, Política medioambiental/Sistema de gestión e Información medioambiental.

Roche ha sido distinguida como el nuevo líder en sanidad en los índices de sostenibilidad Dow Jones, lo que la sitúa como la compañía más sostenible del mundo en el sector sanitario. La selección en los índices de sostenibilidad Dow Jones Sustainability World Index (mundial) y Dow Jones STOXX Sustainability Index (paneuropeo) implican un análisis exhaustivo de la responsabilidad financiera, medioambiental y social de la compañía, teniendo en cuenta aspectos como gobierno corporativo, gestión de riesgos, acceso a medicamentos, cambio climático, cadena de suministro, compromiso de los interesados (*stakeholders*) y prácticas de laboratorio.

Roche ha recibido la puntuación máxima en las siguientes categorías: Investigación y desarrollo, Política medioambiental/Sistema de gestión e Información medioambiental.

El primer puesto

“Roche es un miembro regular de estos índices desde el año 2004. Aunque la compañía siempre ha estado entre las mejor clasificadas, ésta es la primera vez que alcanza el primer puesto”, ha señalado Severin Schwan, director general (CEO) del Grupo Roche. “La sostenibilidad está en el mismo centro de todas las prácticas comerciales de Roche. Este reconocimiento de nuestro compromiso constituye un incentivo adicional para mantener nuestros esfuerzos a la vez que proporcionamos medicamentos verdaderamente innovadores para pacientes con grandes necesidades terapéuticas”.

El análisis 2009 de liderazgo en sostenibilidad lo ha realizado el grupo SAM, especialista en inversiones sostenibles, junto con Dow Jones Indexes y STOXX Ltd., dos acreditados proveedores mundiales de índices. La evaluación anual de la familia DJSI se basa en un estudio a fondo de la responsabilidad financiera, medioambiental y social de la empresa en el que se analizan aspectos como gobierno corporativo, cambio climático, cadena de suministro y prácticas de laboratorio. Los resultados influyen en las decisiones de inversión de los gestores de activos en 16 países licenciatarios de la familia DJSI como referencia y base de diversas carteras regidas por los principios de sostenibilidad. ■



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

cristalmina

ANTISEPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

INDICACIONES DE CRISTALMINA

CRISTALMINA Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN QUÍMICA:** CRISTALMINA solución 100 ml contiene Clorhexetina Gluconato (DCL) 1 g. Excipientes: Alcohol benzílico Polisorbato ED Agua purificada. **Antiséptico de acción bactericida y fungicida. PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, dentro o su amplio espectro bactericida, bactericida y fungicida. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas rozaduras, aftas locales, espinillas, acné, impetigo, flegmas recientes, prevención de infecciones en flechas por decúbito. **Desinfección de la piel en procedimientos.** **Desinfección del cirujano en relación reciente.** **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **CONTRAPRECAUCIONES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFEITOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Evitar la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los ojos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse cuidadosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONSERVACIÓN DE ENVASADOS Y ALMACENAMIENTO:** Preservado a la **ESTERILIZACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y absorción de la toxina digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLUCIÓN:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones locales, pudiendo repetirse tres veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya caído CRISTALMINA, no se lavarán con agua ni otros hipocloritos, sino con detergentes domésticos a base de peróxido sódico. Los medicamentos deben permanecer fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRESENTACIONES:** **OTRAS PRESENTACIONES:**
Cristalmina solución 1% envase 500 ml
Cristalmina solución 1% envase 125 ml
Cristalmina solución 1% envase 25 ml
Cristalmina solución 1% minienvase
Cristalmina film 1% gel envase 100 g
Cristalmina film 1% gel envase 30 g
Cristalmina Plus solución 1% envase 30 ml

Info **S**alvat
900 60 50 80
info@salvat@salvatibiofarm.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Gestión de Calidad: Enfermería

La responsabilidad en la información



Charo Vaquero Ruipérez*

En España, la información sobre el proceso asistencial de los pacientes tiene una base normativa importante. Son muchas las normas jurídicas que establecen la obligatoriedad de informar a los pacientes: la Ley General de Sanidad de 1986, en su artículo 10 establece claramente el derecho de pacientes y familiares a recibir una información completa y continuada, verbal y escrita sobre los procedimientos de diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; el Convenio de Oviedo introduce el término “información adecuada” para referirse a que la información debe ser suficientemente clara y formulada de manera adaptada a la persona. Es en la Ley Básica 41/2002, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, donde se trata este tema de forma más específica, estableciendo que como regla general la información se proporcionará verbalmente, dejando constancia de la misma en la historia clínica. También establece que la información debe ser verdadera y comprensible, adaptada a las circunstancias personales y peculiaridades socioculturales del paciente, de manera que le ayude a tomar decisiones libre y voluntariamente.

Al igual que la cumplimentación de la historia clínica, las enfermeras tienen la obligación y la responsabilidad de mantener informado al paciente dentro del límite de sus atribuciones, es decir, sobre los cuidados y procedimientos que prestan a los ciudadanos. Cuando la información excede del nivel de su competencia, deberá remitirlo a la persona del equipo de salud más adecuado. El incumplimiento de esta obligación puede generar responsabilidad para la enfermera.

La relación entre la enfermera y el paciente debe basarse en la confianza y respeto mutuo. La enfermera tiene que dedicarle el tiempo necesario para atender y satisfacer sus necesidades del paciente. Debe escucharle,

permitirle participar en las decisiones que afecten a su salud y respetar las decisiones que adopte. Establecer una comunicación adecuada con los pacientes es muy importante, no se trata de conseguir la firma, el consentimiento y/o aprobación para ser sometido a un procedimiento determinado, sino que hay que dar las explicaciones necesarias, empleando un lenguaje claro y adecuado y asegurarse de que el paciente lo ha comprendido perfectamente y puede tomar la decisión de acuerdo con su propia y libre voluntad, después de hacer un juicio valorativo sobre las consecuencias de su decisión.

Hay situaciones en las que establecer una comunicación adecuada es difícil, especialmente en las situaciones críticas, en las que el paciente ha perdido su autonomía y no puede decidir por sí mismo. En esos momentos, es cuando el paciente depende de la enfermera, quien asume el cuidado total y realiza las actividades que él no puede realizar por sí mismo. En estas situaciones es cuando hay que averiguar si el paciente ha dejado instrucciones previas, manifestando su voluntad para que, cuando se encuentre en una circunstancia concreta, en el que no le sea posible expresar la personalmente, se respete su voluntad. Sino fuera el caso, debe preguntar a la familia, que conoce la forma de pensar del paciente, sus valores y creencias, para actuar de acuerdo con sus gustos y preferencias. Las enfermeras deben participar según el grado de limitación que presenten los pacientes, para sustituirlo, apoyarlo o acompañarlo en la satisfacción de sus necesidades, respetando su intimidad y tratándolo con consideración y afecto.

La ley también reconoce el derecho de los pacientes a que se respete su voluntad de no ser informados, en este caso hay que hacer constar la renuncia en la historia clínica.

Deseo concluir afirmando que la información es, sobre todo, una herramienta eficaz en la relación de confianza que el nuevo paradigma clínico-asistencial requiere. ■

» La relación entre la enfermera y el paciente debe basarse en la confianza y respeto mutuo. La enfermera tiene que dedicarle el tiempo necesario para atender y satisfacer las necesidades del paciente.

» Las enfermeras deben participar según el grado de limitación que presenten los pacientes, para sustituirlo, apoyarlo o acompañarlo en la satisfacción de sus necesidades.

*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

Nace la Cátedra Janssen-Cilag

Janssen-Cilag y la Universidad San Pablo-CEU crean una Cátedra para fomentar el conocimiento de la industria farmacéutica entre los estudiantes.

El rector de la Universidad San Pablo-CEU, Rafael Sánchez Saus; el director general de Janssen-Cilag en España, Martín Sellés Fort; y el director de Recursos Humanos de Janssen-Cilag en España, José María de Antonio Chaves; han firmado un convenio por el cual se constituye la nueva Cátedra Janssen-Cilag para fomentar el conocimiento de los alumnos sobre el sector farmacéutico.



Rafael Sánchez Saus (izda.), rector de la Universidad San Pablo-CEU, y José María de Antonio Chaves, director de Recursos Humanos de Janssen-Cilag.

Esta Cátedra nace con la finalidad de proporcionar información científica sobre la innovación en la industria farmacéutica, así como de constituirse en foro de debate para los profesionales que desempeñan su trabajo en este sector. En este sentido, José María de Antonio de Janssen-Cilag, ha declarado que “la creación de esta Cátedra es una forma clara y responsable de acercar la formación y el conocimiento de nuestro sector a la Universidad e impulsar igualmente la innovación”. Se trata de la primera cátedra instituida entre Facultad de Farmacia de la Universidad San Pablo-CEU y un laboratorio farmacéutico.

Por su parte, Janssen-Cilag es una compañía farmacéutica perteneciente al grupo Johnson&Johnson, la multinacional del sector sanitario más diversificada y con mayor implantación que emplea a 119.000 personas en todo el mundo. El principal valor de Janssen-Cilag es su gran capacidad para innovar. Como parte de la actividad de I+D de nuevos medicamentos, en Janssen-Cilag se han descubierto más de 400.000 nuevas entidades moleculares, de las que más de 80 se han convertido en fármacos originales. ■



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-carnami-glutámico 200 mg, Metronidazol (D.C.I.) 200 mg, Mesolinosol 200 mg, Nitrofurazol (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Mactrogol 400, Mactrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras torpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritos. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Fodermatitis. Antrax. Furunculosis. Acnéis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones lúngo des 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 insalera 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 nitrofurazol, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,71 PVP(IVA): 7,49 euros.

Info **S**alvat
Salvat Farmacéutica
info@salvat.com | www.salvat.com

S
SALVAT
Innovación y calidad

Capital Riesgo

La segmentación del mercado



Luis G. Pareras*

» La segmentación es un proceso que trata de identificar los clientes "más adecuados" para los productos o servicios de nuestra start-up.

» La segmentación es, en definitiva, una estrategia de marketing que pretende dirigirse no al público en su totalidad, sino a diferentes grupos de forma más especializada.

La segmentación es un proceso que trata de identificar los clientes "más adecuados" para los productos o servicios de nuestra start-up. Un segmento es un grupo de clientes potenciales definidos por características comunes, que bien pueden ser demográficas (edad, educación, sexo, nivel de ingreso) o bien psicográficas, llamadas comúnmente "de estilo de vida".

Para segmentar y escoger el target adecuado debemos de conocer perfectamente el mercado. En el entorno sanitario, no es lo mismo que nuestro cliente sea otra empresa, un ciudadano, un médico o la Administración. Un mercado se conoce cuando el emprendedor es capaz de responder a las siguientes preguntas: ¿quiénes son?, ¿qué compran?, ¿cuándo compran?, ¿quién interviene?, ¿por qué compra?, ¿cómo compra?

El planteamiento de estas preguntas y sus posibles respuestas nos conducen a diferenciar tres clases de mercados:

Mercado de consumo. Individuos que adquieren productos o servicios de ámbito sanitario para su uso personal. La frecuencia de compra depende de muchos factores, entre otros, el tipo de producto. No es lo mismo comprar un producto de uso personal cuya decisión es también personal, que comprar un producto para toda la unidad familiar donde intervienen otros aspectos.

Mercado de los productores. Los productos no se compran para ser consumidos, sino para ser transformados en otros productos. Este mercado es mucho más rico en número de transacciones que el mercado de consumo, por los diversos procesos de transformación por los que atraviesa el producto hasta su configuración final. En una economía desarrollada, el 80 por ciento de las transacciones se realiza en este mercado. En este tipo de mercados el precio será una variable de enorme importancia.

Mercado de la Administración. Engloba todas las instituciones oficiales, hospitales, departamentos de salud, etc. En sus procesos de compra, las decisiones se toman siguiendo procedimientos rígidos y preestablecidos. Al segmentar, tratamos de clasificar el mercado total de un producto o servicio en un cierto número de subconjuntos homogéneos en cuanto a hábitos, necesidades y gustos de sus componentes. Cada uno de estos subconjuntos se denomina "segmento". La finalidad de identificar estos segmentos es permitir a las empresas adaptar mejor sus políticas de marketing a todos o a algunos de estos subconjuntos. La segmentación es, en definitiva, una estrategia de marketing que pretende dirigirse no al público en su totalidad, sino a diferentes grupos de forma más especializada. La creciente competencia en el sector sanitario ha provocado que los productos y servicios estén cada vez más adaptados al consumidor. En el futuro cada vez más productos y servicios estarán hechos "a medida".

Los factores que motivan la necesidad cada vez mayor de segmentar y concentrar nuestros esfuerzos en colectivos muy determinados son:

- Cambios sociales. Los ciudadanos no solo viven más, sino que quieren permanecer más activos y "en forma". El mayor nivel de vida aumenta las exigencias de los consumidores, y provoca una mayor heterogeneidad social, que implica tratar de forma diferente cada segmento.
- La evolución tecnológica, que estimula la capacidad de personalización de los productos o servicios a cada cliente.
- La necesidad creciente de diferenciación, en un mercado altamente competitivo.
- Las tecnologías de la información, que permiten la manipulación precisa de grandes bases de datos y la identificación de multitud de diferentes segmentos, con lo que se obtienen segmentaciones muy precisas, algo inimaginable hace tan sólo unos años. ■

(*) Médico Gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: www.healthonomics.com. E-mail: lluis.pareras@comb.es

Formación continuada en Medicina del Trabajo

La SEMST e Idepro han suscrito un acuerdo de colaboración para el diseño, edición y difusión conjunta de actividades de formación continuada.

Con el objetivo de ampliar y mejorar la oferta formativa que viene ofreciendo a sus asociados, la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo (SEMST) ha firmado un acuerdo de colaboración con el Instituto para la Formación y el Desarrollo Profesional (Idepro) basado en el diseño, desarrollo y difusión conjunta de actividades formativas. De esta forma, la SEMST pretende que sus cursos de formación lleguen a todos los profesionales con práctica en el medio laboral de las empresas. Fruto de la colaboración entre ambas entidades, los profesionales, médico y enfermeros del trabajo, podrán realizar programas de actualización diseñados según las necesidades específicas



Felipe Chavida, presidente de Idepro (izda.) y Francisco V. Fornes, de SEMST, durante la firma del acuerdo.

que plantea este colectivo profesional. La SEMST, federación de sociedades que agrupa a más de 3.000 profesionales de la Medicina del Trabajo y la Prevención de Riesgos Laborales, tiene como uno de sus fines principales el favorecer que sus asociados puedan desarrollar su labor en condicio-

nes óptimas, y entre ellas facilitar un nivel científico alto y riguroso de formación de las distintas especialidades y el perfeccionamiento profesional constante, todo ello para mejorar la salud y seguridad en los puestos de trabajo, fomentar las empresas saludables y la cultura del trabajo seguro en nuestro país. En esta labor será decisiva la contribución de Idepro, iniciativa desarrollada por un grupo de expertos en formación con especial dedicación a todos los aspectos relacionados con el Desarrollo Profesional Continuo. La metodología aplicada por Idepro se basa en el aprendizaje autodirigido por el propio profesional al que ayudan en la identificación de sus necesidades de formación y de recursos disponibles, la realización de actividades apropiadas y la evaluación de los resultados en su propio ejercicio profesional. ■



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

Internet y medicina

El acceso del paciente a su historia clínica



Marcial García Rojo*

Los ciudadanos demandan servicios cada vez más completos a través de Internet. En el ámbito de la salud, un servicio habitual en muchas comunidades autónomas es la cita por Internet, sobre todo en Atención Primaria. En otros países, como el Reino Unido, se dispone de una central de llamadas (NHS Direct) en la que los usuarios pueden acceder a algoritmos electrónicos para saber cómo actuar en cada caso. Incluso, se han creado portales específicos como el Servicio Nacional de Pandemia de Gripe del NHS (<https://www.pandemicflu.direct.gov.uk/>), dirigido a los pacientes del Reino Unido que creen tener síntomas de gripe A.

En este artículo describiremos brevemente qué puede ofrecer Internet para dar servicio a los pacientes que soliciten copia de la historia clínica. Sin profundizar en los aspectos legales, solamente indicaremos que, con la legislación actual al paciente se le debe hacer entrega de toda la documentación que integra la historia clínica, procediendo en su caso a la eliminación de las anotaciones subjetivas y teniendo en cuenta que, en todo caso, esta supresión le corresponde al facultativo que haya procedido a su anotación.

Sin embargo, los sistemas de información clínicos de la mayoría de las instituciones sanitarias no están preparados para que el paciente pueda acceder a su historia clínica a través de Internet y el mero hecho de necesitar discriminar las anotaciones subjetivas del resto de la historia clínica puede ser complejo.

Por ello, es necesario avanzar en el objetivo de disponer de sistemas de información que contemplen el derecho del acceso del paciente a su propia historia clínica, incluyendo los aspectos de confidencialidad y seguridad necesarios, la estructura correcta de datos, los perfiles adecuados y los mecanismos que permitan que ese derecho sea ejer-

cido. Una posible solución son los portales del ciudadano o del paciente ofrecidos por los servicios públicos de salud, las empresas aseguradoras o las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Para que este servicio de "historia clínica en el domicilio" sea un éxito debe contemplarse una información orientada al paciente, por ejemplo, añadiendo enlaces electrónicos apropiados a otros portales específicos de enfermedades.

Todo este cambio debe ser gradual. Un buen comienzo es informar a los pacientes de sus derechos. En algunos países existen portales en Internet donde el gobierno informa de los trámites a seguir para que los pacientes puedan obtener información de su historia clínica. Un ejemplo es el portal del estado colombiano, en el que consta un compromiso para que el paciente pueda acceder al resumen general de su historia clínica en el plazo de 20 minutos si el paciente solicita la información en las oficinas gubernamentales.

Ya se han publicado en el BOE acuerdos entre comunidades autónomas y el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio para el desarrollo de un portal del paciente dentro del programa de Ciudadanía Digital en el Plan Avanza.

En el ámbito de la práctica privada de la medicina, algunas empresas del sector, como Ibermutuamur, actualmente permiten al asegurado que éste consulte su historia clínica a través de Internet. Los portales para pacientes que permiten consultar la historia clínica ya existentes, generalmente permiten acceder no sólo a los datos de la próxima cita médica, sino también a la descripción de episodios asistenciales y los resultados de radiografías, analíticas y otras pruebas complementarias. En algunos casos también es posible solicitar o disponer de un informe resumen de la historia clínica. ■

» Con la legislación actual al paciente se le debe hacer entrega de toda la documentación que integra la historia clínica, procediendo en su caso a la eliminación de las anotaciones subjetivas.

» Los sistemas de información clínicos de la mayoría de las instituciones sanitarias no están preparados para que el paciente pueda acceder a su historia clínica a través de Internet.

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

JORNADA

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



entre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Badajoz

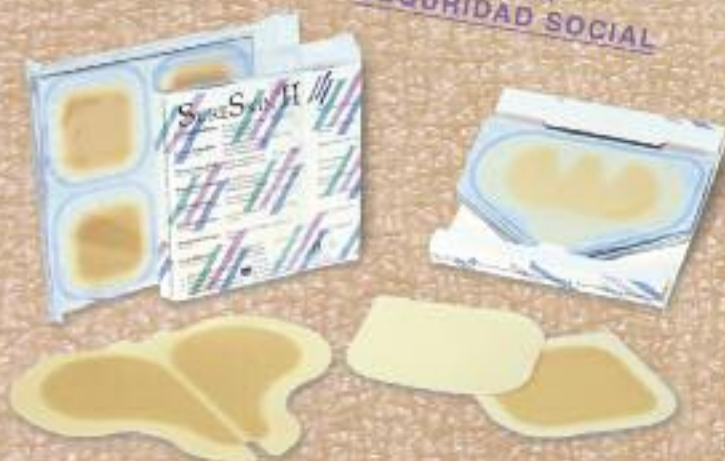
Información e inscripción: Aída González
Tel.: 91 500 20 77 • info@medecoes.com

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

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



FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

Info **S**alvat
800 20 10 00
info@salvatbiotech.com

S
SALVAT
innovación y calidad

Sol, playa y quirófano

El turismo sanitario es un fenómeno relativamente reciente en España que tiene un gran potencial de crecimiento. Explotarlo en tiempos de crisis como los que corren puede ser una buena solución para mejorar la economía del sector de clínicas privadas y la de sus profesionales.

Así lo han entendido en algunas comunidades autónomas, donde las clínicas punteras han constituido asociaciones con programas comunes, se han apoyado en iniciativas gubernamentales o han preferido actuar por su cuenta.



Por Gonzalo San Segundo

La crisis internacional fustiga, con mayor o menor ahínco, a todos los sectores económicos y productivos de este país. Y uno de los que más la padecen es el de las clínicas privadas y, claro, los profesionales que trabajan en ellas. Por un lado, los españoles reducen gastos en los cuidados de su salud y, por otro, desciende el número de turistas que vienen en busca, no sólo de sol, playa, golf, gastronomía y otros atractivos, sino también de un quirófano para someterse a una operación quirúrgica a un coste inferior al de su país de origen y con una alta calidad médico-asistencial.

Es el llamado turismo sanitario, un negocio emergente que “puede aportar grandes beneficios a los que apuesten por él”, en palabras de Juan Arias, director del Área Internacional y Nuevos Proyectos de USP Hospitales. Un negocio que en el mundo movió más de 42.000 millones de euros en 2008, con un incremento previsto del 66 por ciento para 2010, y en clara tendencia a crecer (datos tomados de <http://surger-yandholidays.com>).

La situación de crisis que envuelve al sector sanitario privado la conoce muy bien

María Dolores Lafuente, vicepresidenta de la Unión Murciana de Hospitales: “La crisis nos afecta ralentizando nuestro crecimiento, que hasta ahora es sostenido y estable, teniendo en cuenta que, a pesar de la misma, no podemos bajar nuestra calidad asistencial”.

Para que ese crecimiento no se ralenticé demasiado, mejor dicho, para impulsarlo, prosperan en nuestro país, con la participa-

Los datos

- 40 millones de turistas extranjeros vienen a España cada año, de los que la cuarta parte son jubilados mayores de 65 años.
- A 210 millones de euros ascendió en 2008 el coste sanitario generado por los turistas que visitaron la Comunidad Valenciana. De esa cantidad, 85 millones corresponden a residentes extranjeros.
- Unos 3.000 pacientes europeos son tratados al año en la red Barcelona Centro Médico, una asociación de 24 clínicas privadas de la capital catalana.
- La recaudación mundial en 2008 superó los 42.200 millones de euros, con una estimación de crecimiento del 66 por ciento para el 2010.

ción decidida de los profesionales sanitarios y de algún que otro gobierno autonómico, iniciativas tendentes a que las clínicas privadas ensanchen sus mercados y disputen a otros países, principalmente asiáticos, una clientela adinerada, sea ésta jubilada o no.

Es el caso de la red Barcelona Centro Médico (BCM), una asociación de 24 clínicas y centros privados de Barcelona (entre las que figuran Teknon, Quirón, Planas y Barraquer), que cuentan con el apoyo de instituciones como el Ayuntamiento de Barcelona, Turismo de Cataluña, la Cámara de Comercio y La Caixa. BCM se encarga de todo, desde la preparación completa del viaje, hasta la práctica del turismo en la ciudad, pasando, naturalmente, por los servicios propiamente médicos.

De esta forma, a BCM, que se configura como un destino médico de referencia internacional, llegan anualmente unos 3.000 pacientes extranjeros, además de los que contactan directamente con alguna de sus clínicas asociadas, lo que supone un 3 por ciento de este tipo de demanda. Vienen, fun-



El turismo sanitario en España recluta anualmente a unos diez millones de jubilados europeos.

Perfil

Las características predominantes de los extranjeros que vienen a España a consumir productos sociosanitarios son: unos 65 años de edad, jubilado, mayoría de británicos, alemanes y belgas, y una estancia mínima de dos semanas. Y los que vienen a hacer turismo médico son, sobre todo, centroeuropeos y anglosajones con alto poder adquisitivo.

Por qué vienen

- Huyen de las largas listas de espera de sus países de origen.
- Buscan buena atención, clima cálido y entorno vacacional sugerente.
- La asistencia sanitaria pública es gratis para los ciudadanos de la Unión Europea.
- Las clínicas privadas ofrecen alta calidad asistencial a precios muy competitivos.

damentalmente, a ser tratados o intervenidos quirúrgicamente en especialidades como oftalmología, oncología, urología, pediatría y reproducción asistida.

Entre los objetivos de BCM está el quitarle a las clínicas alemanas una parte de los casi 70.000 rusos que en 2008 viajaron a Alemania en busca de una asistencia médica de excelencia. “Somos igual de buenos que ellos y más económicos. Posiblemente, hasta un 30 por ciento más baratos”, aseguraba Jaume Tort, director de BCM.

Al igual que sucede en esta red de clínicas barcelonesas, Madrid también pretende posicionarse como destino médico de referencia internacional. La cantidad y calidad de los centros de especialización de que dispone en un mismo entorno convierten a la capital de España en una indudable elección para el turismo sanitario, modelo de importante alcance y desarrollo económico.

Combinar asistencia médica de muy alta calidad y a precios muy competitivos con los recursos turísticos de la zona es también práctica común en otras ciudades y comunidades autónomas, como Baleares, Comunidad Valenciana y Costa del Sol.

En Baleares, por ejemplo, la Fundación IBIT, organismo dependiente de la Consejería de Economía, puso en marcha hace unos meses el proyecto Health Destination, destinado a promocionar el negocio emergente del turismo sanitario, especialmente en épocas no veraniegas. En la aplicación de este proyecto se halla involucrada la Unión Balear de Entidades Sanitarias (UBES), que preside Carmen Planas Palou. El gerente de UBES, Antoni Miquel Fuster Miró, considera el proyecto “una buena herramienta para promocionar y fomentar el turismo sanitario en tiempos de crisis”.

La caza de pacientes extranjeros es una necesidad que se impone en el sector sanitario privado español. El país que mayor potencial ofrece, y al que ha echado el ojo BCM y otras clínicas, es Estados Unidos. Según un informe de la consultora Deloitte, se espera que en 2010 cerca de seis millones de estadounidenses (cifra que habría que corregir a la baja por los efectos de la crisis internacional) busquen atención médica fuera de su país, siete veces más que hace tres años.

Algunos cientos de norteamericanos aceptarán las ofertas que les ofrecen otras clínicas españolas muy activas en la captación de clientela extranjera, además de las ya mencionadas, que prefieren actuar por libre. Es el caso de la Clínica Universitaria de Navarra, competencia directa de la red BCM; o el de Xanit Hospital Internacional, en Marbella, que cuenta con un 25 por ciento de clientela extranjera: jubilados del norte de Europa y turistas veraniegos. Para estos últimos el hospital ha desarrollado una ruta de atención domiciliaria por los hoteles de la zona. Juan Bosco Rodríguez-Hurtado, director gerente del centro, señala que una de sus ofertas estrella son los chequeos médicos, a los que se someten turistas, fundamentalmente británicos y escandinavos, que llegan a Marbella el viernes y, tras la revisión, se quedan el fin de semana.

Para los clientes extranjeros, especialmente los escandinavos, Xanit cuenta con otro aliado: entre su personal médico hay dos finlandeses, lo que constituye “un reclamo”, en palabras de Bosco, en un municipio donde habita una colonia de 30.000 finlandeses.

Pero es en la costa levantina donde se concentra una gran parte de la población foránea que visita (o habita) nuestro país. Y en Torrevieja (Alicante) se encuentra USP Hos-

pital San Jaime, cuya clientela de nacionalidad no española alcanza el 45 por ciento del total. Su jefe de Medicina Interna, Javier Satorres Rosas, que lleva once años atendiendo a pacientes extranjeros de alto poder adquisitivo, comenta que a este tipo de clientes se les fideliza “con una atención médica exquisita y, sobre todo, adecuando la asistencia médica a sus necesidades”.

Y en Murcia (los ejemplos no se agotan aquí), la Corporación Quirúrgica Mar Menor, que se apellida “Cirugía y Vacaciones”, ofrece un programa basado en la asistencia médico-quirúrgica y vacaciones en el postoperatorio. Esta idea novedosa posibilita recuperarse de la operación (cirugía general, estética u oftalmológica, entre otras especialidades) en un complejo vacacional.

A qué vienen

Principalmente, a instalarse prótesis de cadera y marcapasos, a operarse de cataratas, a hacerse la cirugía estética, a que les practiquen cirugía laparoscópica y a ser tratados en centros especializados en reproducción asistida.

Definiciones

Turismo médico describe la práctica creciente de viajar a otro país en busca de tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas en centros sanitarios privados, mientras que el **turismo sanitario** tiene más que ver con la asistencia sanitaria en el sector público solicitada también por extranjeros, preferentemente jubilados con residencia en el país de destino. Y el **turismo de salud** lo protagonizarían, esencialmente, los balnearios y una demanda eminentemente nacional.

Junto con los chequeos médicos, la cirugía estética y otras especialidades quirúrgicas, el turismo sanitario demanda también en España clínicas de reproducción asistida. En este caso, los pacientes proceden, mayoritariamente, de Italia y Alemania, y en menor medida de Portugal, Reino Unido y Suecia. Según los expertos, esta demanda crece debido a la legislación española en esa materia, que permite tratamientos no disponibles en otros países a unos precios más baratos que en Estados Unidos y en Europa, y a que aquí se consigue una de las tasas de embarazo más altas del mundo: del 50 al 70 por ciento.

El turismo sanitario en España recluta anualmente a unos diez millones de jubila-

Quirófanos 'low cost'^{*/}

País	JCI ⁽¹⁾	Bypass cardiaco ⁽²⁾
Emiratos Árabes Unidos	14	44.000 ⁽³⁾
India	10	10.000
Malasia	1	9.000
Singapur	13	18.500
Tailandia	4	11.000

* Principales países del destino del turismo médico. Datos de 2008.

⁽¹⁾ Número de hospitales con acreditación Joint Commission International (JCI).

⁽²⁾ Coste en dólares. En Estados Unidos puede superar los 130.000 dólares.

⁽³⁾ Incluida sustitución de válvula.

Fuente: Foreign Policy Ediction.

dos europeos, de un total de cerca de 40 millones de turistas extranjeros. La inmensa mayoría de ellos son atendidos en hospitales de la red pública, gracias a los convenios bilaterales y la normativa europea. Su estancia en España oscila entre los 15 días y los seis meses, dependiendo de si tienen casa en la costa o no, según datos de un reciente informe elaborado por el Gabinete de Estudios del Consejo General de Enfermería.

Estos turistas sanitarios vienen de todas las latitudes, principalmente de Reino Unido, Alemania y Bélgica. Unos se operan aquí y otros, una vez solicitada y obtenida la residencia en España, viajan a su país de origen para someterse a la intervención quirúrgica que precisan.

En zonas como la Costa del Sol, los hospitales públicos registran un número inusual de implantes de cadera y marcapasos a turistas alemanes y holandeses. Su sanidad no cubre estas intervenciones. Aquí salen gratis. Y las playas de Castellón son promocionadas en Reino Unido como "el mejor espacio para recuperarse tras una intervención quirúrgica".

Esos diez millones de turistas jubilados originan un considerable gasto a la sanidad pública de este país. Parte de ese gasto se recupera y otra parte no. Los organismos públicos reconocen la carga que para la sanidad pública origina la asistencia a los extranjeros; no obstante, oficialmente niegan o soslayan la existencia de este turismo sanitario.

"Los turistas no pueden venir a operarse, eso es una barbaridad. Sólo son atendidos en urgencias y de patologías urgentes", asevera Andrés Carrillo, director de Régimen Económico del Sistema Murciano de Salud (SMS). Y ofrece datos: "De los 17.008 visitantes extranjeros atendidos durante 2008 por el SMS, todos en urgencias, sólo 447 necesitaron ingreso hospitalario, y en todos los casos se trató de infartos, derrames u otros problemas producidos durante las vacaciones".

La Unión Europea permite a sus ciudadanos recibir tratamiento médico en cualquiera de sus países miembros, pero supe-dita los tratamientos o intervenciones quirúrgicas en el extranjero a dos condiciones: que respondan a una patología diagnosticada previamente y cuenten con una autorización de las autoridades sanitarias del país de origen. La forma de eludir esas exigencias es entrar en el hospital por la puerta de urgencias.

Para evitar abusos, el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas trabajan conjuntamente en el desarrollo de una normativa al respecto.

La Comunidad Valenciana se ha adelantado. En mayo de 2008, las Cortes Valencianas aprobaron la Ley de Aseguramiento del Sistema Sanitario Público, que pretende, entre otros objetivos, poder cobrar a terceros países el coste sanitario generado por los turistas que visitan esa comunidad autónoma, coste que en 2008 supuso unos 210 millones de euros, de los que más del 20 por ciento fueron a fondo perdido. ■



Los turistas sanitarios vienen principalmente del Reino Unido, Alemania y Bélgica.

La cirugía estética en el 'todo incluido'

Atraídos por tentadoras ofertas de numerosas agencias de viajes, muchos españoles (no existen cifras oficiales) también realizan turismo médico. Adquieren paquetes vacacionales en lugares paradisíacos con cirugía estética incluida, generalmente en clínicas privadas de países iberoamericanos. Es el llamado turismo de bisturí, que ha experimentado un espectacular crecimiento en la última década, gracias a los precios significativamente más baratos que en los países de origen.

Pero no todo es jauja. La Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética (SECPRE) advierte del peligro de aceptar este tipo de ofertas "llamativamente baratas", cerradas y de tiempo limitado. Para que el resultado sea el deseado, razona la Secpre, los pacientes precisan un adecuado control postoperatorio. También la American Society of Plastic Surgeons advierte a los pacientes de que podrían correr riesgos innecesarios, pues no todos los médicos que practican la cirugía estética en esos países están debidamente acreditados, y muchas de las clínicas de destino carecen de certificación oficial.

A pesar del atractivo aparente de estos viajes, que se comercializan "como vacaciones", los expertos recomiendan evitar cualquier tipo de actividad vacacional después de la cirugía. Para poder curarse adecuadamente, y reducir la posibilidad de complicaciones, los pacientes no deben tomar el sol, beber alcohol, ni hacer ejercicio después de la cirugía o participar en recorridos largos, ya sea a pie o en autobús.

El seguimiento y el post-operatorio son partes importantes de cualquier cirugía. Los paquetes de vacaciones y cirugía estética proporcionan cuidados post-operatorios muy limitados (si es que existe alguno) una vez que el paciente haya regresado a su país. Además los médicos locales podrían desconocer las técnicas quirúrgicas empleadas por el cirujano que realizó inicialmente la operación, lo cual hace que el tratamiento se dificulte o se haga casi imposible.

Y es que a veces lo barato sale caro, porque los pacientes pueden tener gastos adicionales en revisiones, y complicaciones que podrían superar con creces el coste de una operación realizada por un cirujano de su país.

También puede ocurrir, señala la Secpre, que los productos o dispositivos de cirugía estética que se utilizan en otros países no hayan sido probados ni se haya demostrado su seguridad y efectividad, ni hayan sido aprobados por las administraciones de otros países. Argentina, Brasil, Costa Rica, República Dominicana, Malasia, México, Filipinas, Polonia, Sudáfrica y Tailandia son los destinos más solicitados para someterse a una operación de cirugía estética. Otros países, como Bolivia y Guatemala, ya se están subiendo a este tren.



ESCÁPESE... con Medical Economics



Con la colaboración de

pullmantur



Certamen de Artículos 2009

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

GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

PLUS

Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

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

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

❖ **¿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**.

*Consulte las bases del certamen en www.medeco.es



**La única revista
que integra información
profesional, social y
personal de interés
para el dentista moderno**

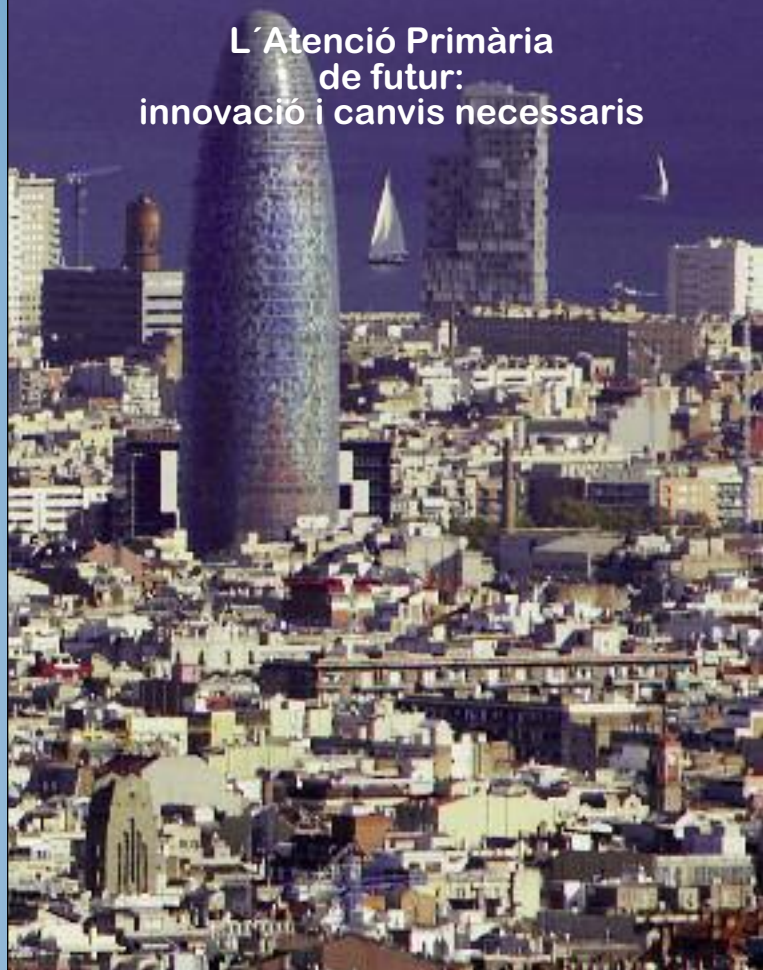
**Asegúrese la recepción
de todos los números de la revista,
en su domicilio o consulta,
por sólo 3€ por ejemplar.**

**Contacte con:
suscripciones@drugfarma.com
o el teléfono 91 500 20 77
(Manuel Jurado)**

**Edición digital en
www.dentistasiglo21.com**

**La Atención Primaria
de futuro:
innovación y cambios necesarios**

**L'Atenció Primària
de futur:
innovació i canvis necessaris**



XII CONGRESO SEDAP **Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria**

28-30 de octubre de 2009
Auditorio y Centro de Convenciones AXA
BARCELONA



Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75
E-mail: sedap1@drugfarmacongresos.com
sedap2@drugfarmacongresos.com
www.sedap.es

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (XV)

El análisis coste-utilidad



José Manuel
Rodríguez Barrios*

El análisis coste-utilidad (ACU) es una variante del análisis coste-efectividad que se caracteriza por utilizar como medida de resultado este tipo de medidas. Es decir, por una parte, se consideran mejoras en la esperanza de vida de las personas estudiadas y, por otra, se analiza los beneficios clínicos obtenidos como resultado de los fármacos, estrategias o programas a evaluar desde la óptica de los pacientes. Es decir, se valora el estado de salud subjetivo o calidad de vida relacionada con la salud.

Una condición necesaria para poder realizar un ACU es obtener o transformar los beneficios sanitarios de las intervenciones evaluadas en forma de utilidades en una medida que agrupe tanto la cantidad como la calidad de vida. Para ello, se precisa disponer de información sobre la cantidad de vida esperada partiendo de un determinado estadio clínico y sobre la valoración que hacen (o harían hipotéticamente) de su salud las personas si se encontraran en ese estado y conocieran su evolución. Para ello, se pueden emplear cuestionarios o instrumentos de calidad de vida relacionados con la salud validados, bien de tipo genérico (pensados para su aplicación en grandes grupos de población, como por ejemplo, el EQ-5D) o específicos (diseñados para una patología en concreto, como el San George Respiratory Questionary que se usa en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o el Asthma Quality of Life Questionnaire). Estos instrumentos se basan en la percepción subjetiva del individuo sobre un número de dimensiones clave que guardan relación con su salud (función física, mental, social). La ponderación de los años que restan por vivir (esperanza de vida) o la duración del tiempo durante el cual se plantea el análisis por la calidad de la salud de esos años ofrece como resultado la medida conocida como años de vida ajustados por calidad (AVACs, o QALY's en terminología anglosajona).

Una vez disponemos de información sobre costes, esperanza y calidad de vida relacionada con la salud, podemos realizar el análisis coste-utilidad. De manera análoga al análisis coste-efectividad, el ratio coste-utilidad incremental (RCUI) nos permitirá la comparación entre diferentes alternativas del mismo programa, o entre programas cuyo principal objetivo es la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud. De este modo, el ACU permite comparar programas de tan diferente naturaleza, como por ejemplo, la el uso de diferentes tratamientos para el manejo crónico de la EPOC, reducción de ataques asmáticos o diagnóstico precoz del cáncer colorectal. Analíticamente, el caso de dos alternativas para el tratamiento de un determinado problema de salud, el RCUI se calcularía de la siguiente forma. Supongamos el coste anual de tratamiento A en una población determinada a nuestro cargo es de 200.000 euros y el del tratamiento B: 400.000 euros. Se estima que el número de años de vida ajustados por calidad ganados con el tratamiento A es igual a 10 mientras que con el tratamiento B los AVACs ganados serían 20. B es más costoso, pero ofrece un mayor beneficio para la salud. El ratio coste utilidad-incremental nos indica que en el caso de querer aplicar el tratamiento B debemos estar dispuestos a pagar 20.000 euros adicionales por AVAC adicional ganado. ¿Se debería implementar el tratamiento B o, por el contrario, nos quedaríamos con el A (menos efectivo pero más barato)? La respuesta a esta pregunta no es obvia y depende fundamentalmente de los recursos de que disponga una sociedad y del grado de prioridad que conceda la misma a la salud frente a otros elementos que determinan su bienestar.

Esta tensión que provoca la limitación de nuestros recursos a la hora de elegir entre distintos tratamientos o programas está siempre presente en el ámbito sanitario. Los análisis de evaluación económica simplemente lo exponen de manera transparente. Ello ha lleva-

» Cuanto mayor sea el número de alternativas comparadas (más alternativas de intervención) más válido será el análisis.

» El análisis coste-utilidad plantea importantes ventajas, como la comparación directa de programas o tratamientos muy diferentes.

do a que en distintos países se discuta sobre estos “umbrales de referencia” o “puntos de corte” a partir de los cuales una intervención, programa o tratamiento, se considera eficiente. Es decir, con los recursos de nuestro medio hasta dónde se está dispuesto a pagar para cubrir el mayor coste de una determinada intervención a cambio de su mayor valor terapéutico. Este debate está abierto pero debemos hacer dos precisiones. La primera es recordar que los análisis de evaluación económica son procedimientos comparativos. Es decir, comparamos distintos tratamientos para una determinada patología. Cuanto mayor sea el número de alternativas comparadas (más alternativas de intervención) más válido será el análisis. Es decir, cuando estamos tratando de intervenciones para las que no existen alternativa (medicamentos huérfanos, por ejemplo), existirán cuestiones éticas dominantes (reglas de rescate) que limitarán la utilidad de estos análisis. Por el contrario, cuando un nuevo medicamento se une a un arsenal terapéutico donde existen un elevado número de productos de parecida efectividad (aunque no sea igual), la orientación de los análisis de evaluación económica es mucho

más directa y evidente. En segundo lugar, hay que tener presente que los diferentes recursos existentes entre países conducen a diferentes umbrales, que pueden existir diferentes umbrales de disposición a pagar por tratamientos más efectivos, dado que la sociedad pueden no valorar de igual modo una misma ganancia en salud en función de las intervenciones o patologías consideradas o incluso del tipo de población afectada (niños).

En resumen, el análisis coste-utilidad plantea importantes ventajas, como la comparación directa de programas o tratamientos muy diferentes, pero la interpretación de los resultados no es unívoca. Son los decisores sanitarios quienes determinan la cantidad de recursos que se está dispuesto a pagar por cada unidad de AVAC adicional en los pacientes, debiendo tenerse también en cuenta de forma complementaria otras informaciones como la gravedad clínica de las patologías evaluadas, la existencia o no de alternativas de intervenciones con ratios mayores y cuestiones epidemiológicas (prevalencia e incidencia del problema considerado) de las intervenciones comparadas. ■

Sección patrocinada por:



Para saber más:

Cleemput I, Neyt M, Thiry N, de Laet C, Leys M. *Threshold values for cost effectiveness in health care KCE reports 100C*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Belgian Health Care Knowledge Centre. 2008

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

Pinto JL, Puig J y Ortún V. *El análisis coste-utilidad*. *Atención Primaria* 2001; *Atención primaria* 27(8): 569-73.

Neumann PJ, Greenberg D, Olchanski NV, Stone PW, Rosen AB. *Growth and quality of the cost-utility literature, 1976-2001*. *Value Health*. 2005;8:3-9 (5)



*José Manuel Rodríguez, director Economía de la Salud-Ortho Clinical Diagnostics (Johnson & Johnson).
Juan Oliva, de la Universidad de Castilla-La Mancha, es coautor del artículo.

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

Amlodipino (mg)	Valsartán (mg)				
	0	40	80	160	320
0	3,0	5,5	2,4	1,6	0,9
2,5	8,0	2,3	5,4	2,4	3,9
5	3,1	4,8	2,3	2,1	2,4
10	10,3	NA	NA	9,0	9,5

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

Una consulta a prueba de desastres

Desde los reveses de poca importancia hasta las peores fatalidades.

Por Howard Larkin



Lynne Carr
Columbus.

Mientras pasaba sus vacaciones en Hawái con sus hijos en abril de 2007, Lynne Carr Columbus, especialista en manejo del dolor, se vio sufriendolo en su propia piel. Le habían extirpado la vesícula biliar dos semanas antes, y de repente experimentó un fuerte dolor torácico superior y posterior. “Me dolía tanto que no podía ni dormir”, recuerda.

De vuelta a casa en Palm Harbor, Florida, descubrió el motivo: un escáner reveló múltiples nódulos pulmonares y un PET reveló lesiones en su espina dorsal y en su cadera. La biopsia de un tumor T4 reveló que padecía histiocitosis de células de Langerhans, una enfermedad rara, similar al cáncer, que principalmente afecta a los niños.

A finales de mayo, Columbus empezó la quimioterapia. Entre el cansancio que el tratamiento le acusaba y el insoportable dolor, no podía trabajar demasiado. Así que en junio comenzó a presentar reclamaciones al seguro para poder mantener abierta su consulta de 3.000 pacientes y centro de dolor multidisciplinario.

Por suerte, Columbus había planificado todo con antelación. Esta doctora tenía cobertura de incapacidad para sustituir sus ingresos y cobertura de gastos para pagar a sus doce empleados y los gastos de su oficina. Contaba con un seguro de salud a todo riesgo e incluso con una póliza suplementaria por cáncer para pagar los costes no médicos, como los gastos de viaje.

Con todo, cuando el desastre llegó, aparecieron algunos agujeros en su plan. No había pensado en los tres meses de interrupción de ingresos que debían pasar hasta que su póliza por incapacidad a largo plazo comenzara a surtir efecto. Y, en su debilitada situación, encontró que las solicitudes de la documentación del seguro resultaban onerosas. Su intento por mantener la consulta en funcionamiento contratando proveedores interinos fue un desastre. Acabó contratando a un socio temporal que al final tomó las riendas de la consulta.

A pesar de estos fallos técnicos, las medidas que Columbus tomó para proteger su consulta se están amortizando. Aunque sus

Puntos clave

- » Un plan de crisis debería abordar las necesidades personales y empresariales y las principales estrategias que existen.
- » La cobertura por interrupción de negocio con una exclusión de 90 días suele ser la mejor apuesta.
- » Es fundamental contar con documentos legales en vigor que permitan a los sucesores tomar el control de la consulta.

ingresos se han visto reducidos a la mitad, puede mantener a su familia. Y la consulta que le costó años de trabajo seguirá ahí cuando esté preparada para regresar.

Para la mayoría de los médicos, un apuro como el de Columbus causaría estragos en sus vidas profesionales y personales. A continuación, algunos pasos que seguir –y algunos escollos que evitar– para proteger su consulta, y a usted mismo, si se ve imposibilitado para trabajar.

Piense en el peor de los desastres

La amenaza a la que se enfrenta Columbus planea sobre todas las consultas de médicos que trabajan solos y sobre aquellas formadas por pequeños grupos. Si no puede trabajar, aunque sea por poco tiempo, podría perderlo todo. “En un grupo de dos o tres médicos, si un médico se ve incapacitado, puede acabar con la consulta entera”, comenta C.J. Millett, un planificador financiero del Commonwealth Planning Group en Boston. “Hay una necesidad de ingresos para cubrir los gastos generales que no desaparecen”.

Un plan de acción para una crisis puede ayudar, dice Bob Cimasi, presidente de Health Capital Consultants, una empresa de San Luis especializada en la valoración de consultas y en la elaboración de estrategias de mejora. Hay que comenzar por plantearse el peor de los casos. “Aunque sea doloroso, es necesario preguntarse qué haríamos si nuestro compañero es atropellado por un camión. ¿Cómo generaríamos ingresos para nuestra familia y para nosotros mismos? ¿Cómo pagaríamos las facturas de la consulta? ¿Cómo la mantendríamos abierta? ¿Cómo tomaríamos el control de la consulta? “Estas ideas están relacionadas, pero cada una tiene su respuesta”, aclara Cimasi. En general, las necesidades de una crisis se dividen en dos categorías: personal y empresarial. Su plan debería incluir no sólo una cobertura de seguro para la sustitución de los ingresos y los gastos del negocio, sino también planes operativos detallados para mantener la consulta en funcionamiento hasta que pueda volver a unirse a ella o bien venderla. Habría que redactar un poder notarial y otros documentos legales para facilitar la transferencia del control de la consulta en una emergencia, añade.

Para el desastre total, el seguro de vida es una opción. Deberían establecerse pólizas por separado para proporcionar ingresos para los

supervivientes y para financiar las necesidades de la consulta. La cantidad de cobertura que precisa dependerá de las circunstancias individuales.

Columbus descubrió este hecho económico de la vida de la manera más dura. Cuando supo que necesitaba quimioterapia, su primer pensamiento fue que vendería su consulta y se centraría en mejorar. Con una base de pacientes fijos, el manejo del dolor *in situ*, terapia física y asistencia psicopedagógica, supuso que la consulta valdría un buen precio. Se equivocaba.

“Hablé con varias personas acerca de comprar, pero me di cuenta de que no tenía nada que vender”, aclara Columbus. “Puedes vender tu equipo, pero nadie comprará tu consulta. Si falleces o te trasladas, saben que acabarán consiguiendo tus pacientes porque tus pacientes ya no tendrán a dónde ir. Eso fue un desastre para mí”. Después de varios intentos frustrados por intentar que su consulta siguiera abierta utilizando proveedores interinos para echarle una mano con los pacientes, contrató a un médico como socio temporal que al final tomó las riendas de la consulta. “Una vez que conseguí a un médico que me ayudara, las cosas fueron a mejor”, dice.

Millett aconseja hacer preparativos con antelación con médicos que puedan encargarse de la consulta en una emergencia. “Incluso puede resultar útil llegar a un acuerdo con la competencia”, añade.

También es fundamental contar con documentos legales en vigor que permitan a los sucesores tomar el control de la consulta, tal y como descubrió el cirujano ortopédico Jordan Schubert. Durante su primer año en una consulta privada en Bangor, Maine, el médico que lo había contratado murió repentinamente. “Habíamos acordado que yo compraría la consulta, pero nunca hicimos ningún papeleo. Por ello, cuando murió, yo no tenía capacidad para atender los trabajos administrativos de la empresa ni para firmar cheques. Teníamos cuentas por cobrar y cuentas de banco a las que no podía acceder”.

Con la ayuda de la viuda de su compañero fallecido, Schubert pudo comprar la consulta al estado y volver a ponerla en marcha. Pero le llevó unos tres meses. “Me di cuenta de que mi carrera estaba en peligro. Te hace ver que cualquier cosa que amenace tu capacidad para trabajar es una seria amenaza también para tu familia y tu futuro”. ■



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 Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por



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

www.medeco.es

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Amor, veneno y muerte

Mayo de 1523. Última y trepidante jornada entre Belmonte y Valladolid.

Me embargaba un extraño sentimiento al chocar en mi alma dos mundos separados por dos décadas, el mundo que trataba de conformarse tras la muerte de Isabel la Católica con el que su nieto Carlos estaba conformando, dieciocho años después, tras la derrota de los comuneros y su elección como emperador. Fuera del castillo de Belmonte de Campos se fraguaba la tormenta provocada por la inminencia de las Cortes de Valladolid, que orientarían el futuro del reino o su falta de futuro. Dentro del castillo unos cuantos hombres, que ya únicamente prometíamos para el pasado, ajustábamos cuentas con él dejando listas para sentencia histórica las escaramuzas entre Felipe el Hermoso y Fernando el Católico, el cachorro y el viejo zorro, dos reyes donde sólo cabía uno.

Los tres días que había estado fuera don Juan Manuel habían creado en Belmonte una paz extraña, como la de la calma que precede a la tempestad, una calma que podía trocarse en tragedia a su regreso. No creía yo que en ese estado, cuando la sangre podría enrojecer de nuevo la tierra castellana, pudiéramos reemprender una tarea que ahora parecía un juego pueril. Sin embargo, doña Catalina nos había transmitido las disculpas del señor de Belmonte por aquel viaje inesperado, pero inaplazable, y nos rogó que no abandonáramos el castillo, lo que indicaba que don Juan Manuel de-

seaba que completáramos nuestra pacífica misión, aunque fuera de la fortaleza ardiera la tierra. Me recordaba a los cuentos de Boccaccio, en los que unos invitados cercados por la peste entretenían el tiempo contando historias, con la diferencia de que las nuestras no gozaban de la lasciva amenidad de las del genial escritor italiano.

Era cerca del mediodía cuando los vigías informaron a doña Catalina de que se acercaba un coche que sólo podía ser el de don Juan Manuel, y todos salimos al patio a recibirle. El señor de Belmonte venía acompañado por dos personas que en la distancia no podíamos identificar; pero que enseguida reconocimos, en cuanto bajaron con gallardía del coche: Diego Hurtado de Mendoza, duque del Infantado, y Antonio Manrique de Lara, duque de Nájera. Nos quedamos boquiabiertos, y yo torturaba a mi mente tratando de dilucidar qué había hecho don Juan Manuel en estos tres días de ausencia y cuáles eran sus intenciones.

- Hoy almorzaremos algo tarde para que Catalina pueda ofrecernos un ágape memorable en nuestra última sesión, en la que nos honrarán con su presencia nuestros buenos amigos el duque del Infantado y el de Nájera. He pensado que podríamos dedicarla a la muerte del rey Felipe I de Castilla y a las extrañas circunstancias que la rodearon. Tanto Infantado como Nájera, estuvieron

Dudas y certezas sobre la muerte de Felipe el Hermoso



José García Abad

El periodista José García Abad es el autor de *Sobra un Rey*, una novela apasionante en la que junto a los avatares de los personajes ficticios, recobran vida los principales protagonistas de la época.

La de Felipe el Hermoso fue una vida para la tragedia, un personaje que pudo tenerlo todo: Flandes, el imperio alemán, Castilla, Aragón, las Indias, media Italia etc., y que no disfrutó de nada. Un monarca que recorrió su nuevo reino más tiempo muerto que vivo. La versión "oficial" que ha llegado hasta nuestros días es que murió por beber

un vaso de agua fría tras un acalorado juego de pelota. Todavía en los tiempos actuales nuestras madres nos prevenían: "Hijo, no bebas agua fría que ya sabes lo que le pasó a Felipe el Hermoso". La cuestión sigue sin resolverse pero lo que ya ha quedado razonablemente claro es que fue asesinado. La gran cuestión es quién le mató y es muy probable que nunca se sepa con

presentes, y han tenido la generosidad de aportar sus recuerdos a la causa que nos ha reunido en Belmonte.

- ¿Quién será el orador principal, Juan? —pregunté lo que todos nos cuestionábamos.

- No habrá un orador principal ni oradores secundarios. Constituiremos un tribunal en el que todos seremos jueces y testigos, y espero que dilucidemos honradamente si Felipe murió por causas naturales o si alguien propició el fatal desenlace.

- Un programa muy excitante, Juan —reconoció el prelado—, pero permíteme que dude de que obtengamos un veredicto definitivo. ¿No sería más piadoso que dejáramos en paz a los muertos que ya han sido juzgados por el tribunal infalible?

Es muy respetable lo que dices, Diego, pero hemos venido aquí para recuperar la historia que es de Castilla y de cada uno de nosotros, y no podemos pasar por alto el episodio final.

- Como digas, Juan, confieso que este juicio me parece apasionante.

No hubo más objeciones y sí una excitación general por constituirnos en un tribunal en el que seríamos juez y parte. El anfitrión nos propuso tomar unos vasos de vino en el jardín, mientras doña Catalina ordenaba el almuerzo. El camarero llegó en el mismo momento en que nos sentábamos, dispuestos a compartir educadamente la conversación, tras unos momentos de saluciones privadas de Fuensalida con Nájera y Villaescusa, y Cata y yo con el duque del Infantado, cuya continuación nos prometimos para más adelante, con la esperanza de descubrir qué era lo que estaba pasando, y si los nobles conjurados en el

castillo de Benavente en la cena a la que había asistido habían cambiado de bando.

El almuerzo fue una obra maestra en veinte platos más los postres con la más selecta variedad de productos de la tierra, de los ríos, del mar y del aire, así como de algunas novedades llegadas del Nuevo Mundo. La conversación se inició con reflexiones sobre el tiempo, quizás más caluroso que en otros años, y se extendió sobre las nuevas que llegaban de las Indias, donde Hernán Cortés había conquistado Méjico, un nuevo imperio para el emperador a quien había enviado incalculables tesoros arrebatados a los aztecas, y que ahora se dirigía a la conquista de Guatemala.

Como el que no quiere la cosa, traté de orientar la charla sobre las Cortes que se abrirían en Valladolid el 10 de julio, pero no pude obtener la información que deseaba, como si se hubieran puesto de acuerdo para no hablar del asunto. Habíamos llegado a los postres, y don Juan Manuel declaró solemnemente abierta la sesión.

- Recordemos sumariamente los hechos: estamos a 17 de septiembre de 1506. No habíamos conseguido que las Cortes reunidas entre Mucientes y Valladolid declararan la locura de Juana y proclamaran a Felipe como rey con todos los derechos. Seguiría siendo consorte, pero de hecho se confiaba en él la gobernación del reino.

Nadie se lo disputaba, pues Fernando el Católico embarcaba en Barcelona para Nápoles. Antes de que las Cortes concluyeran las sesiones, Felipe y Juana abandonaban Valladolid camino de Tudela de Duero, pues se había declarado la peste en aquella ciudad. Ya sé que la peste podría afectar



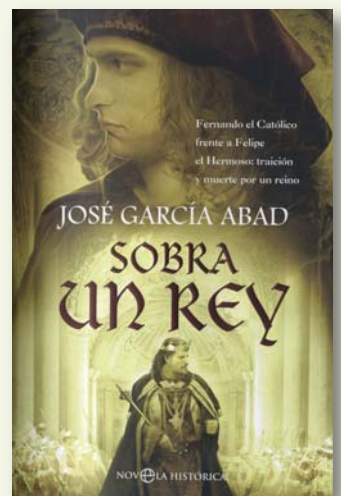
certeza. Y es que los magnicidios rara vez se resuelven como demuestran los casos más recientes del asesinato de Prim y aún más próximos a nosotros de Kennedy y del primer ministro sueco, Oloff Palme.

José García Abad recrea en su novela *Sobra un Rey*, editada por La Esfera de los Libros, lo que pudo ocurrir de acuerdo con la historiografía moderna. El Hermoso le había concedido a su valido Don Juan Manuel el gobierno de Burgos y para agradecerlo y festejar la marcha de Fernando a su reino aragonés le ofrece un espléndido almuerzo. Después y con el propósito de bajar la excesiva comida, Felipe retó a un juego de pelota a Juan de Castilla que interrumpió al sentirse indispuerto. El rey se fue a la cama muriendo el viernes, 25 de septiembre de 1506, de una extraña enfermedad contra la que no pudo hacer nada el doctor

De La Parra. El prestigioso médico no se atrevió a dictaminar el envenenamiento, pero conocía bien tanto los síntomas del enfriamiento como el de la peste y las excluyó como causas probables.

Las mayores sospechas recayeron, ya en aquellos tiempos, en Fernando el Católico, el suegro del difunto monarca, valiéndose de su fiel servidor Lope de Conchillos. Muerto El Hermoso, Fernando recuperó el reino de Castilla donde gobernó hasta su muerte. Evidentemente era a quien más beneficiaba la muerte de su yerno con quien mantuvo una durísima lucha por el poder, pero su implicación no es concluyente.

El autor de *Sobra un Rey* recrea una escena en el castillo de Don Juan Manuel, el valido de El Hermoso, donde los testigos de la muerte de éste van exponiendo distintas teorías sobre la muerte del monarca. Una de



Autor: José García Abad
Título: *Sobra un Rey*
Edita: La Esfera de los Libros
472 págs.

también a los tres estamentos reunidos, el alto clero, la nobleza y las ciudades, pero hay que entender que los reyes deben velar por su salud, por el bien de sus súbditos. Nadie podía suponer entonces que cuando la Parca avizora una presa nadie se la puede disputar. Nadie puede suponerlo, pero a veces aparecen señales en el cielo. A finales de agosto, los monarcas abandonan Tudela y se dirigen a Burgos, en el camino ven un cometa y el rey pregunta su significado a su físico, quien con voz grave le dice: «Señor, siento decirnos que este cometa augura pestilencia y muerte de príncipes». Y el rey contesta riéndose: «Guarde Dios a mi padre y a mí: de lo demás haga lo que fuere servido». Como sabéis, don Felipe me había concedido la fortaleza y el gobierno de Burgos, y yo le propuse agradecido disfrutar de unos días de fiesta en mi castillo celebrando, como se merecía, el éxito de nuestro intento. Infantado y Nájera son testigos del espléndido almuerzo que ofrecí. Todos comimos demasiado, y Felipe I nos superó a todos, mostrando un apetito insaciable. Después, y con el propósito de bajar la excesiva comida, retó a un juego de pelota a Juan de Castilla, en el que Felipe se empleó a fondo, pero que interrumpió al sentirse indisputado. El rey se fue a la cama y permaneció en ella dos días, y el jueves 17 de septiembre se levantó a pesar de la fiebre, y nos fuimos de caza, de donde volvió envuelto en un sudor frío. Felipe cayó sin conocimiento, le acostamos, y ya no se levantó de la cama, muriendo el viernes 25. Una extraña enfermedad se lo llevó por delante, y de nada sirvieron los esfuerzos del doctor De La Parra. ¿Muerte natural o envenenamiento? Ésa es la cuestión que hasta ahora no se ha resuelto. ¿Qué opinas tú, Nájera?

- Que Fernando el Católico se marchó a Nápoles tras haber encargado el envenenamiento de Felipe, el jovencito que había arruinado sus ambiciones.

- ¿En qué te basas para tan grave acusación, duque?

- En muchas razones y circunstancias. La primera de ellas porque era el más beneficiado por su muerte. Fernando, tras firmar el acuerdo de Villafafila, escribió una carta en la que reafirmaba sus supuestos derechos, y explicaba que había estampado su firma bajo la presión de los lansquenetas. Muerto el adversario, Fernando volvió a ocupar todo el poder del reino.

- Es mucho deducir —rebatí el duque del Infantado—. Es verdad que Fernando tuvo que rendirse ante la fuerza, pero no le creo capaz de semejante infamia. Nunca se irá de mi mente el encuentro de ambos reyes en el Remesal. El Hermoso había llegado con

un formidable ejército de dos mil picas, rodeado de los nobles que le apoyaban armados hasta los dientes, mientras Fernando se acercaba subido en una mula y acompañado de unos cuantos fieles con ropajes ligeros para que se viera que iban desarmados.

Yo había reflejado la historia en un pliego suelto: Fernando combinó la humildad con la ironía con quienes habían sido sus mejores amigos. Echó los brazos al conde de Benavente y, al notar armas debajo de la capa, le dijo riendo: «¿Cuánto habéis engordado, conde!», a lo que esté le respondió turbado: «Son los tiempos que corren». Después se dirigió a su buen amigo Garcilaso y le recriminó suavemente: «¿Tu también, García?», quien contestó, apesadumbrado: «Señor, por Dios, así venimos todos».

- Quienes conocíamos bien a Fernando sabíamos que no se pararía ante ningún medio para recuperar el poder y vengarse de todos nosotros.

- Ser meras suposiciones, Nájera —atajó el duque del Infantado—, no se puede manchar la memoria del Católico con meras suposiciones.

- Tratándose de Fernando hay que pensar mal con la seguridad de que uno acierta, pero no sólo me baso en el hecho incontrovertible de que era el más beneficiado y en su falta de escrúpulos. Me consta que al marcharse para Aragón, comentó a Conchillos, que en paz descansa: «Lope, ahora tienes bajo tus hombros la misión más importante, que no te tiemble la mano, piensa en Castilla», y Conchillos le tranquilizó: «No os preocupéis, señor, que pronto recuperaremos el reino».

Siempre es bueno contar con un muerto —salté sin poderme reprimir.

- ¿Dudas acaso de mis palabras, cronista?

- De sus palabras no, señor duque, pero sí de quienes nos informaron. ¿Quién estaba presente en la conversación del rey con su secretario?

- Nadie, por supuesto, pero Conchillos se fue de la lengua.

- Yo tengo otras hipótesis —apuntó el prelado—. Me consta que Felipe, tras las Cortes de Mucientes, que no aceptaron la locura de Juana y la mantuvieron en su condición de reina propietaria y por tanto a Felipe como rey consorte, éste había decidido maniobrar con prudencia y desprenderse de los flamencos, que ocupaban los cargos más importantes y devolvérselos a los castellanos como Juana le insistía incansable. [...]

Texto extraído del capítulo 16 de la obra.

las más plausibles, además de las insinuaciones sobre Fernando el Católico, es que lo asesinaron los flamencos que acompañaban al joven monarca decepcionados por no conseguir los cargos y beneficios prometidos por éste; esperaban que muerto Felipe se haría cargo de la regencia, su padre, el emperador austriaco Maximiliano I, que podría resistir mejor que su hijo las presiones de los nobles, las ciudades y de su nuera Juana de Castilla. Pero, no se excluyen otras hipótesis incluida la de que fue ésta la que, harta de las infidelidades de su esposo, le proporcionara las hierbas letales.

No es la única revisión que hace José García Abad respecto a personajes de la época empezando por Juana, que de loca

no tenía un pelo aunque mucho hicieran para que perdiera la razón su padre, Fernando; su esposo, Felipe; y su hijo Carlos, el futuro emperador. También aparecen en la novela noticias sorprendentes acerca de Fernando el Católico; de su inquietante secretario Lope de Conchillos; del valido de Felipe el Hermoso, Don Juan Manuel, un estadista inteligente y sin escrúpulos; así como de quien se convertiría en Carlos I de España y V de Alemania. Es poco conocido que éste robara el tesoro de su madre y que mantuvo relaciones amorosas con su abuelastra Germana de Foix, la segunda esposa de Fernando el Católico sobre quien también se proporcionan detalles sorprendentes. ■



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

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
suscripciones@drugfarma.com

J O R N A D A

La evaluación económica en farmacogenómica oncológica y hematológica



MESAS REDONDAS

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

Hotel Vincci Soho

C/ Prado, 18

Madrid, 30 de septiembre de 2009

Organizado por

geemi
Grupo para la Evaluación Económica de la Medicina Individualizada

InstitutoRoche
www.instituto-roche.es

Medical Economics

Inscripciones on line: www.instituto-roche.es

Inversiones

Hay luz al final del túnel



Natalia Aguirre Vergara*

» Para que la recuperación cobre vigor será necesaria una mayor reactivación de la demanda externa, que por el momento se mantiene débil.

» Tanto la Reserva Federal norteamericana como el Banco Central Europeo han afirmado en sus últimos comunicados que se aprecia una cierta estabilización económica y que la recesión está tocando fondo.

A principios de año, desde estas líneas y con el título “2008, annus horribilis”, recordábamos cómo el pasado ejercicio fue el peor de la historia para la bolsa española, con una caída de su principal indicador, el Ibex 35, del 39 por ciento.

Volviendo la vista atrás, podemos confirmar que nuestras esperanzas se han visto cumplidas, y que probablemente el primer trimestre del año haya sido el peor momento de la crisis, permitiéndonos así vivir un año 2009 de menos a más en el plano macroeconómico y empresarial. Esta tendencia de progresiva mejora ha tenido su lectura adelantada en las bolsas mundiales. En el caso del Ibex, la recuperación desde los mínimos marcados a principios de marzo ha llegado a superar el 60 por ciento, apoyada en la percepción de que “hay luz al final del túnel”, y que más tarde (en el caso de España) o más temprano (en el caso de Estados Unidos y el resto de Europa) las economías se irán recuperando de la grave crisis financiera y real que hemos vivido.

Así parecen confirmarlo los datos de crecimiento del segundo trimestre, que en todas las áreas geográficas (Estados Unidos, Japón, Eurozona...) han mostrado una mejora frente al primer trimestre de 2009. El menor ritmo de deterioro incluso se ha convertido en algunos casos en crecimiento intertrimestral positivo (el primero desde hace un año), como en los casos de Alemania y Francia, que han sorprendido con avances de sus PIB del 0,3 por ciento trimestral, aunque las tasas interanuales siguen arrojando importantes caídas (-5,9 por ciento para Alemania y -2,6 por ciento para Francia). Ya no estamos por tanto en caída libre, sino que las medidas adoptadas parecen estar dando sus frutos.

Aún con todo, para que la recuperación cobre vigor será necesaria una mayor reactivación de la demanda externa, que por el momento se mantiene débil. Asimismo, las economías deberán demostrar que, una vez se re-

tiren los estímulos (monetarios, fiscales), son capaces de “sobrevivir” por sí mismas. En este sentido, es clave que dichos estímulos se retiren en el momento apropiado: ni antes de lo necesario (se podría frustrar una aún incipiente recuperación económica) ni después (se correría el riesgo de sufrir presiones inflacionistas que exigiesen fuertes subidas de tipos de interés, que a su vez hiciesen descarrilar al tren de la recuperación). Este último escenario (subidas de tipos demasiado pronto) sería muy negativo para la economía española, que va por detrás de la recuperación de otros países de Europa (sirva de ejemplo que el PIB español ha retrocedido un 1 por ciento trimestral en el segundo trimestre del año, frente a la comentada subida del 0,3 por ciento en nuestros vecinos alemanes y franceses).

Sin embargo, parece que los bancos centrales nos dejarán respirar tranquilos durante un largo período de tiempo, a la espera de que la recuperación económica cobre vigor, antes de empezar a drenar los estímulos monetarios. Tanto la Reserva Federal norteamericana como el Banco Central Europeo han afirmado en sus últimos comunicados que se aprecia una cierta estabilización económica y que la recesión está tocando fondo, pero que siguen existiendo dudas en torno a la sostenibilidad del crecimiento.

Es previsible que el consumo de las familias siga débil, dado el incremento del paro y la necesidad de despalancamiento (desendeudamiento) de los hogares. Mientras esto sea así, y no existan presiones inflacionistas en el corto plazo, será pronto para retirar los estímulos monetarios, aún cuando el mercado esté descontando ya las primeras subidas de tipos para 2010 (hasta el 2 por ciento en el caso del BCE). Por el contrario, y con los datos disponibles en este momento, parece más lógico que los tipos de interés se mantengan en los actuales mínimos históricos hasta bien entrado 2010 o incluso hasta 2011, cuando la reactivación económica cobre suficiente fuerza. ■

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

Valores del mes

Crecimiento exterior

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

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Telefónica es uno de los operadores integrados de telecomunicaciones líder a nivel mundial en la provisión de soluciones de comunicación, información y entretenimiento, con presencia en Europa, África y Latinoamérica. Es una de las telecos más internacionalizada, al generar más de un 60 por ciento de su negocio fuera de su mercado doméstico, y se constituye como el operador de referencia en el mercado de habla hispano-portuguesa. El grupo ocupa la tercera posición en el sector de telecomunicaciones a nivel mundial por capitalización bursátil, la primera como operador europeo integrado, y también la tercera en el ranking Eurostoxx 50.

OHL es uno de los mayores grupos de construcción, concesiones de infraestructuras, medio ambiente, desarrollos e industrial de España. En los últimos años ha experimentado un notable crecimiento, y su actividad en el exterior ha evolucionado de forma explosiva, consolidándose como un gran grupo internacional, con presencia en 20 países de cuatro continentes. Su estrategia pasa por seguir centrado en construcción, a la vez que continúa diversificándose en actividades muy próximas a la construcción y con gran potencial de crecimiento, como el negocio de concesiones, donde se concentra el esfuerzo inversor.

Los elegidos

Telefónica. Continúa siendo una de las opciones de inversión más atractivas dentro del sector europeo de telecomunicaciones, dado su modelo de negocio único, buen equipo gestor y potencial de revalorización. En los resultados del primer semestre del año, se aprecia cómo es capaz de compensar la moderación del crecimiento en España con la positiva evolución de su división latinoamericana (35 por ciento de los ingresos y 44 por ciento del beneficio operativo del grupo). Valoramos favorablemente que Telefónica haya mantenido todos sus objetivos de 2009, destacamos la solidez financiera del grupo y compromiso de pagar un dividendo de 1,15 euros por acción de cara a 2010.

OHL. Publicó unos resultados correspondientes al primer semestre de 2009 que ponen de manifiesto una de las principales fortalezas del Grupo, como es su creciente internacionalización, con más de la mitad

de las ventas y del beneficio operativo procedentes del exterior (Brasil, México...). Este mayor peso de la actividad internacional tiene su origen en el crecimiento continuo de las ventas a doble dígito (+30 por ciento interanual). Consideramos que constituye una clara oportunidad de inversión a medio plazo, apoyado en un negocio de concesiones (supone un 87 por ciento de la cartera de pedidos) cuyo potencial aún no está totalmente recogido en cotización. ■

Concepto	OHL	Telefónica
Ticker	OHL	TEF
PER 2009	10	10
Rentab. dividendo (%)	2,5	7,0
Precio actual	18,06	18,28
Precio objetivo	20	18,8

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 11/09/2009

Estimado compañero:

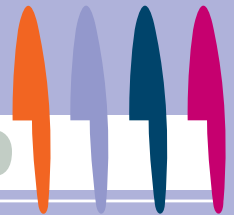
El Instituto para la Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) continúa su programa de actualización Formación Mural en Atención Primaria. Las unidades programadas en el año 2008 han registrado una gran acogida por parte de los usuarios, que han realizado esta actualización con la metodología Idepro, centrada en la facilidad de acceso a los datos y la focalización en la práctica clínica de Atención Primaria (estos contenidos permanecen disponibles para consulta en la web de Idepro).

En 2009 se presentan nuevos temas, también acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que estarán disponibles en los Centros de Salud con los habituales materiales (póster, manual de formación adicional y casos clínicos en la web de Idepro).

Te animamos a seguir este programa, al cual puedes inscribirte en nuestra web.

Dr. Felipe Chavida
Presidente

Formación Mural en **ap**



Programa

Año 2009

Póster 6 Hiperplasia Benigna de Próstata. Tratamiento

Autor: Francisco Brenes Bermúdez
Médico de Familia. ABS Llefià, Badalona
Tutor de Medicina de Familia UD Barcelonés Nord i Maresme, Barcelona

Póster 7 Salud Mental en Atención Primaria

Autor: Vicente Gasull Molinera
Médico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte-Vedat Torrent
Miembro del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN

Póster 8 Depresión en Atención Primaria

Autor: Vicente Gasull Molinera
Médico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte-Vedat Torrent
Miembro del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN

Póster 9 Profilaxis de la ETV en Atención Primaria

Autor: Eduardo Carrasco Carrasco
Médico de Familia. Centro de Salud Abarán
Miembro del Grupo de Vasculopatías de SEMERGEN

2010: títulos en preparación



Acreditado por



Acreditado por la Comisión
de Formación Continuada
del Sistema Nacional de Salud

Compromiso con la Formación

Abierto plazo de inscripción

www.idepro.es



GlaxoSmithKline
www.gsk.es

Cultura

LIBROS

Excelencia en la atención e información de calidad

El Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social presentó recientemente la obra *Excelencia sanitaria: satisfacción de los pacientes, innovación y tecnologías*, un trabajo que recoge la reflexión de destacados representantes de los diferentes agentes y organismos nacionales e internacionales que intervienen en el campo de la salud, como consejeros de Sanidad y Defensores de Pacientes de comunidades autónomas, asociaciones de pacientes, profesionales sanitarios, etc. La obra cuenta con el apoyo institucional de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y con la colaboración de Roche. El presidente del Instituto Europeo y Bienestar Social, Manuel de la Peña, explicó durante la presentación de la obra que “el libro también quiere poner de manifiesto la importancia que tiene la información y la comunicación en otros ámbitos como la mejora de la relación entre el médico y el paciente, punto que ayudaría a reducir las numerosas reclamaciones que desgraciadamente todavía se presentan ante la oficina del Defensor del Pueblo y en las oficinas de los Defensores de los Pacientes de las diferentes comunidades autónomas”.



Título: *Excelencia sanitaria: satisfacción de los pacientes, innovación y tecnologías.*
Edita: Ediciones Arán. S.L.
612 págs

TEATRO

'La Casa de Bernarda Alba' llega a Madrid

Un clásico de Federico García Lorca, *La Casa de Bernarda Alba*, reúne por primera vez sobre el escenario a dos damas de la interpretación. Nuria Espert y Rosa María Sardá dan vida a Bernarda y La Poncia, respectivamente, en un montaje dirigido por Lluís Pascual que en Barcelona vieron, en sólo dos meses, 26.000 personas. En esta tragedia lorquiana se reflejan las consecuencias del fanatismo religioso, las leyes del patriarcado o el poder de los intereses económicos. Hasta el 25 de octubre, la pieza se representa en Las Naves del Teatro Español en el Matadero de Madrid (C/ Paseo de la Chopera, 14).



EXPOSICIONES

Sangre y arena

La Sala Municipal de Exposiciones de la Iglesia de las Franciscas de Valladolid (C/ Santiago s/n) ha reabierto sus puertas con una exposición que reúne un conjunto de obras de Pablo Ruiz Picasso vinculadas al mundo de la tauromaquia. La muestra *Picasso. Sangre y Arena* ofrece una amplia panorámica de la obra gráfica del pintor malagueño, acompañadas por algunas cerámicas a él debidas, con temática taurina procedente de los fondos de la propia Fundación Picasso de Málaga. Así, entre las obras destaca “la serie estrella” sobre el toro en la que el pintor trabajó desde un toro naturalista hasta acabar en animal abstracto con un lenguaje cubista. La muestra se puede visitar hasta el próximo 18 de octubre.



CINE

El regreso de Quentin Tarantino

Érrese una vez... en la Francia ocupada por los nazis...”. Tras diez años de tachaduras y correcciones, así comienza el guión de la última aventura de Quentin Tarantino: *Malditos bastardos*. Reinventor de géneros, reciclador de estilos, resucitador de viejas glorias. Tarantino ha conseguido convertirse con tan sólo cinco títulos en uno de los principales referentes del cine contemporáneo. Sus películas acostumbran a provocar de todo, excepto indiferencia.

Ambientada en la Francia ocupada de la II Guerra Mundial, “los bastardos” del director americano reúnen, como viene siendo habitual, un curioso reparto, un sorprendente guión lleno de giros inesperados y una cuidadísima banda sonora. Entre las caras conocidas que dan vida a los personajes ideados por Tarantino destaca la presencia de Brad Pitt, Mike Myers, Eli Roth y el germano-español Daniel Bruhl.



Internet

Aumenta el 'e-negocio', pero sólo de las grandes empresas

El Plan Avanza del Ministerio de Industria ha tenido una influencia decisiva en el cierre de la "brecha digital" en nuestro país, pero entre sus objetivos incumplidos figura el *e-negocio*; y es que el porcentaje de empresas españolas que compran y venden por Internet nos sitúa casi 23 puntos por debajo de la media de la UE.

Para Cotec, el Plan Avanza no ha tenido éxito en el fomento del comercio electrónico, pero el problema de fondo no es otro que la falta de adaptación al mercado que debe corregirse con nuevas propuestas por parte de la industria española y las administraciones.

Más optimistas son los datos facilitados por la Asociación Española de Comercio Electrónico y Marketing Relacional (Aecem), que anuncia un volumen de transacciones de 10.000 millones de euros en 2009, lo que supondrá un crecimiento del 56 por

ciento con respecto a los 6.400 millones de euros alcanzados en 2008.

Sobre las prácticas empresariales, resulta que sólo el 6,49 por ciento de las pequeñas empresas compran en la red, y sólo el 1,6 por ciento venden sus productos *on line*. La situación mejora significativamente entre las medianas compañías, con un 11 por ciento que compran y el 6 por ciento que vende por Internet; y es mucho mejor en el caso de las grandes compañías: casi un 24 por ciento compran *on line* y casi el 20 por ciento venden aprovechando las ventajas del comercio digital.

Dado que las pymes y microempresas son las más reacias a comerciar en la red, Aecem ha editado el manual *El libro blanco del comercio electrónico*, en el que se ofrecen consejos prácticos sobre sistemas de pago, seguridad, relación con los clientes o el enfoque adecuado de una tienda *on line*. ■



Aecem ha editado este manual, en el que se dan consejos sobre sistemas de pago o seguridad, entre otros.

Sección patrocinada por
Web de I@
MUJER

El rayo humano

Todos nos hemos quedado asombrados de su enorme velocidad y de su extraordinaria simpatía.

Usain Bolt es el hombre más admirado del mundo y esta *web* nos ofrece sus mejores momentos.

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



Firma contra Berlusconi

En esta página del periódico digital italiano *La Repubblica*, puedes incluir tu firma para adherirte al manifiesto contra el primer ministro Silvio Berlusconi cuyo penoso espectáculo va más allá de lo ridículo.

<http://temi.repubblica.it/repubblica-appello/?action=vediappello&idappello=391107>



CIBERCONSEJOS

Sondeos a pie de urna en Twitter

El Parlamento alemán y la Comisión Federal Electoral advirtieron que la difusión por Twitter de los sondeos a pie de urna antes del cierre de los colegios electorales se sancionará con multas de hasta 50.000 euros y que se investigará para descubrir a través de qué cuentas se difundieron esos datos en Twitter, como ocurrió en las regionales celebradas en tres Länder alemanes, pues esto puede influir en los resultados electorales.

Internautas contra ministra

La Asociación de Internautas ha presentado un recurso contra la resolución de la Oficina de Conflicto de Intereses en la cual se archivó la denuncia a la ministra de Cultura, Ángeles González-Sinde, por la existencia de un supuesto conflicto de intereses en el desempeño de su cargo, por considerar que su actividad empresarial en la industria del cine como "administradora de diversas empresas" era "incompatible con el cargo".

PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



BARCELONA
29 de Septiembre

SANTIAGO DE COMPOSTELA
29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED
E S P A Ñ A
Educación Médica Continuada

Golf



Tenerife Ladies Masters

Beatriz Recari confirma su participación

Acaba de ganar el Finnair Masters tras superar a la danesa Iben Tinning.

La española Beatriz Recari, que acaba de ganar el Finnair Masters tras superar en un emocionante *playoff* a la danesa Iben Tinning, ha confirmado su participación en el Tenerife Ladies Open, torneo profesional femenino promovido y patrocinado por Turismo de Tenerife, que se celebra en el Club de Golf Costa Adeje hasta el 27 de septiembre.

La presencia de Beatriz Recari como reciente ganadora de un torneo del Circuito Europeo Profesional engalana el torneo tinerfeño, que contará con las mejores jugadoras del Viejo Continente, entre las que se encuentran un nutrido grupo de españolas que lucharán por reeditar el éxito conseguido por Raquel Carriedo en 2002, la única golfista de nuestro país que ha conseguido el título en la historia del Tenerife Ladies Open.

Beatriz Recari se suma a la amplia nómina de jugadoras con triunfos en el Ladies European Tour que estarán presentes en Costa Adeje. La golfista navarra



Beatriz Recari sumó su primera victoria profesional en Finlandia este pasado mes de agosto.

consiguió el título en el Finnair Masters apelando a la épica. No en vano, tras liderar el torneo durante las dos primeras jornadas merced a un juego sereno y repleto de aciertos, Beatriz Recari tuvo, sin embargo, que encarar un incierto *playoff*

de desempate al concluir el tercer recorrido empatada a golpes, 202, con la danesa Iben Tinning.

En ese momento determinante, Beatriz Recari, que situó la bola en calle a 161 metros de bandera desde el *tee* de salida, golpeó con un hierro 4 el que más tarde calificaría como “el golpe de mi vida, de esos que se cuentan a los nietos”. La bola respondió al impacto volando limpiamente para botar a cinco metros de bandera y completar esa trayectoria rondando ante el alborozo del público y, por supuesto, de la propia jugadora, que ganó con este espectacular *eagle* el primer torneo de carácter profesional de su carrera deportiva.

Al margen de Turismo de Tenerife como patrocinador principal, Gobierno de Canarias y Turespaña contribuyen como copatrocinadores a la celebración del Tenerife Ladies Open, que apoya oficialmente la Real Federación Española de Golf y la Federación Canaria de Golf y que organiza Deporte & Business. ■

Ya hay más de 335.000 licencias

Los jugadores de golf federados en España superan las 335.000, según datos de finales de agosto pasado. Este mes y julio contribuyeron con 4.848 nuevas licencias. Estos registros, más modestos que en años anteriores, responden a la actual coyuntura de crisis económica, pero cimentan el gran crecimiento experimentado por el golf en España desde hace ya un par de décadas. No en vano, en 1990 apenas había 45.000 jugadores en España, el listón de los 100.000 se rebasó en 1996, se registraron 200.000 en los primeros meses de 2002, a mediados de 2004 se contabilizaron 250.000 y finales de 2006 se superó la mítica barrera de los 300.000 federados. Es preciso destacar en este marco de crecimiento sostenido lo acontecido en Madrid, donde se ha superado la cifra de más de 96.000 federados, el deporte con más licencias en esta comunidad autónoma, por encima incluso del fútbol o el baloncesto. Andalucía, con casi 51.000 licencias, se consolida en la segunda plaza de este ranking, seguida de Cataluña, con casi 46.000. La Comunidad Valenciana está a punto de superar las 23.000 licencias, mientras que País Vasco se consolida por encima de las 20.000. Siguen Castilla y León, con más de 18.000, cada una; Galicia y Asturias, con más de 12.500 y 10.000, respectivamente, y Castilla-La Mancha superó el listón de las 7.000 licencias.

Ver ficha técnica en pág. 34)

Oleada de **POTENCIA**

NUEVO

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



DAFIRO

amlodipino / valsartan

nuevo

SALVA
SKIN

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

SALVASKIN **oil**

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKIN **milk**

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT