

Medical Economics[®]

www.medecoss.com

Nº 136 29 de enero de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

PREMIOS 2010

ENTREVISTA



Trinidad Jiménez, ministra de Sanidad
y Política Social

**"El centro del sistema sanitario
son los médicos y los pacientes"**

Pág. 6

Lo mires por
donde lo mires,
en PSN
te saldrá un

6%
TAE
extra*



**Y si ya eres
mutualista,
súmale 1**

7%
TAE
extra* (1)
Por tu fidelidad

* Interés adicional extraordinario ofrecido para todos los traspasos de Planes de Pensiones de otras entidades a PSN Rentabilidad Creciente PPA, así como para nuevas contrataciones y aportaciones extraordinarias realizadas a PIAS Garantía, PIAS Inversión o PSN Rentabilidad Creciente PPA, realizados por personas menores de 62 años, entre el 01/12/09 y el 31/03/10. Dicho interés se abonará en la póliza como aportación extraordinaria a cargo de PSN, con cálculo del 6% o del 7% TAE, desde la fecha de valor de recepción del importe traspasado o aportado hasta el 31 de marzo de 2010, siempre que dicha aportación se mantenga hasta el 1 de junio de 2010. No acumulable a otras promociones o campañas coincidentes.

* Fecha de abono de la aportación 6% o 7% TAE a cargo de PSN: junio de 2010.

(1) Promoción 7% TAE válida exclusivamente para mutualistas de PSN con pólizas de alta antes del 30/11/09.

Solicita más información a tu Asesor PSN
o en la oficina de Servicio al Mutualista: 902 100 062

PSN
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

43

PREMIOS MEDICAL ECONOMICS VII ANIVERSARIO

PREMIOS 2010

Así son los galardonados

Un año más, MEDICAL ECONOMICS premia a las entidades que más han destacado en las áreas de gestión sanitaria y atención al paciente en el año 2009. Once son los galardonados en esta ocasión.

ENTREVISTA A TRINIDAD JIMENEZ

6 'El centro del sistema sanitario son los médicos y los pacientes'

La ministra de Sanidad y Política Social habla con Medical Economics tras nueve meses en el cargo y repasa los retos a los que se enfrentará en los próximos meses.

EL CONSEJO EDITORIAL OPINA...

18 ... sobre la Sanidad en España

El Consejo Editorial de Medical Economics compuesto por destacadas personalidades en el ámbito de la política, la economía y la sanidad valora el estado actual del sector sanitario y traza una perspectiva de futuro.



6

RESUMEN 2009

12 La vuelta a 2009 en 20 portadas

Las crisis financiera, inmobiliaria y económica han marcado el devenir de 2009. El sector sanitario no ha sido indemne a esta crisis que, junto a otros temas, ha encontrado su reflejo en las páginas de Medical Economics.



12



Changing tomorrow

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

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

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaria de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

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

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2010

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 Mi punto de vista
- 66 Journal Scan

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 38 **Gestión en Atención Primaria**
Comunidades virtuales en salud
- 40 **Economía de la Salud en Área del Dolor**
Un punto de vista económico sobre el dolor

Y ADEMÁS...

- 69 **Tres de últimas**



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que tiene suficiente formación sobre drogodependencias?

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.

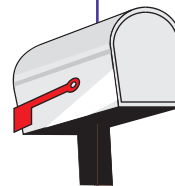
PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2010

Medical Economics celebra la VI edición de los galardones, que llevan su nombre y que premian a las entidades y organizaciones que más han destacado en el sector sanitario en 2009.

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 2010 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 2010 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

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

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmairis 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 de Instituto de Neurociencias
de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada

Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal
Hospital Clínic de Barcelona

Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Guillermo Castillo Acero

Director de Acceso a la Salud y Comunicación
de Grunenthal

Enrique Catalán López

Consejero Delegado de Xanit H.C.M

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

Antoni M. Fuster Miró

Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

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

Abraham Herrera

Jefe de RRLL y Política Sanitaria
de Bayer Schering Pharma

Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de
Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales
Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional
de Clínicas Privadas

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de
Especialidades en Ciencias de la Salud

Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria UCM

Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud
y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa

Asesora Externa de Allergan

Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro

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

Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales
Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica
Facultad de Medicina. 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
-MediTecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención
al Paciente de USP Hospitalares

Mi punto de vista

Médicos de familia, ante todo*

Es un honor y una satisfacción dirigirme desde esta tribuna a los lectores de *Medical Economics* en respuesta a la invitación del editor para escribir unas breves palabras con motivo del XXIX Congreso de la semFYC y también que recojan algunos aspectos desarrollados durante el tiempo en el que he tenido el privilegio de presidir la semFYC. Entre ellos, son la búsqueda y generación de conocimiento, la participación activa y la comunicación, los elementos comunes que hemos deseado alcanzar en la gran mayoría de actividades puestas en marcha por nuestra organización científica; y, en este sentido, el congreso de noviembre de 2009 en Barcelona ha sido, una edición más, el momento en el que han vuelto a confluír estos tres elementos con una mayor intensidad; un encuentro con una creciente participación de jóvenes médicos de familia y en el que hemos contado con la asistencia del presidente de la Sociedad Mundial de Medicina de Familia (Wonca), constituyendo así la antesala del próximo congreso Wonca Europe que celebraremos en Málaga en el mes de octubre, una oportunidad de proyección de los valores que el conjunto de los médicos de familia españoles podemos ofrecer desde nuestro modelo de formación médica especializada y de experiencia profesional. De manera progresiva durante los últimos años, la medicina de familia ha estado presente, a través de la participación de numerosos médicos de familia, en los diferentes encuentros científicos internacionales. Nuestra contribución en el ámbito internacional se había concretado anteriormente en la primavera del 2002 en Sevilla cuando organizamos, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la I Conferencia Iberoamericana de Medicina de Familia, que supuso el impulso de la creación en 2004 de la VI Región Iberoamericana de Wonca.

En la asamblea de socios que tuvo lugar en el congreso celebramos las elecciones a cargos de junta directiva, con un nuevo equipo presidido por Josep Basora que tomará el testigo al comienzo de la primavera. Recuerdo ahora mi incorporación como vicepresidente, en aquel congreso de 2000, a esta apasionante tarea de servicio a la medicina de familia, para dos años después, iniciar esta trayectoria como presidente. Y en el recuerdo de estos nueve años, un sinfín de emociones, un fardo lleno de aprendizaje y un sentimiento pleno de agradecimiento. Porque son muchas las personas partícipes de un proyecto profesional común, que velan por el adecuado progreso y desarrollo de la Medicina de Familia y Comunitaria, facilitando la competencia profesional del médico de familia, con el objetivo de contribuir a la mejora del nivel de salud de los ciudadanos. Y porque fruto de esta participación aportando conocimiento y experiencia, y fruto del tiempo invertido por cientos de socios de la semFYC y del conjunto de sus 17 sociedades federadas, son todas las actividades, proyectos, acuerdos, estrategias y publicaciones realizadas a lo largo de estos años, y que tuvieron su expresión en el primer plan estratégico de la sociedad elaborado hace cinco años. Una sociedad científica dinámica que ha continuado creciendo en número de socios y de actividades y que mantiene su compromiso con la población mostrándose sensible a las nuevas demandas de salud, con disposición de ofrecer respuestas que faciliten un modelo sanitario de calidad, participativo y sostenible; y que, asimismo, mantiene su compromiso con los profesionales, sirviendo de instrumento para mejorar la práctica asistencial y estableciendo relaciones con las diferentes instituciones y organizaciones, y con las administraciones autonómicas y estatales, en el contexto de estos compromisos. ■



Luis Aguilera García,
presidente de la semFYC.

*Lema del XXIX Congreso de la semFYC, celebrado en Barcelona, del 25 a 28 de noviembre de 2009.

Lleva nueve meses al frente del Ministerio de Sanidad y Política Social y ya se ha granjeado la simpatía y conseguido la colaboración de las organizaciones profesionales sanitarias, algo que escasamente lograron sus antecesores. Además, también marca diferencias con posicionamientos oficiales, al afirmar que "el centro del sistema sanitario son los médicos y los pacientes", conjuntamente, y que "nunca afirmaré que en España se está privatizando la sanidad pública".

Gonzalo San Segundo
Director asociado

Luis Domingo
Fotógrafo

Trinidad Jiménez García-Herrera, ministra de Sanidad y Política Social

"El centro del sistema sanitario son los médicos y los pacientes"

Cuidar y mantener la sostenibilidad de los sistemas sanitarios europeos y fomentar la protección de la salud son los objetivos que están detrás de las tres prioridades que se plantea el Ministerio de Sanidad y Política Social durante este semestre de presidencia española de la Unión Europea. De puertas adentro, la titular de ese departamento, Trinidad Jiménez, se enfrenta a otros retos ante los que “no me siento incómoda, sino todo lo contrario”. Son el Pacto por la Sanidad, la creación de un espacio sociosanitario, una nueva Ley de Salud Pública y el entendimiento y colaboración con los profesionales sanitarios. De todo ello, y de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y de la sanidad privada, entre otras cuestiones, habló en extenso con MEDICAL ECONOMICS.

PREGUNTA: *Parece que se ha granjeado la simpatía y credibilidad de los profesionales sanitarios, al menos la de sus representantes. ¿Cree que tendrá también su colaboración?*

RESPUESTA: La estoy teniendo. Los profesionales han prestado una colaboración indispensable cuando les ha tocado asumir situaciones de especial responsabilidad y delicadeza. El profesional sanitario en España es, con carácter general, un profesional muy comprometido, además de tener un alto nivel de excelencia su prestación. Las relaciones con las organizaciones profesionales han sido muy buenas. Yo he respetado siempre su posición y planteamientos, y ellos han respetado la posición de este Ministerio.

P. *Usted apuesta por “el diálogo constante” con los profesionales sanitarios. Incluso se ha comprometido a atender varias de las reivindicaciones del Foro de la Profesión Médica...*

R. Los médicos tienen el reconocimiento social que se merecen. Es el colectivo más reconocido por la sociedad española. Con ellos hemos trabajado intensamente, junto con el Ministerio de Educación, para el ajuste y el reconocimiento del grado del Plan Bolonia, que lo estaban reivindicando. Y así, en cada momento, hemos trabajado con

ellos para que pudiéramos atender cualquier cuestión que nos planteaban de una manera equilibrada.

P. *Otra petición se refiere a la homologación del título de médico especialista obtenido en países extracomunitarios, cuyo Real Decreto regulador podría ser aprobado en breve...*

R. Ese Real Decreto está en fase de recogida de alegaciones y en él quedarán perfectamente establecidas las garantías,

los colegios profesionales, con los que estamos en un proceso de diálogo para determinar qué es lo mejor para el propio profesional y también para los pacientes.

P. *¿Y quién debería controlar la colegiación, los profesionales o la Administración?*

R. Algunas administraciones autonómicas ya lo hacen, pero en ello estamos trabajando. Y hasta que no tenga



“El profesional sanitario en España es, con carácter general, un profesional muy comprometido, además de tener un alto nivel de excelencia su prestación”

las condiciones y los tiempos para que un médico de un país no perteneciente a la Unión Europea pueda conseguir en España el título de especialista. De su contenido no puedo adelantar más.

P. *Otra reivindicación hace mención a la Ley Ómnibus, y parece que usted es partidaria de la colegiación obligatoria de los médicos...*

R. Vamos a ver, la Ley Ómnibus nos ofrece un marco en el cual tenemos que trabajar. Como se trata de una transposición a la normativa española de una directiva comunitaria, sólo la vamos a adoptar definitivamente cuando tengamos el consenso necesario con

una definición última no me voy a pronunciar.

P. *Lleva nueve meses en el cargo. ¿Qué es lo más embarazoso a lo que se ha enfrentado?*

R. Este período ha sido muy interesante, muy intenso y, al mismo tiempo, muy fructífero. Cuando asumí el cargo lo hice con mucha ilusión y muchas ganas —y así lo hago siempre que asumo cualquier responsabilidad política—, y a los diez días ya tuve que afrontar la gestión de una crisis sanitaria como fue la de la gripe A. Eso me ha permitido introducirme con una mayor intensidad, incluso de lo que es-

taba previsto, en todos los temas relativos a la Sanidad española. No me siento incómoda con ninguno de los temas que he tenido que gestionar ni con ninguno de los colectivos que he tenido que tratar, más bien al contrario.

P. *Y lleva 25 años en política desde que en 1984 se afiliara al PSOE. ¿Tiene alguna receta para despolitizar la Sanidad?*

R. Creo que la Sanidad está bastante despolitizada, al menos es la experiencia que yo he tenido. En estos últimos meses en los que he tenido que convocar el Consejo Interterritorial de Sanidad, ya en cinco ocasiones, he comprobado que las posiciones, las iniciativas, los debates estaban basados en criterios de salud pública y no en razones políticas o ideológicas. Es muy transversal la cohesión que se mantiene dentro del Consejo Interterritorial. Y la lealtad que me han demostrado las comunidades gobernadas por el Partido Popular ha sido absoluta en todo momento y, por tanto, no tengo ese sentimiento ni esa sensación. La Sanidad no está politizada, está descentralizada.

P. *Me refería más bien al excesivo control político que hay en el sector sanitario, que lleva a los gobernantes a nombrar a los gerentes de los hospitales...*

R. Tenemos una sanidad pública de un extraordinario prestigio y competencia profesional, muy bien valorada por los ciudadanos y que, además, funciona de una manera muy eficiente, teniendo en cuenta el gasto que dedicamos a Sanidad, el número de población que atendemos y la incorporación de los avances y carta de servicios médicos. Por tanto, creo que la sanidad pública está bien gestionada por los gestores públicos, siempre se puede mejorar. Los indicadores de salud en los cuales estamos trabajando nos van a permitir avanzar y mejorar en todo lo que nos parece más necesario. La Sanidad va evolucionando y los ciudadanos nos van pidiendo cosas nuevas con los cambios sociales, y tenemos que dar respuesta a ello. En general, creo que la sanidad pública es de una altísima calidad.



“La cuestión no es si la gestión se realiza a través de una empresa privada o una institución pública, sino si se mantiene el fin público del servicio. Ahí está la clave”

P. *¿Cómo ampara la futura Ley del Aborto al médico objetor?*

R. La objeción de conciencia con carácter general no está recogida en la legislación española, ni siquiera en la propia Constitución. Pero hay una importante sentencia [de 11 de abril de 1985] del Tribunal Constitucional, que recoge la objeción de conciencia de los médicos. Y en la propia Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo se hace referencia a dicha sentencia.

P. *Entre los grandes retos a los que se enfrenta como ministra se encuentra la creación de un espacio sociosanitario...*

R. Existe la iniciativa de crear un espacio sociosanitario, al tiempo que existen competencias sanitarias y otras de carácter social, y competencias compartidas. Y es importante que, en la medida en que este Ministerio es Sanidad y Política Social, se vayan integrando esas competencias. Por ejemplo, en materia de envejecimiento activo, es fundamen-

tal integrar el espacio sociosanitario para que podamos responder de manera sólida y eficiente a los retos que plantea una población cada día más envejecida y una cronificación de las enfermedades. O la respuesta ante los retos de las enfermedades raras, que tienen también un tratamiento sociosanitario. O los retos que plantea la salud mental, o las personas dependientes. Integrando todos es-

P. Otro gran reto es el Pacto por la Salud. Dicho de otro modo, ¿qué pretende reforzar o reformar el Pacto?

R. Hemos querido avanzar algo más de lo que nos ofrecía el instrumento del Consejo Interterritorial de Salud para garantizar cuestiones como la calidad, que tiene que ver también con la informatización y la implantación definitiva de la *e-health*; la equidad, introduciendo

la prestación de un servicio público esencial es porque es importante ofrecer lo mejor al ciudadano, al paciente. Siempre que la evolución social nos lo permita, tenemos que estar en condiciones de ofrecer y de garantizar una prestación pública de máxima calidad.

P. Los seis comités institucionales que se crearon para abordar una serie de recomendaciones ya han presentado sus conclusiones. Ahora toca a los consejeros autonómicos decidir. Y a usted misma...

R. Esos comités han trabajado en el último año, con participación de todas las comunidades autónomas, y también se ha dado participación a las organizaciones de pacientes y de profesionales y a los sindicatos. Se han incorporado unas cien propuestas que tienen sobre todo un carácter técnico y que nos permitirán mejorar. Ahora estamos en un proceso de diálogo más político con los consejeros para ver de qué manera le damos a todo ello una fórmula más política que incorpore también el debate sobre la sostenibilidad del sistema, los elementos que hay que introducir para hacer el sistema más sostenible.



“No me puedo plantear jamás el que algunas de las materias sanitarias transferidas a las comunidades autónomas tuvieran que regresar al Ministerio de Sanidad”

tos espacios sociosanitarios estamos consiguiendo tratar con mayor calidad a los pacientes y un gasto más eficiente.

P. Pero existe una gran dispersión de competencias en esos que usted llama espacios sociosanitarios: Ministerio, comunidades autónomas, diputaciones provinciales, cabildos, ayuntamientos...

R. No existe tanta dispersión de competencias. Está perfectamente claro qué compete a quién. Al Estado le compete la función de coordinación y de mantenimiento de la cohesión y calidad del sistema y de una cartera única de prestaciones. Y la gestión cotidiana corresponde a las comunidades autónomas.

indicadores de salud para todo el territorio nacional, y la igualdad, trabajando con estrategias nacionales de salud que permitan coordinar, no sólo cómo vamos a tratar determinadas enfermedades, sino, además, introduciendo las fórmulas de los centros nacionales de referencia, en los que los pacientes puedan ser tratados con independencia del lugar donde vivan. Son elementos importantes que nos permitirán lograr una mayor cohesión y calidad del sistema.

P. Un pacto para avanzar y también —supongo— para corregir defectos...

R. Siempre que se plantea avanzar para garantizar una mayor calidad en

P. Otra de sus prioridades es el desarrollo de una nueva Ley de Salud Pública. ¿Cuáles son las líneas maestras que la inspirarán?

R. Va a ser una de las leyes más importantes de los últimos años, entre otras cosas porque supone el desarrollo de la Ley General de Sanidad y de la Ley de Cohesión. Y supone pensar, desde esa ley, en la Sanidad del siglo XXI, que va a estar sobre todo enfocada en la prevención de la enfermedad. La Sanidad del siglo XXI tiene que estar enfocada en la prevención, la prevención de la obesidad, la consolidación de hábitos de vida saludables, la práctica del ejercicio físico, la prevención del tabaquismo. Y trataremos de incorporar en la ley la evaluación de impacto sobre la salud que tenga cualquier política pública. Por tanto, es hacer de la prevención el eje fundamental del tratamiento en la salud de las personas.

P. *¿Qué papel reservará esa futura ley a los médicos de Atención Primaria?*

R. El papel fundamental sobre el tratamiento de la salud pública les corresponde a los médicos de Atención Primaria, sobre todo, y con carácter general, a la llamada Medicina Comunitaria. Nosotros tenemos un especial interés en resaltar el papel y la función de extraordinaria importancia que tienen los médicos de Atención Primaria. Para eso estamos haciendo un esfuerzo en desburocratizar su actuación actual para que puedan ser lo que quieren ser: médicos, fundamentalmente.

P. *Los médicos de AP se quejan insistentemente de que las administraciones sanitarias tienen abandonado el primer nivel asistencial. ¿Tomará alguna medida al respecto?*

R. En primer lugar, aumentaremos el número de plazas, lo que hemos venido haciendo en los últimos años. Y, en segundo lugar, desburocratizaremos su trabajo, como acabo de decir, y, como consecuencia de ello, aumentará su nivel de autogestión. Es aquí donde estamos haciendo un mayor esfuerzo para lograr ese objetivo, trabajando con la Plataforma AP-21. Ellos son conscientes de que este Ministerio les presta una atención fundamental.

P. *¿Y tiene algo en la mente o en su cartera de ministra para que de una vez por todas se establezca una eficaz coordinación entre la Atención Primaria y la especializada?*

R. Eso está establecido, lo único que hay que hacer es que funcione bien. No son compartimentos estancos, es una cuestión de funcionamiento.

P. *El sistema público de salud "no tiene ningún problema de sostenibilidad, sino de escasez presupuestaria..."*

R. Se habla de la sostenibilidad del sistema porque las comunidades autónomas presupuestan de manera insuficiente en cada ejercicio para lo que realmente se gasta. Y esto hace que las comunidades autónomas pregunten sobre cómo sostener el sistema. Pero hay que saber algunas cosas. Uno, que tienen que hacer un esfuerzo las co-

munidades autónomas para que presupuesten lo que realmente se va a gastar; dos, que el acuerdo de financiación autonómica ha permitido introducir elementos (revisión anual, población, edades y dispersión geográfica) que van a garantizar esa sostenibilidad. Estas características van a permitir un mayor ajuste presupuestario y transferencia de recursos desde el Estado a las comunidades autónomas. En este acuerdo de financiación autonómica se han transferido impuestos a las comunidades autónomas: IVA, IRPF e impuestos especiales. Todo ello me permite afirmar que en España el sistema de salud es sostenible, con independencia de que sea importante y necesario introducir correcciones que permitan atender la situación que tienen las comunidades autónomas.

P. *¿Qué correcciones serían esas?*

R. Bueno, estamos trabajando en la contención del gasto (tanto en personal como en farmacia). Hay medidas que pueden adoptar los propios consejeros y otras en las cuales estamos trabajando el Ministerio y las consejerías para poder llegar a un acuerdo. Pero estos son elementos que todavía forman parte del debate.

P. *Una de esas medidas, según muchos y reputados expertos, sería el copago, contra el que usted se ha mostrado tajantemente en contra...*

R. No estoy de acuerdo con el copago. No hay elementos que me permitan pensar que el copago pueda ser bueno para el sistema público. No puede ser que el paciente tenga que asumir la responsabilidad en función de una cantidad disuasoria y decidir si tiene que acudir o no acudir al médico. La Sanidad es un servicio público esencial y mi función como ministra es proteger la salud de los ciudadanos. Y creo que introducir el copago significaría que algunas personas, por el carácter disuasorio que tuviera el pagar por la consulta, dejarían de acudir al médico con el perjuicio que ello tendría para su salud. Por otro lado, si queremos aplicar una posición que sea justa, tendríamos que diferenciar entre aquellos

"Nunca afirmaré que en España se está privatizando la sanidad pública. Lo que hay es un



sector de la sanidad pública que está gestionado por empresas privadas"



que tienen unos ingresos más altos y los que no los tienen. Y esto introduce también un factor de burocracia añadida en la gestión de la Sanidad que no sé si realmente compensa por el ingreso que ello conlleva. Nadie me ha explicado ni me ha aportado un elemento de peso suficiente para pensar que el copago pudiera aportar alguna ventaja a nuestro sistema.

P. *Según las últimas encuestas, cada español acude a la consulta del médico de Atención Primaria una media de diez veces al año, lo que representa el mayor consumo de este servicio en Europa...*

R. Mediante campañas, a la sociedad se la está concienciando de que haga un uso racional de la sanidad pública. Y hasta ahora la experiencia es muy positiva. No hay que desconocer que lo que ha hecho que aumente la demanda de los servicios de Atención Primaria es, sobre todo, la prolongación de la esperanza de vida. Son las personas mayores las que más usan estos servicios. Es ahí donde debemos centrar los mensajes para un uso responsable.

P. *Siempre ha tratado de, cito textualmente, "no entrar en debate con lo que hace cada comunidad". ¿Deberían regresar al Ministerio de Sanidad algunas de las materias sanitarias transferidas?*

R. No me puedo plantear jamás esa cuestión. El proceso de transferencia de competencias se está consolidando y el estado de las autonomías funciona muy bien, así me lo han demostrado las más importantes y delicadas actuaciones que he tenido que gestionar. Cuando he dicho que no quería entrar en debate con las comunidades autónomas es por una cuestión de respeto institucional.

P. *En cualquier caso, ¿debe asumir el Ministerio un mayor liderazgo?*

R. Hemos conseguido un gran protagonismo cuando la ocasión lo ha pedido, por ejemplo, en la gestión de la gripe A. Ahí el Ministerio asumió un liderazgo que las propias comunidades permitieron. Y eso nos ha dado la ocasión de avanzar en determinadas cues-

tionones que han sido importantes y que estamos ahora gestionando en su proceso final.

P. *El centro del Sistema Nacional de Salud, ¿son los pacientes o los médicos?*

R. Sin duda, ambos. No se puede elegir una alternativa u otra. Sin pacientes no hay sistema y sin profesionales tampoco hay sistema. Los médicos son un colectivo absolutamente indispensable para cualquier sociedad moderna.

P. *¿Deberían tener los pacientes mayor presencia en los órganos de decisión sanitaria y, por tanto, mayor protagonismo en el trazado de las políticas sanitarias?*

R. Se está incorporando al Foro Español de los Pacientes de una manera mucho más intensa. Yo creo que es bueno, pues se adquiere una cultura de corresponsabilidad, de compartir información e iniciativas..., y permitiría el no ver al paciente y al profesional de manera enfrentada en determinadas ocasiones. La experiencia que nosotros hemos tenido ha sido muy positiva.

P. *¿Debería haber más colaboración entre la sanidad pública y la privada? ¿En qué aspectos?*

R. Sí existe colaboración. Hay un sector de la sanidad pública que está gestionada por empresas privadas. Y, además, existe una sanidad privada de altísima calidad y cualificación. Algunas comunidades tienen una tradición muy intensa de colaboración.

P. *¿Cómo enjuicia la fuerte y cada vez más amplia introducción de formas de gestión privada en los sistemas sanitarios públicos de Madrid y Valencia?*

R. Llevan poco tiempo para hacer una evaluación final. La cuestión no es si la gestión se realiza a través una empresa privada o institución pública, sino si se mantiene el fin público del servicio, que tiene que quedar por encima de todo. Ahí está la clave.

P. *¿Usted cree que en España se está privatizando la sanidad pública?*

R. No, no, no haría nunca esa afirmación. ■

La vuelta a 2009

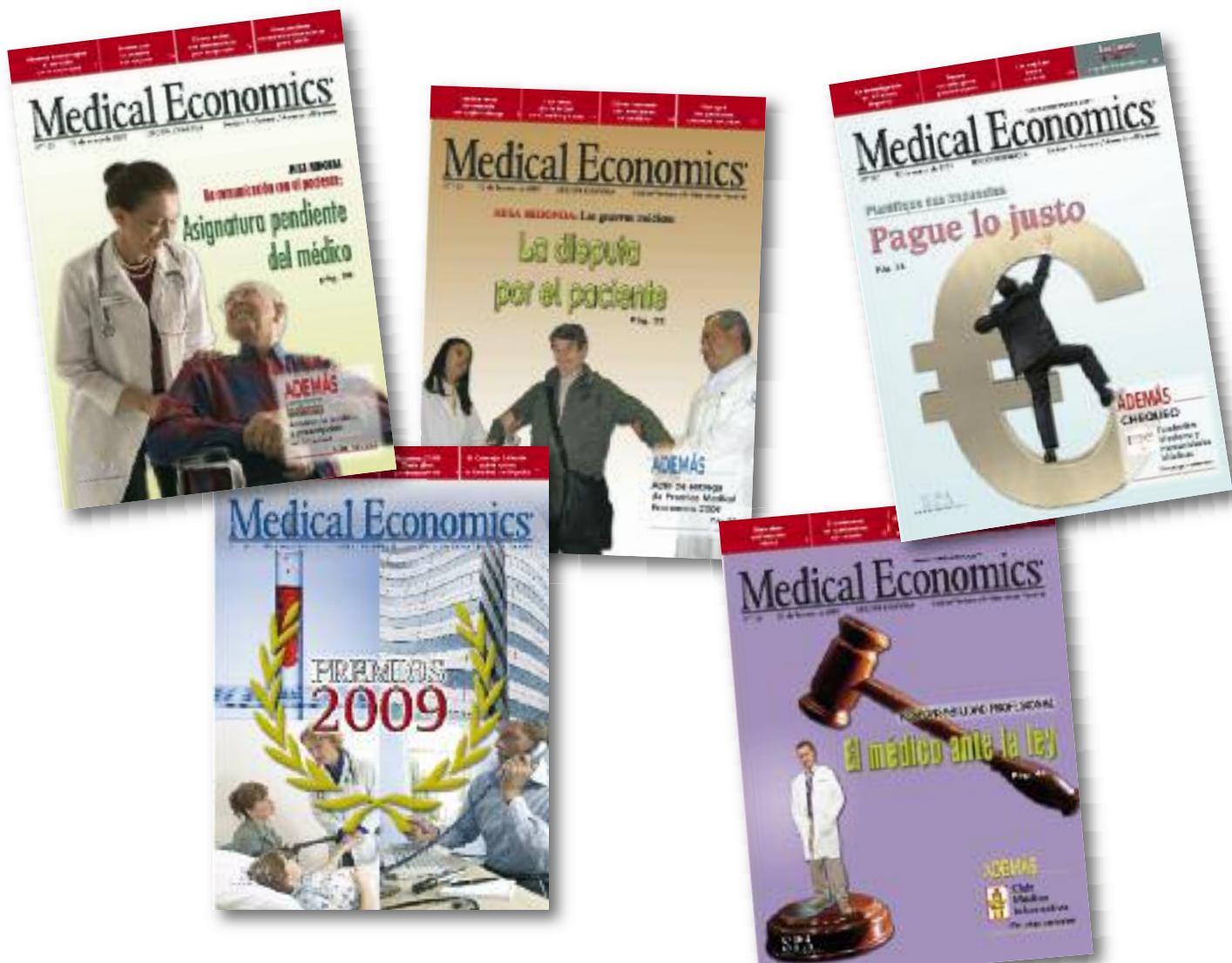
La crisis financiera primero, la inmobiliaria después y a continuación la económica han marcado el devenir del año pasado. El sector sanitario no ha sido indemne a la crisis. Tampoco MEDICAL ECONOMICS. Sin embargo, podemos decir (lo que no es poco) que hemos mantenido el tipo. La historia se resume en las 20 portadas publicadas a lo largo de 2009 y en algo más.

Por G.S.S.

Para rastrear el año 2009 sólo hay que seguir las huellas de la crisis. Ellas nos conducen a un aumento de las consultas de Atención Primaria (motivadas por el estrés, la depresión, la ansiedad) y a una disminución de los ingresos (de clientes y de euros) en el sector de la medicina privada, sobre todo en especialidades como cirugía estética y dermatología. Ya se sabe que en tiempos de crisis se impone

el ahorro y se aplazan los gastos superfluos o innecesarios.

En esa situación y con ese panorama, MEDICAL ECONOMICS ha abordado el ejercicio pasado con ambición, realizando y promoviendo más actividades que en 2008 y ampliando la oferta informativa, tanto con la incorporación de nuevas secciones como en la mejora de los contenidos. Los detalles se



en 20 portadas



muestran en el siguiente recorrido por las 20 portadas publicadas en 2009.

Fueron exactamente, salvo error u omisión, 178 páginas (más del 15 por ciento del total, publicidad incluida) las que esta revista dedicó a desarrollar los temas principales anunciados en sus portadas a lo largo del año pasado. De esas 178 páginas, 52 (el 29 por ciento) estuvieron dedicadas a asuntos relacionados con la gestión profesional, uno de los ejes que vertebran los contenidos de esta revista.

Sobre el otro eje informativo: la práctica médica y la atención al paciente, giró el 24 por ciento (42 páginas) de la información que aquí se comenta, y los temas relativos a la profesión ocuparon 39 páginas (el 22 por

ciento). Las cuestiones económico-financieras protagonizaron el 7 por ciento (13 páginas) y, asuntos varios, el 18 por ciento (32 páginas).

La frialdad de las cifras adquiere temperatura cuando se realiza una operación a número abierto. Así, el número 52 anteriormente citado encierra temas tratados (algunos de rabiosa actualidad) como *Cómo conseguir pacientes en tiempos de crisis*, dirigido a la práctica privada; *El médico orquesta*, simpático y didáctico reportaje acerca del modelo de microconsulta; *Aseguradoras vs. clínicas y consultas privadas: una relación de amor-odio*, tema polémico abordado en una mesa redonda; *Hospitales del siglo XXI: de máquinas de curar al 'wellness hospital'*, asunto



extraído del último Congreso Nacional de Hospitales celebrado en Cáceres; *Sistema sanitario: innovar para mejorar su salud*, 17 páginas dedicadas a las XXIX Jornadas de Economía de la Salud que tuvieron lugar en Málaga, y *Atasco de pacientes: ponga soluciones*, en el que se describe que eliminar los grandes embotellamientos en la consulta mejorará la satisfacción del paciente y aliviará el estrés del médico y de su personal.

Si hurgamos en el guarismo 42, penetraremos en el mundo de la

práctica médica y la atención al paciente, con asuntos como los siguientes: *La comunicación con el paciente*, que fue el centro de discusión de una mesa redonda; *El médico ante la ley*, tema en el que cuatro expertos de reconocido prestigio analizan desde diferentes ángulos la responsabilidad profesional del médico; *Tratar el dolor sin miedo*, donde se presenta la problemática de la prescripción de opioides en España y en Estados Unidos;

¿Quién atiende al paciente en vacaciones?, tema veraniego que se acerca, en primera persona, a los médicos que trabajan en época estival; *Turismo sanitario: sol, playa y quirófano* plan-

tea el fenómeno de los extranjeros, residentes en España o no, que acuden a los hospitales públicos o privados de este país en busca de tratamientos de calidad a menor coste que en sus países de origen, y *Cómo pueden detectar una depresión los médicos de Primaria*, título que ya orienta sobre su contenido.

La profesión médica, por lo que aquí y ahora concierne, tuvo su primer reflejo informativo del año 2009 en las páginas de MEDICAL ECONOMICS en el mes de febrero, mediante el formato de mesa redonda y bajo el rótulo *Guerras médicas: la disputa por el paciente*. Y batalla dialéctica, a veces dura pero siempre correcta, también hubo entre los expertos convocados.

Al I Congreso Nacional de la Profesión Médica, celebrado en Valencia en el mes de marzo, esta revista le dedicó 22 páginas con el título *La profesión médica en el siglo XXI*. Y en otra mesa redonda se debatió el tema *La Atención Primaria bajo presión*, cuya consecuencia inmediata es que "Se resienten la asistencia y la calidad sanitarias", como titulábamos en páginas de interior.

En tiempos de crisis como los que corren (y lo que te rondará, morena) no podían faltar en estas páginas los temas dedicados a la economía y las finanzas, especialmente en lo tocante a los impuestos y a las inversiones. Es casualidad, pero a estos asuntos le ha tocado el número 13, justo las páginas que dedicamos a *Planifique sus impuestos: pague lo justo* (ante la campaña de la declaración del IRPF) y *Dónde invertir: oportunidades para ganar*, que constituyó el tema de exposición y debate de una nueva mesa redonda.

Las mesas redondas celebradas en la sede de MEDICAL ECONOMICS y cuyos contenidos fueron publicados durante el año pasado sumaron un to-





tal de cinco, y en ellas intervinieron 25 expertos de diferentes ámbitos y competencias según los temas tratados. A estos eventos la revista dedicó 40 páginas, el 22,5 por ciento del total de páginas destinadas a informar sobre los asuntos principales reseñados en las portadas.

Los temas centrales de las portadas se completan con tres más, que estuvieron dedicados a la entrega de los *Premios 2009* de la revista con una sinopsis de cada uno de los galardonados, a analizar la reforma sanitaria de Obama en Estados Unidos y compararla con la situación española y a presentar los relatos galardonados por la publicación homónima estadounidense.

Motivo de atención informativa de primera página fue la entrevista realizada al presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, nada más ser elegido para el cargo: "No consentiremos que los poderes políticos cuestionen por sistema a los colegios de médicos", dijo, afirmación que fue elevada a titular en el interior.

Y si la crisis acucia (como así es), lo mejor es no amilanarse y plantarla cara. MEDICAL ECONOMICS así lo ha entendido y durante el año 2009 redobló sus esfuerzos en su oferta informativa con la introducción de secciones nuevas, chequeos a la industria farmacéutica y a las fundaciones y la organización y promoción de diversos eventos, como *Los jueves de Medical Economics* y jornadas autonómicas y de otro tipo.

Tres son las nuevas secciones que abrieron sus páginas a los lectores el año pasado: *Lo mejor de lo publicado* en las más prestigiosas publicaciones médicas internacionales, de carácter mensual, en colaboración con la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) y el patrocinio de Sanofi Pasteur MSD; *Gestión en Atención Primaria*, también de periodicidad mensual, en co-

laboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (Sedap) y el patrocinio de Almirall; y *Economía de la Salud*, de carácter quincenal, sección patrocinada por Chiesi.

Los jueves de Medical Economics hicieron triplete en 2009 en el madrileño Hotel Cuzco, como viene siendo habitual, con estos tres temas de actualidad sometidos a intenso debate: *Asistencia médica y prescripción por Internet: riesgos y ventajas*, *Ley de Biomedicina: ciencia, ética y práctica clínica* y *Sistema sanitario autonómico: ¿quiebra o fortalecimiento del SNS?* Asimismo, la revista organizó jornadas autonómicas en Toledo, Mérida, Valencia y Palma de Mallorca, todas ellas con la colaboración de Astellas Farma; y otras jornadas temáticas en las que se abordaron los temas siguientes: *Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis*, *Evaluación económica en farmacogenómica oncológica y hematológica* y *La realidad de la nutrición en el anciano*. Estas jornadas estuvieron patrocinadas, respectivamente, por Merck, Instituto Roche y Nutricia.

Como complemento de la labor informativa realizada por MEDICAL ECONOMICS el año pasado hay que citar los chequeos a los laboratorios Novartis y Roche y a las fundaciones Grünenthal y Medicina y Humanidades Médicas.

Un año 2009 para olvidar, si no fuera por esta abreviada crónica cuyo titular, proyectado hacia el año 2010, suscribiría el mismísimo Julio Verne. ■



NOMBRE DEL MEDICAMENTO Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NVR» en una cara y «ECE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «JUC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m²) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decubito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes con stenosis bilateral de la arteria renal o stenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m²). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con stenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente 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, fenitoína, tofenitoína, primidona), **riampicina, Hypericum perforatum** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucemiantes orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámida. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfbloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfbloqueantes 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 hipotatemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuente. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso sin haberse observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraja, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor agudo, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis** **Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistólica marcada, y, probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El 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. **Período de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosis de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN Dafiro 5 mg/160 mg:** EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 – 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por ESTEVE

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

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

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

...sobre la Sanidad en España

El Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, compuesto por destacadas personalidades de distintos sectores profesionales, valora la situación actual de la Sanidad española y traza una perspectiva de futuro.

La Medicina Intensiva y los alumnos universitarios



Abelardo García de Lorenzo y Mateos, jefe de Sección de Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

¿Conocen los alumnos de las facultades de medicina lo que son las especialidades de Medicina Intensiva, Medicina Crítica, UCI o Cuidados Intensivos? Esta es una pregunta pertinente que nos hacemos los que estamos implicados en la docencia de esta especialidad debido a que, desafortunadamente, no existe esta materia en todas las facultades de medicina.

Elegir el colectivo de médicos en formación tiene una triple vertiente, en tanto que son personas que en su mayoría no han pasado por una UCI se aproximan a la población general; en tanto reciben conocimientos de los cuidados de pacientes críticos se aproximan a la comunidad científica, y para terminar, al final de su período formativo podrán elegirla como especialidad entre el abanico que se les ofrece.

Dos datos a destacar: hay un 15 por ciento de alumnos que desconoce la existencia de la Medicina Intensiva como especialidad médica y por otra parte, también destaca que los que mejor conocen la especialidad es por información televisiva (35 por ciento) o por referencias de conocidos (35 por ciento).

La respuesta es que aunque existen aspectos de la especialidad de Medicina Intensiva poco conocidos, global-

mente podemos considerar que el grado de conocimiento es aceptable y más de la mitad de los alumnos encuestados se han planteado en algún momento o se plantean elegirla como opción.

El futuro del Pacto Sanitario



Albert J. Jovell, presidente Foro Español de Pacientes.

El año 2009 ha venido marcado por cuatro acontecimientos: la llegada de Trinidad Jiménez al Ministerio de Sanidad y Política Social, el V aniversario del Foro Español de Pacientes (FEP), la constitución del Foro Aragonés de Salud y la aparición de la gripe A. La llegada de la nueva ministra queda pendiente de valoración en función de la aprobación del Pacto por la Sanidad. Este pacto tendría que ser algo más que una declaración de intenciones y sus propuestas deberían surgir desde el consenso de todos los agentes, incluidos los pacientes. Sigue siendo un reto pendiente de la democracia española la democratización real de los sistemas sanitarios. Ese este, por otra parte, el lema del FEP.

La aparición de la gripe A ha puesto en evidencia una importante paradoja. Por un lado, las autoridades sanitarias y los profesionales han sabido consensuar mecanismos de respuestas rápidas hacia la opinión pública de forma consensuada y organizada. Por otro lado, las resistencias a la vacunación por parte de profesionales y de personas incluidas en los denominados grupos de riesgo de agravamiento

ha sido escasa. Esta paradoja puede ser una buena lección para el Pacto por la Sanidad, en el sentido de que las decisiones para que sean adoptadas necesitan una autoridad sanitaria que sea legitimada en tiempos de crisis por profesionales y ciudadanos, —no sólo por la autoridad política—, una participación real y efectiva de todos los agentes implicados, una búsqueda del consenso en lo factible y una buena campaña de comunicación. En política sanitaria, el esfuerzo y la colaboración debe ser de todos, no sólo de los políticos. Si estos últimos pretenden asumir toda la responsabilidad, desconectan sus iniciativas de aquellos que las tienen que ejecutar.

¿Tendrá la crisis económica efectos sobre nuestra salud?



Ana Céspedes, directora de Asuntos Corporativos de Merck.

Parece ser que en tiempos de crisis no sólo se ve afectado el bolsillo de los ciudadanos, sino que también puede verse afectado su estado de salud. Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud ha

anunciado que la pobreza y pérdida de poder adquisitivo puede derivar en graves problemas de salud, pudiéndose ver cada vez más deteriorado, tanto el estado físico, como el mental de los ciudadanos. También en diversos medios de comunicación hemos podido leer que las consultas al médico han aumentado por problemas de ansiedad, insomnio, estrés, depresión, pro-

blemas de la piel, etc. Así, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria ha resaltado el aumento del consumo de benzodiazepinas (tranquilizantes y ansiolíticos).

Ante esta situación, ¿por qué no tomar esta crisis como una oportunidad para mejorar nuestra prevención en salud? Una reflexión sobre cómo sacar el máximo beneficio para la salud ante los cada vez menores recursos económicos, puede ayudarnos a dar la importancia necesaria a las estrategias de promoción y prevención de la salud. Todo ello no sólo con la perspectiva de la Administración, sino también de las empresas.

Esta crisis, de la que todos tanto hablamos, también puede ser una excelente oportunidad para promover que se abandonen hábitos de vida perjudiciales, para fomentar estilos de vida más saludables —que también lo son para nuestros bolsillos— y aportar así nuestra pequeña contribución.

El controvertido síndrome metabólico



Basilio Moreno Esteban, presidente de la Fundación SEEDO.

En los últimos años se ha introducido en la clínica el término de síndrome metabólico, que es una entidad que asocia diferentes factores de riesgo cardiovascular arteriosclerótico y la diabetes *mellitus* tipo 2. Es un síndrome controvertido cuya definición no es idónea, su etiología no está aclarada, el diagnóstico es incierto y el tratamiento es multivariable. Sin embargo, esta entidad hace que se relacionen diversas patologías metabólicas como la hipertensión arterial, las dislipemias, la diabetes *mellitus* tipo 2, la gota y la apnea del sueño, con la consiguiente repercusión en la morbimortalidad de muchos sujetos.

La principal crítica al concepto de síndrome metabólico es que no es válido para estimar el riesgo cardiovascular de un paciente de forma individual. La

obesidad juega un papel fundamental en su desarrollo, ya que en el adipocito libera diferentes sustancias (TNF- α , leptina, resistina, PAI-1, IL-6, etc.) que favorecen la aparición de un estado proinflamatorio, resistencia insulínica y daño endotelial, lo que condiciona la arteriosclerosis.

Estos enfermos son vistos por diferentes profesionales como son los médicos de Atención Primaria (primer filtro y fundamental en su diagnóstico y tratamiento), endocrinos, cardiólogos, internistas, neumólogos y hasta cirujanos. Son, por tanto, enfermos de alta complejidad que nos hacen ver que la obesidad es la enfermedad fundamental en su desarrollo y que es necesaria una política de asistencia desde Atención Primaria hasta el desarrollo de Unidades de Obesidad en hospitales para racionalizar el tratamiento de estos enfermos para intentar disminuir las diferentes repercusiones clínicas generadas por la aparición de otros factores de riesgo cardiometabólico.

La importancia de la farmacovigilancia



Cristina Roldán F. de Gamboa, asesora externa de Allergán.

La farmacovigilancia o lo que es lo mismo, la identificación, evaluación, y prevención de riesgos asociados al uso de medicamentos, es una materia de gran repercusión en el bienestar de los pacientes y por tanto, un tema de salud pública. El Real Decreto 1344/2007 publicado en octubre del mismo año, que incorpora al orden jurídico las novedades introducidas por la Directiva 2004/27/CEE, recoge todos los aspectos y normas a seguir por parte tanto de la industria farmacéutica, como por los profesionales de la salud. La labor de ambos, así como la de las autoridades sanitarias, es clave para el buen manejo de los medicamentos y el mantenimiento de un perfil favorable beneficio/riesgo. De una parte, estableciendo *a priori* sus

riesgos potenciales, así como un plan de gestión de los mismos, sin olvidar la importancia de su detección, información (notificación a través de la tarjeta amarilla) y tratamiento, estando estos últimos más vinculados a la práctica médica.

Todo ello ha tomado especial auge durante este año, habiéndose incrementado la actividad, tanto en detección, notificaciones, iniciativas en sistemas de seguimiento desde los servicios de farmacia, inspecciones de las autoridades sanitarias a los laboratorios farmacéuticos respecto al cumplimiento de las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia, que deberán completarse este año, etc. Además la transmisión electrónica de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos, así como todo el intercambio de información en materia de seguridad de los mismos, ha supuesto un buen avance.

En suma, estamos asistiendo a una mayor concienciación de su prioridad e importancia por parte de todos los agentes implicados, lo que permitirá una evaluación continua del beneficio/riesgo de los medicamentos, un mejor uso de los mismos, y un claro beneficio para los pacientes.

El avance de la Sanidad en España



Diego López Llorente, presidente de Club Médico.

Qué lejos queda en la actualidad el inicio de la Administración sanitaria moderna, allá por el año 1845, y es a Narváez durante el reinado de Isabel II al que hay que atribuirle el mérito. Dos años des-

pués creó la Dirección General de Sanidad para organizar la defensa contra la tercera pandemia de cólera que ya invadía Europa.

Es fácil imaginar la abnegación y el valor de aquellos profesionales médicos que residiendo en cualquier población más o menos aislada, tenían que enfrentarse a cualquier tipo de

enfermedad o urgencia, con la ayuda de un fonendoscopio y poco más.

Hoy, cualquier facultativo del Insa-lud y gracias al ordenador, puede acceder rápidamente al historial clínico de cualquier paciente. Las técnicas modernas de diagnóstico y tratamiento avanzan a pasos agigantados. Pero hay algo que tal vez necesitaría mayor atención, y es la relación médico-paciente que no debería pasar a un segundo plano respecto a los adelantos técnicos. Sería ideal conservar en el futuro la humanidad que da el hecho de conocer realmente al enfermo y ayudarle a superar sus miedos, no limitarse a atenderle aplicándole el tratamiento más moderno, que en muchos casos es también el más impersonal y el más frío.

De tarifa plana a encefalograma plano



Enrique Gargallo Santa Eulalia, dermatólogo.

A finales de los 90 llegaron a España los primeros láseres de depilación, unos aparatos innovadores, caros y con cierta complejidad para su manejo, que fueron adquiridos por dermatólogos.

A lo largo de la última década, hemos podido comprobar cómo han proliferado múltiples láseres, que podemos encontrar en los lugares más insospechados y manejados por personas sin formación adecuada para hacer frente a los posibles problemas secundarios, que puede ocasionar el tratamiento del láser en ciertos tipos de piel o por un mal uso de éste.

Pero los láseres siguen en auge y los precios, para poder competir entre todos ellos, se van reduciendo hasta lo ridículo. Lo último: una oferta de tarifa plana, prácticamente cuesta menos una depilación laser que una tradicional con la cera de toda la vida.

Un ejemplo de la situación que vive no sólo la dermatología sino la medicina en general, donde las consultas no hacen al médico, sino a cualquier mano impericia.

Para nosotros como profesionales lo más importante es realizar un buen diagnóstico para obtener resultados óptimos, pero como la situación siga acen-tuándose como hasta ahora, pronto llegaremos al encefalograma plano en medicina.

El consumo farmacéutico



Federico Plaza Piñol, director general de la Fundación AstraZéneca.

El año 2009 ha estado cargado de incidencias y novedades en el sector farmacéutico.

La crisis económica que sacude a nuestro país no ha sido ajena al mundo de la salud ni al sector farmacéutico en su conjunto.

Las oficinas de farmacia lo han notado específicamente en la dispensación de medicamentos no financiados por el Sistema Nacional de Salud. Los medicamentos publicitarios no sólo no han crecido, sino que se ha producido una clara recesión en sus ventas. Esto ha afectado negativamente a aquellas empresas muy implicadas en el segmento de autocuidado de la salud, parcela que es siempre la eterna promesa, pero que no termina de remontar.

Por otro lado, vemos cómo el gasto farmacéutico público crece a un ritmo moderado, sin pasar la barrera del 5 por ciento y con una clara contención en los precios, que están evolucionando de forma negativa en los últimos meses. Sin embargo, la demanda sigue creciendo de forma sostenida.

Las comunidades autónomas ven dificultades para afrontar los últimos meses del ejercicio y vislumbran claros problemas de sostenibilidad para 2010, como nos demuestran los presupuestos sanitarios que se aprobaron en los parlamentos regionales.

Y, como es habitual en estos casos, todas las miradas se centran en el presupuesto de farmacia, única partida percibida por políticos y gestores como susceptible de ajustes presupuestarios. Comentaba en estas últimas líneas que el

mercado de medicamentos publicitarios está en claro retroceso y no termina de consolidarse en España. Sin embargo, este mismo grupo de medicamentos orientado al autocuidado de la salud y al tratamiento de síntomas menores sin necesidad de intervención de un médico, tiene ya un peso específico relevante en países centroeuropeos donde nadie pone en tela de juicio su modelo de Estado de Bienestar. En estos países, los principios activos que forman parte de la composición de medicamentos publicitarios, de precio muy bajo y siempre indicados en afecciones leves, no están financiados con carácter general por los sistemas públicos de salud, que orientan su cobertura a las patologías que requieren la intervención de un médico, donde cada vez hay que atender necesidades más complejas y sofisticadas, si tenemos en cuenta el peso creciente de las enfermedades crónicas o de terapias basadas en la medicina individualizada, que no concebíamos hace no muchos años. En este segmento de medicamentos sin receta podemos encontrar herramientas para ser más eficientes en el gasto público en medicamentos, reduciendo además la saturación de las consultas de Atención Primaria en procesos menores, y rentabilizando más a las farmacias comunitarias como agentes de salud.

El compromiso de la industria



Eugeni Sedano, director de Relaciones Institucionales de Esteve.

A pesar de la profunda crisis económica en la que estamos inmersos y del acuciante desempleo que conlleva, la industria farmacéutica se mantiene en sus compromisos. Sigue siendo un sector que, por su

apuesta en innovación e internacionalización, está consiguiendo, aún con grandes esfuerzos, mantener la visión de futuro que la sociedad reclama: conocimiento, innovación y empleo.

PARA DESARROLLAR NUEVOS MEDICAMENTOS SE NECESITA UN VALOR ESPECIAL. EL VALOR DE INNOVAR.

Somos Janssen-Cilag, una compañía farmacéutica basada en la investigación, perteneciente al grupo Johnson&Johnson, la empresa del sector sanitario más diversificada y con mayor implantación global.

En Janssen-Cilag llevamos más de 50 años comprometidos con la investigación y el desarrollo de medicamentos para mejorar la salud, la calidad de vida y aliviar el dolor de las personas que sufren por trastornos como Esquizofrenia, Alzheimer, Déficit de Atención, Epilepsia, Migraña, Disfunción Sexual, así como por Enfermedades Digestivas, VIH/SIDA, Infecciones Bacterianas, Cáncer y Enfermedades Autoinmunes.

Todo esto hace de Janssen-Cilag una compañía pionera en la búsqueda y el hallazgo de soluciones a enfermedades de gran relevancia social para las que no existen respuestas satisfactorias. Y eso, tiene mucho valor.

Janssen-Cilag, el valor de innovar.



JANSSEN-CILAG

El valor de innovar

www.janssen-cilag.es

Este sería para Esteve un elemento importante destacado en 2009. El proceso de entendimiento desarrollado entre Farmaindustria y el Ministerio de Sanidad y Política Social, en relación a los ejes fundamentales para el sector farmacéutico, los cuales coinciden con las directrices que todos los agentes sociales y gobierno reclaman para relanzar la economía del país: inversión en I+D+i, incremento de las exportaciones y empleo estable y de calidad.

La 'burbuja sanitaria' empieza a dar la cara



Fidel Campoy, director general de Desarrollo Corporativo. DKV Seguros.

Es una constante en todos los países que el sector sanitario privado tiene una dependencia del marco que define las políticas sanitarias y económicas públicas. En el año 2009 la crisis financiera pública

ha puesto de manifiesto algo conocido en el sector: estamos sentados en una burbuja de prestaciones sanitarias públicas sin financiación suficiente.

Esto afecta profundamente a las aseguradoras sanitarias que operamos en dos mercados: el de financiación privada, los seguros privados de salud de doble cobertura, y el de financiación pública, los conciertos con las mutualidades públicas y las concesiones sanitarias.

La insuficiente financiación de los conciertos de MUFACE, MUGEJU e ISFAS ha tenido como consecuencia la salida de Caser y Mapfre de los mismos y que para ISFAS sólo dos empresas renueven el concierto (Asisa y Adeslas) y para MUFACE sólo tres (Asisa, Adeslas y DKV). Por esto, más de 350.000 funcionarios se verán forzados a cambiar de compañía en enero 2010.

Ninguna empresa abandona libremente un negocio rentable, ni tan siquiera un negocio sin beneficios. Y no cabe pensar que las aseguradoras

que se mantienen lo hacen porque ellas saben gestionar mejor las prestaciones. Los motivos hay que buscarlos en la dependencia que tienen del volumen de facturación y porque aún hay esperanza en que algún líder político se decida a defender el modelo sanitario de los empleados públicos, que ha demostrado un alto nivel de satisfacción para el funcionario y un ahorro de costes mayor del 40 por ciento respecto de las mismas prestaciones en el sector público.

Los responsables políticos de las tres mutualidades tienen que asumir que la adecuada financiación no es ya una alternativa, ni la eterna cantinela de un grupo de proveedores que piden por pedir. La insuficiencia de la prima de las mutualidades se ha venido demostrando en informes anuales desde el año 2002, presentados desde el grupo de Trabajo de mutualidades de UNESPA. Acusados de parciales, se solicitó y se hizo un informe por parte de la Dirección General de Seguros en 2007 que ratificaba la insuficiencia técnica de la prima pagada por la mutualidad. La respuesta de MUFACE ha sido introducir un contrato a dos años con una subida media el primer año entre el 2,3 y 2,5 por ciento y para el segundo año el 85 por ciento del IPC general. El resultado ha sido el conocido. Veremos qué pasa dentro de dos años.

El resultado de la insuficiente financiación de las mutualidades públicas es que las aseguradoras sanitarias que se mantienen en el mercado público tienen que financiar la pérdida técnica de los funcionarios con los beneficios de los clientes privados. Por esto, las empresas salientes tienen una ventaja competitiva, obtenida indirectamente por la insuficiente financiación en MUFACE, como se está demostrando en las políticas comerciales en estos últimos meses. Los resultados serán una mayor presión sobre el precio del seguro privado y sobre las tarifas de los proveedores sanitarios. En un momento de crisis como en el que

estamos todos tenemos que apretarnos el cinturón, pero hay un límite.

De manera paralela a lo que pasa en MUFACE, los modelos concesionales también están sufriendo las tensiones financieras del gasto sanitario público, que está ofertando un servicio de alta calidad insuficientemente financiado en relación con la población protegida, la cartera de servicios que garantiza y los sistemas de accesibilidad a los mismos.

La situación es de tal calado que, en mi opinión, el país necesita urgentemente medidas estructurales que sienten las bases de la sostenibilidad del modelo sanitario actual.

Eclosión de la biotecnología



Germán Rodríguez Somolinos, departamento de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI.

Los últimos datos disponibles parecen avalarlo: el sector biotecnológico español en los últimos dos o tres años empieza a dar señales sólidas de vida tras una larga travesía en el desierto. Tanto el reciente informe de Genoma España como el

de ASEBIO, así como los propios datos relacionados de actividad del CDTI, muestran el incremento relativo de la relevancia científica de esta disciplina en España. Por encima de los valores medios correspondientes al ámbito europeo y mundial, se destaca el aumento en los últimos dos años del número de patentes solicitadas en biotecnología y del montante total de ayudas públicas a proyectos de I+D, todo lo cual refleja en última instancia la mayor relevancia empresarial de la biotecnología, con crecimiento notable tanto en el número de empresas creadas como en facturación, número de empleados, etc. Más importante aún, nos encontramos en un momento de consolidación de muchas de estas empresas biotecnológicas, particularmente en biomedicina, que han dado el salto desde una actividad eminentemente dirigida a la prestación

de servicios en áreas de diagnóstico, a una investigación de mayor alcance económico de fármacos biotecnológicos para distintas áreas terapéuticas, algunos de los cuales se encuentran ya en el mercado, o bien en fases clínicas avanzadas de desarrollo.

Innovación de fármacos: ¿beneficio para todos?



Guillermo Castillo, director de la Fundación Grünenthal.

Podemos decir que el objetivo de la regulación de la financiación en nuestro país es la obtención de un equilibrio entre el bienestar del paciente, el acceso a medicamentos “esenciales”, el fomento de la I+D+i por parte de las compañías innovadoras y el rendimiento de las compañías farmacéuticas. Pero, ¿estamos todas las partes satisfechas de la misma manera?

Probablemente, una de las principales barreras a las que nos enfrentamos actualmente las compañías farmacéuticas es la falta de apoyo que en ocasiones reciben las innovaciones terapéuticas. Como sabemos, la industria farmacéutica sigue estando por delante de muchos otros sectores en términos de aportación al panorama de la industria española. Pero esto no siempre se ve recompensado. Tras la descentralización de las competencias en materia de sanidad, habiéndose reservado las decisiones de precios a nivel central sin participación autonómica, vemos la creciente dificultad de acceso de nuevos medicamentos, derivadas del desarrollo de nuevas medidas de contención, pocas veces a favor de las innovaciones, y de un incremento continuo del gasto farmacéutico. Estos hechos, así como cualquier otro que incremente la incertidumbre sobre el valor de las innovaciones, nos sugiere una futura desin-

centivación hacia el sector farmacéutico en general.

¿Seremos capaces entre todos de aunar los esfuerzos necesarios para encontrar el equilibrio perfecto y conseguir fármacos más eficientes que respondan a las expectativas creadas y permitan beneficiar a todas las partes? Sólo el tiempo, el esfuerzo constante, y la creatividad de todos los agentes involucrados nos darán la respuesta.

Sin actores, no hay marketing



Guillermo Sierra Arredondo, vicepresidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

La gestión autonómica. Si se hace bien, esto es correcto, pero suele ocurrir que el nombre del “currito de a pie” llamado médico, el que realiza dicha técnica o hace posible este marketing, no suele aparecer y cuando se le menciona es de manera despersonalizada. Algunos creen que el médico existe y puede vivir, gracias a que determinados directivos o dueños del local han tenido a bien dejarles trabajar. Qué ignorancia, sin actores no hay marketing.

Desde la antigua Grecia, en las obras de teatro, para llamar la atención de los ciudadanos se necesitaba un decorado atractivo y un escenario, en el cual los actores preparados para estos menesteres, es decir los profesionales, hacían posible el éxito de la función.

En esos tiempos al escenario salían los actores, los auténticos protagonistas. Ahora, en la escenografía sanitaria salen al escenario los propietarios del local, los que pretenden obtener rentabilidad personal y en ocasiones los que venden las entradas o los aco-

modadores. Los profesionales sanitarios están de floreros y se les paga peor que a estos. Así nos va.

Los ciudadanos acaban dándose cuenta de que el decorado es falso, el escenario es de papel, los actores no son los adecuados y la campaña de marketing virtual. En consecuencia, terminan abucheando la obra.

A vueltas con la gripe A



Héctor Jausàs, socio-director de Jausàs Abogados.

Sin duda, uno de los temas de mayor actualidad en el ámbito sanitario es la gripe A causada por el virus H1N1. Desde que fue declarada como pandemia por la Organización

Mundial de la Salud, las noticias sobre su gravedad, incidencia y necesidad de prevención han proliferado en todos los sentidos. Si por una parte Farmaindustria se felicita por la capacidad de respuesta de los laboratorios, que ha permitido obtener una vacuna contra la temida gripe en menos de tres meses, por otra, se alzan voces, en especial del sector médico, que cuestionan la proporción de las medidas adoptadas y la alarma generada, que consideran desmesurada. En medio, el Gobierno, que ha adquirido 37 millones de dosis de vacunas, con lo que se podría llegar a vacunar al 60 por ciento de la población, si fuere necesario. En cualquier caso, de momento, se ha empezado a vacunar a los grupos de riesgo (embarazadas —aunque sin adyuvantes—, enfermos crónicos de más de seis meses de edad, trabajadores sociosanitarios y personal de los servicios públicos esenciales). Estos grupos constituyen unos 10 millones de dosis.

La eficacia y seguridad de la vacuna, sin embargo, continúan siendo cuestionadas, en la medida que se cifra en 310 el número de ensayos abiertos, de los que únicamente dos

habrían concluido. En cualquier caso, la alarma generada incentiva el negocio fácil y se considera que un 80 por ciento de los antivirales que pueden obtenerse en Internet son falsos. Lo que sí es cierto es que la desinformación sobre el virus es un hecho incuestionable, denunciado por los farmacéuticos a los que la población pide consejo. Sólo el tiempo dirá si los efectos de esta gripe se han sobredimensionado o las medidas preventivas adoptadas han sido las adecuadas.

Qué difícil es lo fácil y viceversa



Gabriel Herrero Beaumont, jefe de Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Puesto que en el nombre de nuestra revista aparece la palabra *Economics*, este breve comentario comenzará con una cita de Warren Buffet, el célebre y genial financiero americano, acerca de la comprensión de la crisis económica

que estamos viviendo. En esencia, su comentario muestra la perplejidad que a un pensamiento pragmático y riguroso como el suyo, le produce las interpretaciones barrocas y retóricas que otros aplican a la realidad. Lo cual resume de esta forma: "Debe haber alguna característica humana que lleva a la gente a convertir cosas fáciles en difíciles".

Da la impresión que el desarrollo concreto de las directrices de Bolonia que se está haciendo en la universidad española sigue esa ley de maravilla. Las ideas de Bolonia podrían haber sido el punto de arranque ideal para iniciar la profunda refundación, que con urgencia necesita la universidad española. ¿Vamos a saber aprovechar este empujón externo para mejorar nuestra posición? Francamente, parece que no va a ser así. Una vez más, los universitarios españoles no hemos entendido el mensaje que se

nos manda desde el mundo real. Porque, la pregunta asociada a la anterior sería, ¿tenemos los españoles dificultades para organizar estructuras complejas, como puede ser la universitaria? Afortunadamente, la respuesta es negativa. Ya es ampliamente conocido el éxito mundial conseguido por las escuelas de negocio españolas, que han conseguido colocarse entre las mejores del mundo en poco tiempo de funcionamiento. Como diría Buffet, el planteamiento es muy sencillo; los españoles hemos demostrado en otras actividades similares que podemos superar "la característica humana que lleva a la gente a convertir cosas fáciles en difíciles".

Todo el mundo conoce bien cuáles son las dificultades para adaptarse a los planes de Bolonia. Entonces, ¿por qué la sociedad española no exige a la universidad un mayor compromiso y una adaptación a las exigencias del mundo y la realidad actual?

Creatividad e innovación



Honorio Bando Casado, vicepresidente de la Fundación de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) y de la Fundación de Educación para la Salud (Fundadeps).

El año 2009 ha sido el Año Europeo de la Creatividad e Innovación, que en España tuvo su presentación oficial el pasado 26 de marzo, por el presidente del Gobierno, la ministra de Ciencia e Innovación y el Premio Nobel de Economía, Paul Krugman. Las inversiones realizadas en los últimos años, han repercutido directamente en los resultados de los trabajos realizados por los investigadores españoles. La investigación, desarrollo e innovación en biomedicina ofrece unos resultados notables en nuestro país, incorporando las tecnologías más avanzadas,

como es el caso de la telemedicina. Las Acciones Estratégicas en Salud (AES), llevadas a cabo por el Ministerio de Ciencia e Innovación, a través del Instituto de Salud Carlos III contemplan las actividades de investigación e innovación como un elemento esencial en la generación de nuevos conocimientos de fomentar la salud y el bienestar de la población. En 2010 existen dos objetivos importantes que cumplir, por un lado la plena incorporación al espacio Europeo de Educación (Declaración de Bolonia de 19 de junio de 1999) y por otro, la mayor participación en el Espacio Europeo de Investigación a través del VII Programa Marco de la Unid del Consejo Europeo de Investigación. Hay que destacar también el acuerdo entre Farmaindustria y el Ministerio de Sanidad, el pasado marzo de 2009, con una duración de tres años. El esfuerzo de alcanzar una inversión de 1.400 millones de euros más, que en la actualidad, de los cuales 894 se destinaron a la investigación biomédica. Estamos en un momento básico para nuestro despegue en investigación biomédica, a pesar de la crisis económica que venimos atravesando, son momentos ideales para realizar nuevos proyectos en desarrollo e innovación y salir reforzado de esta crisis, de lo contrario nos jugamos el futuro de una sociedad más moderna y sostenible.

¿Están en peligro las revistas biomédicas españolas?



José A. Dotú, presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

En los últimos años, los sistemas de edición y difusión de las publicaciones, en general, y de las revistas científicas biomédicas, en particular, han experimentado un cambio espectacular de la mano de

PROFESIONALES, TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN, MÁS CERCA DE LOS PACIENTES



20 años al servicio de la eficacia en la atención sanitaria han permitido configurar un equipo de profesionales expertos, especializados y responsables que construyen una relación de confianza con sus pacientes

El Grupo HM se configura en cuatro hospitales generales médico-quirúrgicos, dotados de la más alta tecnología y de todas las especialidades comunes. Tiene, además, dos centros monográficos:

•
La unidad materno-infantil del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe

•
El Centro Integral Oncológico Clara Campal, anexo al Hospital Universitario Madrid Sanchinarro

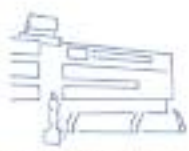
•
La especialización y centralización de los pacientes más vulnerables y graves permite mejorar los resultados médicos

•
Con garantía de Urgencias las 24 horas, sin demora asistencial o tecnológica, en las mejores condiciones de confort (consultas, suites, parking...)

•
La publicación de resultados médicos se ha convertido en la mejor referencia de compromiso y calidad con los pacientes y sus familias



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE MADRID
Tlf. 91 662 66 00



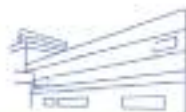
HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID MONTEPRÍNCIPE
Tlf. 91 708 99 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID TORRELOAYÓN
Tlf. 91 267 50 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID SANCHINARRO
Tlf. 91 756 78 00



CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO
CLARA CAMPAL (CIOC)
Tlf. 902 307 459

HM
HOSPITALES



www.hospitaldemadrid.com

las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, y de manera definitiva de la mano de Internet. La publicación tradicional en el soporte de papel se ve crecientemente sustituida por la edición en soporte electrónico. Aún más espectacular, y en este caso negativo, es el cambio producido en la financiación de la edición y difusión de las publicaciones. Refiriéndonos concretamente a las revistas biomédicas españolas, asistimos a la práctica desaparición de las vías de financiación que durante décadas han hecho posible su existencia: las suscripciones, cuya aportación económica ha sido siempre muy modesta y que va a la baja, y las inserciones publicitarias de productos o servicios de la industria farmacéutica y sanitaria, verdadero pilar financiero de estas publicaciones y que en los últimos años están experimentando un dramático declive que amenaza la subsistencia de las mismas.

Nos encontramos, pues, en un escenario en el que, por una parte, los destinatarios de la información de nuestras revistas biomédicas no quieren o no pueden pagar por esa información —se está extendiendo una corriente de opinión según la cual la información, cualquiera que sea su tipo, ha de ser gratis— y, por otra, una industria farmacéutica y sanitaria que muestra un creciente desinterés por dar a conocer y promocionar sus productos y servicios a través de inserciones publicitarias en esos medios.

Otras voces más autorizadas que la mía han argumentado sobre la necesidad de contar con una literatura biomédica nacional y en nuestro idioma y sobre los múltiples beneficios que de ello se derivan, entre otros para la propia industria farmacéutica, que tiene en esas revistas una cualificada y fiable vía de comunicación con los profesionales que prescriben sus productos.

¿Alguien puede concebir una situación en la que nuestras revistas biomédicas hayan desaparecido por falta de una suficiente financiación, —que no nos engañemos— ha de pro-

ceder de la publicidad o del patrocinio? No estoy en disposición de ofrecer soluciones a este respecto, pero sí me considero en la obligación de invitar a una seria reflexión acerca de este problema, en especial y sobre todo a la industria farmacéutica.

La sostenibilidad del actual SNS



Joaquín Estévez Lucas, presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud.

Como directivo de la salud con 25 años de experiencia, me preocupa la sostenibilidad del actual Sistema de Salud de nuestro país, en su actual nivel de financiación; cartera de servicios y prestaciones. A la crisis actual se le une la “crisis

continua” en forma de incrementos del PIB sanitario de varios puntos porcentuales por encima del PIB global.

En cuanto a los directivos de la salud, me preocupa, en el momento actual, una cierta falta de profesionalización en algunos puestos de responsabilidad, así como el exceso de una innecesaria politización y una excesiva burocratización que puede llegar a dificultar una gestión eficaz, eficiente y de calidad.

El reto de la medicina personalizada



Jaime del Barrio Seoane, presidente del Instituto Roche.

Actualmente estamos inmersos en una medicina molecular, con la generalización de innovaciones procedentes de áreas como la Genómica, la Proteómica o la Metabólica. Esta evolución de la Medicina,

este salto cualitativo que permite una atención más predictiva, preventiva e individualizada, se ha introducido ya, en nuestra práctica asistencial

cotidiana. Casi sin darnos cuenta, están modificando significativamente desde el proceso de identificación y desarrollo de nuevos biomarcadores y terapias dirigidas a dianas, hasta la forma de predecir el riesgo de sufrir una enfermedad o de organizar un servicio médico hospitalario.

Las autoridades y los gestores sanitarios no pueden estar ajenos, no sólo porque llegar tarde a “este tren” supone regresar al vagón de cola de la vieja Europa en el ámbito de la investigación básica y clínica en biomedicina, sino porque el retardo en adoptar decisiones encaminadas a facilitar la extensión de la medicina personalizada privará a muchas personas de aprovecharse de abordajes más efectivos y seguros. El camino iniciado por algunas comunidades no debe limitarse a ellas, ni alargarse en el tiempo, ni es aceptable que fomente la discriminación por vivir en una zona u otra de España.

La complementariedad de los recursos públicos y privados



Javier Subiza Les-tache, director Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid.

Existe consenso acerca de que con un sistema sanitario exclusivamente público no será posible hacer frente a todas las necesidades de los ciudadanos. Los recursos públicos no son inagotables y mucho menos en

tiempos de crisis. La pregunta está en el aire, si no se cambia la política sanitaria actual, ¿seguirá habiendo dentro de unos años recursos suficientes para seguir satisfaciendo las necesidades de los ciudadanos? El gasto sanitario se dispara por diversas razones, aumento espectacular de la población inmigrante que solicita una mayor atención sanitaria, mayor oferta de tecnología sanitaria que automáticamente genera mas demanda, y envejecimiento de la población que obviamente consume mas recursos sanitarios.

Está claro que debemos ir hacia una optimización en el uso de los recursos de los que disponemos, si queremos asegurar el futuro de nuestra asistencia sanitaria. En una economía de mercado, no parece lógico que la Administración siga tratando al médico como un funcionario sanitario, donde da igual que trabajes bien o mal y donde puedas pedir todas las pruebas sin control. Más lógico sería que el médico participe activamente en la gestión y control de los recursos sanitarios de la misma forma que lo haría un médico privado en su consulta, sólo de esa forma se podrá contener y racionalizar el gasto sanitario. Aún más, una complementariedad de los recursos públicos y privados tal como se observa en Francia y otros países de la Unión Europea permitiría que el ciudadano pudiera optar por un médico público o privado sin tener que pagar dos veces por ello y sin duplicar el coste de su enfermedad.

Profesión médica acreditada



José A. Gutiérrez Fuentes, director de la Fundación Lilly.

Como en cualquier otra profesión, el ejercicio de una medicina responsable exige del médico una permanente puesta al día de sus conocimientos y habilidades, siendo deseable el ejercicio de una certificación que acredite dicha competencia actualizada periódicamente. Se hace así en los países en que solemos fijarnos como referentes, y es deseable que así sea, pero en España la reacreditación permanente dista mucho de llevarse a efecto.

Las razones son diversas. Por un lado, no existe tradición de ello; en segundo término, no parece fácil exigir este esfuerzo a unos profesionales que distan mucho de ser suficientemente reconocidos y retribuidos en su desempeño facultativo; luego, los que en la actualidad tienen la facultad acreditadora, generalmente las propias admi-

nistraciones sanitarias autonómicas, no consideran que ello sea políticamente deseable; y, por último, aunque quizás sea lo fundamental, la propia profesión médica no ha sabido responsabilizarse de su colectivo, fundamentalmente a través de las organizaciones colegiales, reclamando y asumiendo para sí —como también se hace en los países que solemos considerar modelos— las facultades y responsabilidades de la acreditación profesional.

En definitiva, desde la formación del pregrado hasta la jubilación, los médicos dejamos que otros gobiernen nuestra profesión, renunciando a nuestra responsabilidad en una formación continuada y suficiente de todos y cada uno de nuestros compañeros. No podemos olvidar que, además, debemos responder nada menos que de la salud de cada ciudadano y de la sociedad, en general. Esta reflexión me lleva a retomar las preguntas: ¿Existimos realmente como tal profesión médica? Las instituciones que nos representan, en especial los Colegios de Médicos, ¿cumplen su cometido en este sentido? ¿Estamos en condiciones de reivindicar nuestro protagonismo en la sanidad española? ¿Queremos hacerlo? O simplemente, ¿nos hemos acomodado?

Ser médico supone todo eso, ¡y mucho más!

Otra crisis: la burbuja oftalmológica



José Fernández Vigo, director médico del Centro Internacional de Oftalmología Avanzada.

Los oftalmólogos agobiados ante el *crash*, ¿por qué? Porque formábamos parte de la cultura del ladrillo. Éramos como constructores. El crecimiento desmedido de la especialidad, de su volumen de negocio, de su generación de riqueza ficticia, de la creación de un mercado (de pacientes-clientes) dependiente del crédito, de una demanda condicionada por los bancos y financieras, que provocó un fenómeno similar al que causó la

desaparición de los dinosaurios, un mega cuerpo para un microcéfalo, ¡la burbuja oftalmológica!, oftalmólogos de escasa formación convertidos en estrellas mediáticas, reyes del marketing oftalmológico. Hubo oftalmólogos que vendieron su profesión, que cotizaron en bolsa (sus acciones llegaron a 26 euros, ahora valen 8 euros: ¿es eso lo que vale la oftalmología? Otros se vendieron a cajas de ahorro (contrataban oftalmólogos, ahora los despiden), para conseguir crédito para crecer infinita e indefinidamente al abrigo de la codicia y la egolatría. Burro grande ande o no ande: ¿para qué?, ¿era bueno?

Hay en mi opinión tres formas de entender la oftalmología. La oftalmología-negocio, la oftalmología-profesión y la oftalmología-empleo. A los negociantes les explota la burbuja; los profesionales y los empleados sufren los efectos colaterales.

Y, ¿la oftalmología académica e institucional? Sigue sin pulso. No sólo se ha quedado sin capacidad de respuesta, no sólo se ha contagiado y dejado infiltrar hasta los propios cimientos de la especialidad, sino que nos ha llevado a tal grado de estulticia que, ríanse ustedes, para mayor gloria individual: ¡hay 30 sociedades oftalmológicas en España! y por supuesto 30 presidentes... para 4.000 oftalmólogos... ¿y para qué? Será que nos lo merecemos. Se perdió la gran ocasión de escribir un gran futuro y ya no volverá en muchos años... si vuelve.

El ejemplo Obama



Juan Ramón Arias Irigoyen, director general de Operaciones de USP.

La iniciativa tomada por el presidente Obama respecto del modelo sanitario de EEUU, es un ejemplo de pragmatismo del que tenemos que tomar nota en nuestro país. La iniciativa del presidente Obama es una necesidad de estado, ya que compromete seriamente la economía del país y la competitividad de las em-

presas americanas. La repercusión del coste por coche en GM de la salud y planes de pensiones de sus trabajadores es de 1.000 dólares por coche fabricado frente a los 100 dólares de Toyota. El brutal gasto sanitario, 17 por ciento del PIB del país compromete el futuro de la economía americana. Obama podía haber optado por dos modelos antagónicos, el del Reino Unido, centralizado donde el estado es el responsable de la salud del ciudadano, con costes contenidos, 8 por ciento del PIB, pero peores resultados asistenciales, o el suizo, donde es el ciudadano el que toma la decisión sobre qué cobertura de salud necesita, más caro, 11 por ciento PIB, pero con mejores resultados asistenciales. Al final, se ha elegido el modelo suizo, e inicia la carrera de obstáculos que le presenta el potente *lobby* de aseguradoras y de instituciones sanitarias. Frente a esta actitud pragmática, en España se actúa con un dogmatismo falto del realismo del que no asume la situación actual. España ha seguido un modelo inglés, de coste bajo y resultados razonables. Pero desde el desarrollo autonómico, se han perdido las bondades del modelo, el incremento del coste es preocupante y lastran las arcas autonómicas, sin haber mejorado los resultados asistenciales significativamente.

Por ello, es prioritario realizar una reflexión pragmática sobre el modelo que el país puede financiar, por encima de rancios dogmatismos que pueden lastrar el futuro del sistema sanitario.

Un Sistema Nacional de Salud entredicho



Juan Carlos Ureta, presidente de Renta 4.

cierto, y de ello hablan los políticos, que la opinión general es que se trata

Según mi opinión, existe en España, un sistema sanitario mixto, en el que la sanidad pública y privada se entremezclan en la financiación, la titularidad y la provisión de servicios sanitarios. Es

cierto, y de ello hablan los políticos, que la opinión general es que se trata

únicamente de un sistema público, dejando a la sanidad privada en un segundo plano que roza la invisibilidad por momentos. A este sistema sanitario público nuestro, del que bien podríamos estar orgullosos, se le puede estar acabando la gasolina del dinero. Porque la financiación del sistema sanitario público es pública, es decir, proveniente de los impuestos directos e indirectos de los ciudadanos. Y como en la situación actual los ingresos vía impositiva son menores, y los gastos en provisión sanitaria mayores (aumento de la esperanza de vida, enfermedades crónicas de alta prevalencia, aumento del coste de la tecnología médica, etc.), esto nos lleva a pensar que, de no remediarlo, la situación será cada vez más preocupante. ¿Soluciones? Mejorar la gestión de los servicios sanitarios mediante la profesionalización, mejora de la educación sanitaria, mayor inversión en prevención, y otras más; todas ellas, probablemente eficaces a largo plazo. A corto plazo: favorecer la descarga del sistema sanitario público mediante la mejora fiscal del seguro sanitario privado. Más sencillo: que lo que se hace en la sanidad pública, consumiendo recursos, se desvíe a la privada, siempre y cuando el usuario lo desee. No olvidemos que cada usuario de la sanidad privada, como media, ahorra 1.000 euros anuales a la sanidad pública. Seamos solidarios con el sistema público: favorezcamos el sistema sanitario privado. No es un contrasentido.

Salud rural: ¿en condiciones de igualdad?



José Manuel López Abuín, director del Instituto de Salud Rural (A Coruña).

Diversos determinantes, como la precariedad o el aislamiento del medio rural, llevan a una condición de desigualdad en salud rural/urbana, y —para minorarla— deben diseñarse

políticas de cuidados adaptadas específicamente a la salud rural. No es así, y es una tarea pendiente. El decaimiento de la demanda con la distancia, la simple resignación o el orgullo del sentir rural hacen que la comunidad y el medio no la perciban con la magnitud debida. Ninguna sociedad científica, sindicato ni agente social la demanda o se hace oír, ni plantea para el rural una estrategia de salud seria: de facilitación de la salud y el bienestar. Si no se reclama, esta necesidad no aparenta como sentida. Acaso cabe mencionar, a favor, la labor de sus entidades locales o los propios mecanismos de compensación del rural, a expensas muchas veces de sacrificios personales y familiares.

La salud rural, con recursos propios, es objeto *per se* de planificación en multitud de países de nuestro entorno, e incluso considerada como disciplina médica. Una de cada cuatro personas viven o trabajan del rural en nuestro país, y ya no digamos la delimitación geográfica del medio: ¿para cuándo un plan de salud rural? Es una asignatura todavía por crear.

Tecnologías: cada vez menos novedosas



Luis Verde Remeseiro, director del Área Sanitaria de El Ferrol (A Coruña).

Las nuevas tecnologías y concretamente las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han supuesto una auténtica revolución en la gestión y la prestación de asistencia sanitaria. Pero hemos de tener en cuenta que en este sector, lo nuevo se convierte en viejo de un día para otro.

Las cosas están cambiando, han cambiado, se están multiplicando los soportes, los lenguajes, evolución Internet, nacieron las redes sociales, se modificó en definitiva la forma de trabajar y está univer-

La nuevas tecnologías y concretamente las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han supuesto una auténtica revolución en la gestión y la prestación de asistencia sanitaria. Pero hemos de tener en cuenta que en este sector, lo nuevo se convierte en viejo de un día para otro.



¿Cuál es el mejor tratamiento?

La vida escribe las preguntas.
Nosotros buscamos respuestas.

Nuestras innovaciones
benefician a millones de personas:
alivian el dolor y mejoran
la calidad de vida.
Proporcionamos esperanza.



Innovación para la salud

salmente aceptado, que el futuro pasa por la red y por el avance imparable de las TIC, para las que no existen barreras. Se ha vuelto imprescindible acercar las TIC a la sociedad y a los profesionales, superar la brecha digital y alcanzar la convergencia con los países de nuestro entorno, para lo que resulta necesaria la alfabetización de usuarios y profesionales en el empleo de estas nuevas herramientas.

Hemos de facilitar el uso de las TIC a nuestros pacientes, a los que les sigue resultando mucho más fácil contactar con su médico por vía telefónica, con la dificultad que ello conlleva, que vía correo electrónico. No hemos explotado más que una mínima parte de las posibilidades que esta herramienta tiene y ya se nos ha quedado atrás; ya los adolescentes y jóvenes de este y otros países utilizan otras plataformas de comunicación, siendo para ellos del uso del correo electrónico algo residual, similar a lo que puede ser para alguien nacido en la década de los sesenta el correo postal.

Los emboscados



Julián Ruiz Ferrán,
socio-director Medical Finders.

Según la Real Academia Española, un emboscado es alguien que elude el servicio militar en tiempos de guerra.

¿Quiénes son los médicos emboscados? En nuestro contexto actual y, con toda probabilidad, futuro de déficit de profesionales de la Medicina, los médicos emboscados son aquellos que por razones presentes o pasadas eluden el rigor de la trinchera asistencial, es decir, que ni diagnostican ni tratan enfermos.

¿Hay muchos? No hay cifras fidedignas, pero se calcula que hay por lo menos 20.000 médicos en España en edad laboral que por una razón o por otra están emboscados. Pero,

emboscados: ¿dónde? Muchos trabajan en campos afines a la Medicina, como laboratorios farmacéuticos, consultoras, compañías aseguradoras, agencias de publicidad y comunicación, empresas de tecnología sanitaria, etc., pero muchos más todavía desempeñan su labor profesional en consejerías de sanidad, gerencias de área, direcciones hospitalarias, fundaciones, representaciones colegiales, Ministerio de Sanidad, Congreso de los Diputados y Senado, entre otros organismos e instituciones públicas y privadas.

Por si esto fuera poco, existe otro grupo numeroso de médicos semiemboscados, que aún encontrándose en activo asistencialmente hablando, su baja productividad desafía todas las estadísticas y planificaciones. Sobre todo en grandes hospitales, ¿cuántos cirujanos operan poco o muy poco?, ¿cuántos médicos por una excusa u otra no pisan su servicio en la mitad de los días?

A los emboscados y semiemboscados hay que sumar los exiliados. Aunque tampoco hay estadísticas del todo fiables, se estima que por lo menos hay 8.000 médicos españoles formados por el sistema MIR, que ejercen asistencialmente en el extranjero, sobre todo en países de Europa Occidental, y por los que nadie parece interesarse.

Al mismo tiempo, y merced a los generosos tratados firmados por la Madre Patria en su día, parece darse prioridad a la convalidación a destajo de títulos extracomunitarios de licenciados en Medicina y Cirugía, a veces mirando hacia otro lado para no tener que fijarse mucho, explotando de profesionales a terceros países de forma tal que Venezuela, Perú y Nicaragua ya reconocen penuria de médicos, y si la hemorragia sigue a este ritmo, otras repúblicas iberoamericanas, sin duda, también lo harán en los próximos años. En la guerra internacional por el talento médico, que de momento vamos perdiendo claramente, parece vital recuperar para la medicina en nuestro país, a un porcentaje significati-

vo tanto de los médicos que se marcharon fuera de nuestras fronteras como de los que ahora están fuera del dispositivo asistencial público y privado.

Si tanto el entorno asistencial público como el privado consiguen en los próximos años mejorar sustancialmente la motivación, la productividad y la dedicación de los médicos españoles, que pasa necesariamente por una redignificación de la profesión médica en su sentido más amplio y por una mucho mayor flexibilidad a la hora de contratar profesionales, quizá podamos capear el temporal que se nos avecina.

La Geriátría en 2009



José Manuel Ribera Casado,
jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Desde el punto de vista de la Geriátría, 2009 ha continuado siendo un año de expansión. Ha aumentado el número de los hospitales donde está presente la especialidad y se entrevé la posibilidad de que comunidades

reacias como pueden ser la andaluza o el País Vasco, acaben aceptando la realidad de los hechos e incluyan de una vez a la Geriátría en su cartera de servicios sanitarios. En el caso de Andalucía por imperativo de su nuevo Estatuto y en el del País Vasco por decisión aprobada en el Parlamento. Además, se ha incrementado igualmente el número de servicios con docencia reconocida, el número de plazas de residentes y, en una proporción muy considerable, el número y la calidad de actividades científicas de todo tipo, especialmente de aquellas dirigidas a la formación médica continuada. Por lo que se refiere a *Medical Economics* continua siendo un vector muy activo en la difusión de todas estas actividades. Gracias por ello.

Tu **SALUD** se merece todas las **RESPUESTAS**



En Lilly nuestro trabajo se convierte en resultados:

- > Elegida una de las tres mejores empresas para trabajar durante los últimos siete años.
- > Calificada como "Excelente" en el Plan Profarma.
- > La fábrica de España exporta medicamentos a 120 países.



Lilly
Respuestas que importan.

¿Diecisiete agencias de evaluación?



Manuel Martín Cortés, coordinador de Relaciones Institucionales de Chiesi España.

Los recortes presupuestarios que la crisis está imponiendo en el SNS para 2010, está haciendo que las comunidades autónomas estén viendo cómo afrontar el ejercicio presupuestario del próximo año. Entre

otras medidas de ahorro, algunas están creando Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, tipo el NICE británico, otras ya hace años que tienen creadas estas agencias, aunque muchas de las comunidades autónomas reconocen que no hay que mirar al gasto farmacéutico como único sitio en el que se puede conseguir un ahorro. La tan tratada sostenibilidad del sistema, no pasa por crear 17 NICE, sino por el seguimiento continuado de los cuidados y gestión adecuada de las enfermedades crónicas, entre otras acciones.

La creación de una Agencia de Tecnologías Sanitarias conlleva unos gastos asociados importantes, y que serán fijos en el tiempo para sucesivas partidas presupuestarias, por lo que en mi opinión no sé si tiene sentido que cada comunidad autónoma tenga la suya, en una crisis económica como la que estamos padeciendo.

Se está debatiendo la posibilidad a nivel nacional de llegar a un Pacto por la Sanidad, tal vez sería una buena oportunidad para crear una organización para el SNS, que diera este soporte a las comunidades autónomas, así no sería necesario la creación de 17 agencias. Esta organización, deberá ser totalmente independiente y separada de cualquier tendencia política.

Está claro que la evaluación de medicamentos es una necesidad para cada una de las autoridades sanita-

rias de nuestro país, dada la cada vez mayor medicalización de la sociedad y la escasez de estudios de superioridad terapéutica de unas alternativas frente a otras y las grandes variaciones de costes de las alternativas existentes, con una gran influencia en los presupuestos sanitarios.

En mi opinión, se debería llegar a acuerdos a nivel del Estado, implantando buenos sistemas de gestión sanitaria, en los que impere la eficiencia, determinada por los mejores resultados, con una buena seguridad para los pacientes y con el menor gasto posible.

Cultivemos el ojo clínico



Santiago Martínez-Fornés, vicepresidente de la Asociación Española de Médicos Escritores.

El boom de la tecnología —tanto en el laboratorio como en el diagnóstico por imagen— nos lleva a descuidar el aprendizaje y cultivo del ojo clínico (OC).

Un buen ojo clínico exige especial aptitud —conocimientos— y actitud —hábito de llegar al diagnóstico o a la hipótesis más probable de diagnóstico al acabar la historia clínica—, valiéndonos tan sólo del diálogo, de la exploración clínica y experiencia. Con ello, evitaremos molestias al paciente que no sean imprescindibles y acortaremos el tiempo en llegar a un diagnóstico correcto. Siempre que tengo ocasión de hablar con algún/a ministro de Sanidad le recuerdo que deberíamos gastar más en Medicina y menos en medicinas. Porque no hay mejor OC que un buen oído que sepa y tenga tiempo para escuchar. Debemos cultivar nuestro tercer oído. Un oído que sea capaz de captar el mensaje que tantas veces lleva el silencio, un suspiro, un quiebro de la voz, apenas perceptible para los demás. El médico sin un buen OC está descalificado para tratar pacientes psicossomáticos, que son las enfermedades genuinamente humanas.

2010, el año de la innovación



Margarita Alfonso, secretaria general de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).

El carácter dinámico e innovador del sector de tecnología sanitaria es esencial en momentos de recesión económica y le permitirá establecerse como uno de los mercados que lideren la I+D española. Desde la

Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) consideramos que la innovación es un motor indispensable para el crecimiento económico por contribuir a crear tejido industrial y a mejorar la productividad y la competitividad, siendo además fundamental para garantizar la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria. Para ello, apostamos por el desarrollo de estructuras de investigación cooperativa que favorezcan la definición de objetivos de I+D+i a medio y largo plazo y por establecer directrices para su consecución, asegurando así la competitividad de nuestro sector. En 2010, Fenin continuará trabajando en la puesta en marcha de la Plataforma Española de Innovación en Tecnología Sanitaria, que ya cuenta con el apoyo del Ministerio de Ciencia e Innovación. En ella, se reúne a todos los agentes implicados en el sector sanitario: desde la Administración pública, centros asistenciales, universidades, organismos públicos de investigación, centros tecnológicos, pacientes y empresas.

En definitiva, la apuesta del sector de tecnología sanitaria es construir una nueva realidad que potencie las capacidades tecnológicas de nuestra industria, en la que la innovación llegue de forma rápida y eficaz a la práctica clínica, en beneficio del paciente, que al fin y al cabo es el eje central de nuestro sistema sanitario.

Fuerza y dinamismo al servicio del profesional



Miguel Carrero, presidente de Previsión Sanitaria Nacional.

Las indudables dificultades que la economía mundial ha tenido que afrontar en 2009 no han apartado a Previsión Sanitaria Nacional (PSN) de su razón de ser. Ni un solo milímetro. Seguimos por tanto empeñados en servir y proteger los intereses de los profesionales, ofreciendo productos y líneas de actividad que responden cada vez mejor a sus necesidades e inquietudes, sean éstas de índole personal, familiar o profesional. Lejos de cuestionar nuestra trayectoria o acaso desviarla, el año concluido ha servido en PSN para seguir creciendo: en primas, en empleados, en mutualis-

tas, en asegurados, en actividades... Hemos inaugurado dos escuelas infantiles para uso exclusivo de los profesionales porque queremos proteger el bien más preciado de las familias: los hijos pequeños. Y nos estamos convirtiendo en referencia obligada cuando toca hablar de protección de datos y programas de gestión de consultas y despachos profesionales, así como gestión de la calidad en el ejercicio de profesiones sanitarias y en centros médicos, oficinas de farmacia y clínicas odontológicas y veterinarias. En 2010 vamos a seguir impulsando nuestra red de residencias con un nuevo centro en Asturias. Será el tercero. Y seguiremos colaborando con nuevos colegios profesionales y nuevas profesiones, que a buen seguro verán en el mundo de PSN la posibilidad cierta de cubrir eficazmente las demandas de sus colegiados. Porque en las necesidades de los profesionales no hay crisis que valga. Hay

que procurar cubrir las con el mejor servicio posible.

Una cultura amplia para la salud



Mariano Avilés Muñoz, presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico.

Los grandes retos de los pueblos pasan por los pilares fundamentales que vertebran un estado; uno de esos pilares es la Sanidad.

España ha avanzado enormemente en los últimos años, tanto en la calidad asistencial

que prestan extraordinarios profesionales como en las instalaciones sanitarias de vanguardia que han proliferado en los últimos tiempos; pero tiene grandes retos que deberá afrontar en un futuro no muy lejano y uno de



Siempre, en primera línea

En formación, equipamiento y organización. Tres frentes en constante evolución que nos han llevado a ser un referente en el sector de asistencia sanitaria.

Como médicos, en ASISA ponemos todos los medios para mantener la Compañía en esa primera línea que corresponde a un líder y que garantiza el grado de satisfacción de nuestros asegurados.

Una señal de identidad que tiene su raíz en la preparación y en la actitud de nuestros médicos y colaboradores.

asisa

Somos médicos

901 10 10 10 | www.asisa.es

ellos es el derivado de la masiva llegada de inmigrantes y su asistencia sanitaria, con una cultura sanitaria deficiente y muy diferenciada de la nuestra; el otro reto es el envejecimiento de la población con un incremento exponencial de las personas que se encontrarán en esta situación.

Con una población cada día más informada e instruida, sabedora de derechos y obligaciones, la calidad y la responsabilidad en las prestaciones serán componentes muy importantes a tener en cuenta, tanto por las administraciones sanitarias como por los profesionales quienes, a su vez, tienen que conocer y estar asesorados.

Aprovecho estas líneas para demandar una cultura amplia para la salud desde las aulas de los colegios, que sin duda redundará en el buen comportamiento sanitario de la población y en la concienciación que los actos sanitarios nos cuestan mucho dinero y no son gratuitos.

2009, un año de leyes



Ricardo de Lorenzo y Montero, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Al margen de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y Salud Sexual y Reproductiva, entre otras importantes regulaciones, el mes de diciembre fue la fecha límite para el proceso de trasposición de la Directiva

2006/123 CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre, relativa a los servicios en el mercado interior, también conocida como Directiva Bolkenstein, o de Liberalización de Servicios, lo que supondrá la culminación de una enorme tarea legislativa, no sólo porque exigirá la revisión de más de 7.000 normas, sino también porque las relaciones con los colegios profesionales, no parecen ir por buen camino. A lo largo del año esta tarea legislativa ha cristalizado en la presentación de dos proyectos de ley, las llamadas “Ley

paraguas” (que regulariza los criterios básicos de liberalización de la Directiva) y “Ley Ómnibus” (que modifica en detalle hasta 47 textos legales, incluida la Ley de Sociedades Profesionales), si bien el Gobierno anuncia con su presentación dos propósitos de singular relevancia: que la operación no se limita a acoger en nuestro ordenamiento jurídico las exigencias del Derecho comunitario europeo, sino que se aprovecha la ocasión para acometer una reforma estructural del sector; y que en un futuro próximo se abordará un tercer pilar normativo con la Ley de Servicios Profesionales que, sin duda, puede suponer una importante reordenación del mismo.

Dos avances, dos controversias



Santiago Palacios, director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer, Madrid.

Los temas relacionados con la Ginecología han sido controvertidos y polémicos desde un punto de vista socio-sanitario durante el año 2009 en España. El primero de ellos ha estado relacionado con la vacunación contra el cáncer de cuello uterino (cérvix), con las vacunas contra varias cepas del papiloma humano. Una serie de casos clínicos (los llamados “casos de Valencia”), y otros que han aparecido posteriormente de procesos inespecíficos después de la vacunación, han sembrado dudas y han provocado cierto pánico en la prescripción de dichas vacunas por parte de los ginecólogos. Mi opinión es muy clara al respecto: son las primeras vacunas que han demostrado eficacia y seguridad y que previenen en un 70 por ciento la aparición del cáncer de cuello de útero. ¿No debería ser esto suficiente? Otro asunto es que su capacidad inmunológica haga aparecer enfermedades larvadas que tarde o temprano aparecerían.

El segundo tema, y por cierto muy discutido, es el uso o abuso de los anticonceptivos de urgencia. Si se dificulta o se ponen trabas a su uso, aumentará el número de embarazos no deseados y de abortos provocados. Si se facilita el mismo, existe un riesgo de abuso, siendo, como es lógico, mucho mejor una planificación anticonceptiva. Las dos posibilidades son perjudiciales, pero entre ambas me quedo con la segunda: facilitar su uso y disminuir el número de embarazos no deseados y abortos provocados.

Apuesta por la I+D



Humberto Arnés, director general de Farmaindustria.

Hemos dejado atrás un año, 2009, que ha tenido una trascendencia especial para la industria farmacéutica en España a raíz de un entendimiento que alcanzamos con el Gobierno español, y que hicimos público en el mes de marzo. A pesar de la fuerte crisis económica que vivimos, el sector farmacéutico decidió dar un importante paso adelante y apostó por impulsar su I+D, mantener y mejorar el empleo y dar un salto en materia de competitividad e internacionalización de nuestras compañías. Nos aproximamos, pues, a la crisis de una forma positiva e intentamos hacer de los problemas oportunidades. Casi un año después, comprobamos con satisfacción que se están instrumentalizando y materializando todos los compromisos adquiridos y que los distintos agentes involucrados en los mismos están altamente implicados. Creemos que vamos por el camino correcto y que el sector farmacéutico está contribuyendo como ninguno actualmente a consolidar en nuestra economía actividades de valor añadido, basadas en un nuevo modelo más ligado a la competitividad, la eficiencia, la innovación y el conocimiento.

Nuevas expectativas para la privada



Fernando Mesa del Castillo, presidente de la Federación Española de Clínicas Privadas.

La Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP) tiene el convencimiento de que en 2010 se abrirán nuevas expectativas u opciones para la sanidad privada en España. El año nuevo todavía será un año difícil en el que con-

viviremos con la crisis, pero también será un año de oportunidades y de mucha actividad. La FNCP ha dado algunas importantes en 2009, pero es consciente de que todavía queda mucho camino por recorrer.

Con la llegada de 2010 se abren nuevas expectativas para la sanidad privada en España y la FNCP tiene el convencimiento de que los objetivos fijados e impulsados por la Junta Directiva, empezarán a ser ya una realidad, una realidad ilusionante. 2010 será un año en el que la sanidad privada tendrá que seguir trabajando para la profesionalización de sus estructuras organizativas, sin perder el ritmo de importantes inversiones en tecnología de última generación para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Desde la FNCP se seguirán defendiendo los intereses de las asociaciones y empresas que la forman, en los más diversos temas, desde el medio ambiente, la protección de datos, la seguridad del paciente y hasta la facturación y el control de costes, pasando por la adecuación de la gestión del conocimiento y las nuevas tecnologías sanitarias de la comunicación. La FNCP estará muy presente allí donde sea necesario en relación a la defensa de los derechos de los miembros en relación con los asuntos legales y normativas según a las competencias de cada comunidad autónoma.

Será un año para incidir en la superación del debate estéril entre sanidad pública y sanidad privada, un año de-

finitivo en la búsqueda de un modelo eficiente, eficaz, de presente y de futuro. Y todo con un único fin, hacer que la calidad de la asistencia sanitaria de los españoles sea la mejor posible y la más ajustada en costes.

Es cierto que tendremos que enfrentarnos a no pocas dificultades, como la ya tradicional falta de profesionales, pero la FNCP tiene el convencimiento de que con el esfuerzo de todos y con el impulso de unos objetivos claros y realistas, daremos un paso definitivo para que 2010 sea no un año más de la crisis, sino el año de la ilusión y de las propuestas de futuro, de una sanidad mejor para todos.

La innovación necesita talento



Luis Truchado, director de EuroGalenus-Executive Search Consultants.

No recordaremos 2009 como un año en el que el empleo en el sector de las ciencias haya marcado ningún hito positivo. La crisis financiera mundial, las dificultades de España en particular y la escasez de expectativas nos llevan a mirar a 2010 pensando que lo peor ya debería haber pasado.

El recorte recién confirmado en los presupuestos para el año que viene en las partidas que afectan al I+D supone un duro golpe para aquellos que queremos conocer otro modelo productivo y económico para España. Un modelo válido para la sociedad del conocimiento del siglo XXI, basado en la formación y la innovación, y que ofrezca un marco de razonable estabilidad a nuestros empresarios y científicos. El sector de la biotecnología resulta paradigmático de esta situación, máxime cuando tenemos un flamante Ministerio de Ciencia e Innovación. Sorprende que nuestros gobernantes no sean conscientes del efecto cascada que produce en toda la sociedad el fomento de la inversión en I+D. Somos un país con una demostrada capaci-

dad creativa y una calidad científica de primera línea. Lo que nos lastra son las dificultades administrativas y los perniciosos atavismos financieros para crear empresas, además de esa imagen decimonónica que demoniza al empresario y que ha perdido sentido en la realidad de hoy. Seguimos viendo a nuestros mejores talentos emigrar o preferir la estabilidad de un empleo público al riesgo de generar valor para toda la sociedad. Y eso ya debería empezar a acabarse en 2010.

La llegada del relativismo



Felipe Chavida García, presidente de Idepro.

Copérmico con su genialidad nos ayudó a salir de nuestro pequeño círculo mental y pasar del geocentrismo al heliocentrismo, con la intención de que pudiéramos dar un salto posterior y dejar de buscar un "centro" (alrededor del que todo gire o dependa) donde no lo había. No sólo no hemos sido capaces de continuar el camino, sino que hemos acercado mucho más dicho centro, de manera interesada, y ni siquiera nos hemos quedado en el antropocentrismo, sino que directamente ya admitimos como apropiado ser egocéntricos.

En nuestra profesión lo percibimos a diario y cada vez más. El criterio de normalidad, y por lo tanto de salud, no puede ser ya lo que algunos expertos (los profesionales, los que se dedican a este campo) estimen, sino que la referencia de normalidad y de objetivo a conseguir lo pone cada uno según sus deseos, y estos deseos son siempre posibles (el cliente-paciente siempre tiene razón), la enfermedad no existe, si sucede es por algún error. La referencia es cada uno y cada uno define los criterios de salud para sí mismo.

Por otra parte, la Administración sanitaria no está dispuesta a poner ningún límite por su posible repercusión política y nos encarga que los límites los pongamos nosotros. ¿Estamos prepara-

dos para lo que se nos viene encima en los próximos años?

El compromiso de la RANM



Manuel Díaz Rubio, presidente de la Real Academia Nacional de Medicina.

Un año más *Medical Economics* nos ha dado grandes satisfacciones. Sus artículos, estudios e informaciones muy especializadas han sido de gran actualidad, además de muy apreciadas por todos los que trabajamos en el sistema sanitario. Como médico me siento identificado con una buena parte de sus contenidos, que son de gran utilidad. Deseo que *Medical Economics* siga en esta línea a la vez que alcance nuevos éxitos en el nuevo año. Desde la Real Academia Nacional de Medicina (RANM), entidad que tengo el honor de presidir desde noviembre de 2008, celebramos así mismo el eco que nuestras actividades han tenido en la páginas de la revista. La RANM es una institución comprometida con cuantos sienten la medicina como ciencia y su desarrollo en la sociedad, interrelacionándose no sólo con médicos, sino también con farmacéuticos, veterinarios, biólogos, físicos e ingenieros, para fomentar el desarrollo de la propia medicina, y por ello seguirá manteniendo su firme compromiso de servicio para mejorar la realidad médica y sociosanitaria de nuestro país.

Nuevos horizontes en el sector



Carlos Lens, consejero técnico. Dirección General de Farmacia.

Nuevos horizontes legislativos han marcado el año 2009 en lo que al sector farmacéutico se refiere. Por un lado, el Tribunal de las Comunidades Europeas ha dado un respiro al

modelo de Oficina de Farmacia vigente en España y en otros países mediterráneos. Por otro, el día 9 de enero arrancó en Bruselas el debate en el seno del Consejo de la Unión Europea del denominado paquete farmacéutico, que engloba una comunicación y tres iniciativas legislativas para modificar el marco regulatorio de los medicamentos en la Unión Europea. En cuanto a la consolidación de China e India como centros de producción de ingredientes activos y medicamentos, durante este año el proceso ha mantenido su velocidad de cruce.

El paquete farmacéutico ha sido objeto de intenso debate y a finales de año se estaba próximo a disponer de los dictámenes del Parlamento en primera lectura. Existe consenso general entre instituciones para alcanzar acuerdos sobre las iniciativas sobre farmacovigilancia y lucha contra los medicamentos falsificados, pero no así sobre la información de medicamentos de prescripción al gran público.

En suma, un año intenso —como siempre en el sector farmacéutico— muy orientado a la letra de ley.

Donación y trasplantes en alza



Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes.

Ha sido un año intenso para la donación y el trasplante en España y para su organismo coordinador: la ONT. Se dio luz verde a la realización de tres trasplantes de cara de los que ya se hizo uno en Valencia, octavo del mundo y primero en incluir mandíbula y lengua, con magnífica evolución. También inauguramos el programa de donación renal cruzada, con dos trasplantes en Granada y Barcelona que abren unas espléndidas perspectivas en la donación de vivo, una de las pocas asignaturas que nos quedaban por apro-

bar y que en 2009 experimentó un crecimiento espectacular. Aún sin cerrar datos, es probable que 2009 alcance máximos históricos en donación y trasplante en España. Pese a la costumbre de batir récords, seguir aumentando los donantes en presencia de un descenso en picado de las accidentes de tráfico es tanto como conseguir la cuadratura del círculo y muestra la gran solidez de nuestro sistema.

Por fin, 2009 acabó con un nuevo estatuto de la ONT, con mayores competencias en investigación, terapia celular, registros y en suma todo lo necesario para que sigamos siendo durante muchos años la mejor organización de trasplantes del mundo.

Prioridad para la EPOC



José Luis Álvarez-Sala Walther, jefe del Servicio de Neumología. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso de enorme trascendencia por su frecuencia, su morbimortalidad y su repercusión socio-sanitaria, cuyo origen se relaciona directamente con el consumo de tabaco.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2007 padecían esta enfermedad unos 210 millones de personas y que anualmente mueren por esta causa unos tres millones de individuos, lo que en 2005 supuso un 5 por ciento de las causas de fallecimientos. Es más, se prevé que en 2020 la EPOC pase a ocupar el tercer lugar, desde el quinto actual, entre los motivos de muerte en el mundo.

En España la prevalencia de la enfermedad se cifra, según datos de hace poco más de un año, en un 10 por ciento de la población general de edad superior a los 45 años. En este porcentaje están incluidos mu-

chos enfermos, alrededor de un 80 por ciento del millón y medio que se calcula que existe en nuestro país, que aún no han sido diagnosticados. Además, los costes sanitarios, laborales y sociales que ocasiona la EPOC cada año equivalen, según ha señalado recientemente el Ministerio de Sanidad y Política Social, a un 0,2 por ciento del producto interior bruto (alrededor de unos 2.000 euros anuales por enfermo). Y estos costes no han cesado de aumentar en los últimos años como consecuencia del envejecimiento de la población, del incremento de la prevalencia de la enfermedad –conviene recordar que aún fuma un 26 por ciento de los españoles con más de 15 años de edad–, del mayor gasto sanitario atribuible a las nuevas modalidades terapéuticas y de las importantes cargas sociales. No hay duda de que estas razones, entre otras posibles, convierten a la EPOC en un auténtico problema de salud pública.

Por ello, ha sido un gran noticia, tanto para los enfermos, sus familiares y cuidadores como para los profesionales sanitarios y la población española en general, que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobara el 3 de junio de 2009 la llamada Estrategia Nacional en EPOC del Sistema Nacional de la Salud, cuyos contenidos se presentaron oficialmente en Madrid, en la sede del Ministerio de Sanidad y Política Social, en octubre del pasado año. Esta estrategia pretende abordar la enfermedad de forma integral y equitativa, con la intención de mejorar la calidad de la atención recibida por los pacientes en nuestro país. Sus objetivos se basan en las siguientes seis líneas maestras: a) Prevención y detección precoz; b) Atención al paciente crónico; c) Actuación sobre las agudizaciones; d) Cuidados paliativos; e) Formación de profesionales; y f) Investigación. La puesta en marcha en 2010 de la Estrategia nacional en EPOC del Sistema Nacional de Salud, en cuya elaboración ha participado muy activa y directamente la Sociedad Española de Neu-

mología y Cirugía Torácica (SE- PAR), abre nuevas perspectivas en el estudio de esta enfermedad, proporciona mejores herramientas de trabajo a los profesionales sanitarios y ofrece esperanzadores horizontes a los enfermos y a sus familias. Ojalá se cumplan este año estas tres expectativas.

Los caballos de batalla de la Sanidad



Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo HM Hospitales.

El año 2009 ha sido un año fácil para nadie. Tampoco para la sanidad, a la que, como a otros sectores, también ha afectado la crisis económica internacional. El imparable crecimiento del gasto sanitario, unido a la aparición de imprevistos como la gripe A, que ha supuesto un desembolso importante, y las consecuencias de la misma como el absentismo laboral que ha generado; la elevada inversión que implica la adquisición de la tecnología sanitaria y las dificultades para obtener recursos para avanzar en la investigación médica; han sido sólo algunos de los “caballos de batalla” a los que se ha enfrentado la sanidad española en el año que acaba de concluir.

Para la sanidad privada, 2009 ha sido, si cabe, aún más difícil, dada la competitividad existente con una sanidad pública que cada día ofrece mejores condiciones a sus usuarios, los mayores esfuerzos que suponen las citadas inversiones por las dificultades en encontrar la financiación y la falta de apoyo y las dificultades a las que, en ocasiones, se ve sometida por parte de las autoridades sanitarias.

A pesar de ello, los pacientes han podido seguir accediendo a los servicios sanitarios en igualdad de condiciones que antes, se ha gestionado

la oferta asistencial y se ha seguido avanzando en la investigación médica. Desde la sanidad privada, además, hemos hecho grandes esfuerzos por aumentar nuestra visibilidad, y creemos que en el año 2010 seguiremos avanzando en este recorrido, que es sin duda el mayor reto al que se enfrenta el sector; hacer valer su sitio en la sociedad.

Gestión continuista



Álvaro Hidalgo, director del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Desde mi punto de vista la Sanidad española durante el año 2009 ha tenido un comportamiento continuista y con pocas novedades en cuanto a la gestión sanitaria. El elemento más significativo que se puede apuntar a lo largo de 2009, es que los aspectos sanitarios han relegado con mucho a los temas de política social. De hecho, pienso que el nombramiento de la nueva ministra en abril de 2009 obedecía a un claro objetivo de impulsar los temas de protección social desde el Ministerio, de hecho el cambio de denominación era una buena prueba de ello. Sin embargo, los factores externos han obligado a priorizar en otras direcciones. Así la pandemia de la gripe A, junto a la crisis económica han supuesto que se ralentizase la aplicación de la Ley de Dependencia y que aflorasen los problemas tradicionales de nuestro sistema sanitario. Sin embargo, hay que recordar que el año 2009 se abordó por todo el sistema con unos presupuestos elaborados en 2008, donde todavía no se reconocía la magnitud de la crisis económica. Por ello será en 2010, donde nuestro Sistema Nacional de Salud deba afrontar un verdadero ajuste y donde será necesario realizar algún tipo de innovación en la gestión sanitaria. ■

Gestión en Atención Primaria

Comunidades virtuales: ¿un nuevo nivel asistencial?



Laurentino Martí*

» Las comunidades virtuales de salud son un fenómeno emergente que se basan en el potencial de interacción y participación de las redes sociales y pueden convertirse en estructura de organización de los pacientes informados y activos.

» Los términos Salud 2.0 o Medicina 2.0 forman parte de la familia *e-salud* y se centran en los desarrollos basados en el internet social y su capacidad de introducir innovaciones en la práctica asistencial.

Entre los elementos que definen la calidad de un sistema sanitario según el Institute of Medicine se encuentra la denominada centralidad del paciente, entendida como el respeto y la orientación del proceso a las necesidades y valores individuales del paciente. Desde la perspectiva de la Atención Primaria, la centralidad del paciente debe entenderse como aquel diseño que permite una alta accesibilidad, la implicación del paciente en el proceso asistencial, la existencia de sistemas de información clínica que faciliten el aprendizaje y la mejora, la coordinación asistencial, los equipos asistenciales integrados e integrales, la recepción de la opinión de los pacientes y la disponibilidad de información pública para la elección de profesional o centro sanitario. La centralidad del paciente es un elemento común en los retos de los sistemas sanitarios para la próxima década en dos grandes ámbitos. De un lado, el diseño y reorganización de los sistemas sanitarios orientados a atender las necesidades de los pacientes en lo que podríamos denominar una atención integrada (más allá de la coordinación de niveles asistenciales) e integral (atención multidisciplinar). Del otro, el rol que el paciente debe adoptar para mejorar la efectividad del sistema en su conjunto. Este nuevo rol significa un paciente informado, activo, consciente de la importancia de las actividades preventivas y de promoción de la salud, de su papel como prosumidor o productor de salud mediante el autocuidado o la participación comunitaria. En la reforma por antonomasia, la que se retransmite en directo hasta por *twitter*, el concepto de *patient centered medical home* (PCMH) ha resurgido como nuevo estandarte de la Atención Pri-

maria estadounidense. El PCMH promete aportar a la reforma sanitaria en su apartado de reorganización asistencial las cualidades clásicas de la Atención Primaria (puerta de entrada, continuidad, accesibilidad y longitudinalidad) con las más recientes innovaciones basadas en el campo de los sistemas de información y de la gestión.

La estructura organizativa para el papel activo del paciente debería contar con al menos las siguientes características: acceso a la propia información sanitaria (historia clínica), garantía de confidencialidad, posibilidad de compartir con profesionales, familiares, cuidadores u otros pacientes la información clínica, comunicación en lenguaje inteligible para el paciente (*health literacy*), posibilidad de interactuar con pacientes con las mismas condiciones (redes sociales) y con profesionales sanitarios.

Los términos Salud 2.0 o Medicina 2.0 forman parte de la familia *e-salud* y se centran en los desarrollos basados en el Internet social y su capacidad de introducir innovaciones en la práctica asistencial. El fenómeno Salud 2.0 facilita la emancipación de la asimetría informativa, el fenómeno de agencia y los oligopolios de servicio. Se basa en la alteración de los factores tiempo y espacio, el poder de las redes, la reutilización de contenidos y la confianza intrínseca en el acto de compartir.

Las comunidades virtuales de salud son un fenómeno emergente que se basan en el potencial de interacción y participación de las redes sociales y pueden convertirse en estructura de organización de los pacientes informados y activos. Los principales objetivos de las comunidades virtuales de salud son los de intercambiar información, el apoyo mutuo y el compartir experiencias y sus temáticas do-



minantes son el embarazo, el parto y el cuidado de los niños, trastornos psicológicos, enfermedades musculoesqueléticas, trastornos de nutrición y otros temas de medicina familiar y comunitaria. Al estar basadas en plataformas virtuales, su alcance es ilimitado geográficamente y permite conectar pacientes de localidades remotas que comparten un mal común.

Tipos de comunidades

De comunidades virtuales de salud podríamos diferenciar tres tipos: las de hábitos saludables, las de enfermedades crónicas y las de enfermedades raras. Patientslikeme sería un ejemplo del tercer tipo que se inició para conectar pacientes con ELA y que se ha extendido a enfermedades más prevalentes. Su objetivo es facilitar el control de la enfermedad mediante monitores y poder compartir su evolución con otros pacientes aquejados de los mismos males para así fomentar el aprendizaje entre pares. Con objetivos muy similares se puede destacar como ejemplo del segundo tipo de comunidades virtuales, las dedicadas a enfermedades crónicas, a CureTogether cuya orientación es la de animar a los pacientes a hacerse responsables de su salud. En nuestro entorno encontraríamos las comunidades creadas alrededor del Forumclínic: diabetes, EPOC, cardiopatía isquémica, etc. Finalmente, del primer grupo, existen infinidad de iniciativas en forma de portales de salud incluso de origen público como es el caso de NHS Choices y particularmente de su apartado NHS Talk, que ha iniciado el uso de las redes sociales como mecanismo de comunicación aunque se encuentra en una fase muy embrionaria. Elemento común a todas estas comunidades es el uso intensivo que hacen de materiales de educación sanitaria en formato vídeo o multimedia. Tanto las comunidades de promoción de la salud como las orientadas a pacientes crónicos tienen un potencial impacto nada desdeñable desde el punto de vista sanitario. Los límites de las comunidades virtuales de salud se encuentran en el ámbito de la confianza y la presión asis-

tencial. La calidad de la información que por ellas circula puede ser deficitaria y aquí es donde es primordial el papel del moderador de la comunidad o el de los profesionales sanitarios implicados en ella. Iniciativas en otros ámbitos han superado este problema mediante la colaboración de la comunidad y la autocensura (por ejemplo wikipedia). La participación de profesionales sanitarios en las comunidades como parte de su práctica asistencial puede llevar aparejada un incremento de la presión asistencial al hacer más fácil el acceso al profesional sanitario. El reto sería intentar optimizar el factor substitutivo de las redes y comprender que la práctica asistencial está determinada a cambiar por la irrupción de estas nuevas tecnologías multiplicando los contactos a expensas de los encuentros cara a cara.

¿Cuál debe ser el posicionamiento de la Atención Primaria, y por extensión del sistema sanitario, en las comunidades virtuales de salud de y para pacientes ya es una realidad. Sus características y estructura permiten la generación de salud por la vía de la prevención, promoción y educación sanitaria, funciones propias de la Atención Primaria de salud y pilares básicos de un sistema sanitario eficiente. Frente a este fenómeno las organizaciones y administraciones sanitarias pueden adoptar cinco actitudes: ignorar, contemplar, participar, promover o dirigir.

La posibilidad que las comunidades virtuales de salud se conviertan en la estructura organizativa de las asociaciones de pacientes o ciudadanos interesados por la salud, o bien que se conviertan en estructura de salud comunitaria arroja un sinfín de oportunidades para los gestores de servicios de salud y profesionales sanitarios para poder activar estas comunidades como complemento a la actividad presencial. Las comunidades virtuales de salud podrían acabar convirtiéndose en un nuevo nivel asistencial basado en la información y la participación sanitaria e integrado con el resto de niveles como parte de un nuevo rediseño organizativo. ■

Sección patrocinada por:

 **Almirall**
Soluciones pensando en ti

Economía de la Salud

en el Área de Dolor (I)

Un punto de vista económico sobre el dolor



Álvaro Hidalgo*

» Los nexos de unión entre el dolor y la economía de salud son abundantes y muy significativos, además de afectar a muchos pacientes y tener claras implicaciones económicas, especialmente en la cuantificación de los costes.

» Una vez sepamos a cuántas personas afecta el dolor en España y cuáles son sus causas principales pasaremos a describir en el siguiente artículo los aspectos socioeconómicos del dolor.

A lo largo del año 2010 vamos a desarrollar la sección de Economía de la Salud aplicándola al área del dolor gracias al patrocinio de la compañía Grünenthal Pharma. Al igual que la sección del año pasado centrada en el ámbito respiratorio, pretendemos que esta sección se convierta en una ventana al cada vez más importante mundo de la economía aplicada a la sanidad para todos los lectores de *Medical Economics*.

Hemos concebido este espacio como un lugar donde diferentes expertos en economía de la salud vayan desgranando los puntos esenciales para comprender qué es y cómo influye la economía de la salud en todos los aspectos relacionados con el dolor producido o generado por las enfermedades. Nuestra intención es que esta sección sea dinámica y que se pueda nutrir de las sugerencias o comentarios que nos pueden hacer llegar los lectores a través de sus opiniones y sugerencias.

A lo largo de la sección vamos a describir los aspectos claves que interrelacionan el dolor provocado por las enfermedades y la economía de la salud. Abordaremos la prevalencia que tiene el dolor en la población española, siendo éste el punto de partida para comprender la magnitud de un problema de salud con unas consecuencias sobre los pacientes y la sociedad muy importantes. Por ello, una vez sepamos a cuántas personas afecta el dolor en España y cuáles son sus causas principales pasaremos a describir en el siguiente artículo los aspectos socioeconómicos del dolor. De esta forma podemos cuantificar los efectos sociales y económicos que el dolor conlleva.

Estos dos artículos generales, servirán para centrar el problema e identificar claramente los nexos entre economía de la salud y el dolor. Posteriormente, nos centraremos en cómo afecta el dolor a la calidad de vida de los pacientes. Así, en el tercer artículo se describirán las diferentes medidas o escalas

para cuantificar el dolor, para después en el cuarto describir las consecuencias que tiene el dolor sobre la calidad de vida de los pacientes. De esta forma, se describirán los efectos negativos sobre calidad de vida y dolor, identificando a los grupos poblacionales más afectados por el dolor, ya que un aspecto muy a tener en cuenta es que el dolor afecta especialmente a determinados grupos poblacionales, siendo necesario un abordaje específico y personalizado del mismo.

Los artículos siguientes versarán sobre los efectos económicos que el dolor tiene sobre el sistema sanitario y la sociedad. Así, describiremos los costes directos sanitarios y los costes no sanitarios asociados al dolor. En este sentido, hay que recordar que existen tres tipos de costes: directos, indirectos e intangibles.

Los costes directos se dividen a su vez en dos clases: costes directos sanitarios y costes directos no sanitarios. En general, los costes directos son aquellos que origina el empleo de una determinada tecnología para tratar un problema de salud, en este caso el dolor. Así, los costes directos sanitarios comprenderían los salarios monetarios del personal sanitario, el gasto en infraestructuras sanitarias, la inversión en tecnología médica, los medicamentos, etc. Mientras que los costes directos no sanitarios recogen los gastos que origina el tratamiento específico del dolor fuera del sistema sanitario, tales como el tiempo de espera de los pacientes, el coste del desplazamiento al centro de salud o el hospital, etc.

El segundo tipo de costes son los indirectos y corresponden a una evaluación del tiempo, no sólo de los pacientes, sino de sus familiares y del personal sanitario, desde el momento que deben abandonar otras alternativas del mercado de trabajo para dedicarse exclusivamente a una alternativa sanitaria concreta. Englobarían tres grupos de costes indirectos: los primeros, recogerían la reducción de la productividad remunerada debida

al padecimiento de dolor por parte del individuo; los segundos, la disminución de la productividad no remunerada debida a padecer dolor; y los terceros, los costes indirectos generados por la familia y/o cuidadores informales del enfermo, debidos a la ayuda o compañía en el domicilio o centros asistenciales.

Por último, los costes de intangibles corresponden a la evaluación específica del sufrimiento o dolor, por lo que es altamente complicado su monetarización. En todo caso, las dificultades inherentes a su valoración no deben provocar su exclusión del análisis, puesto que su existencia o no puede ser un elemento importante en la toma de decisiones sanitarias.

Hay que señalar que la mayoría de los trabajos de evaluación económica de tecnologías sanitarias se suelen incluir únicamente los costes directos sanitarios, dejando al margen los costes directos no sanitarios, los indirectos y los intangibles. La cuantificación de esta clase de costes no es sencilla, pero su importancia en la evaluación es a veces decisiva, especialmente en el área del dolor. Por ello, el último artículo de este bloque versará sobre la disponibilidad a pagar (DAP) que presentan los pacientes por evitar el dolor. La valoración contingente consiste en conocer cómo valora el agente un cambio en su propio estado de salud mediante lo que se conoce como disponibili-

dad a pagar (DAP). Es decir, en este enfoque se le pregunta al individuo a cuánta renta estaría dispuesto a renunciar a cambio de una mejora en el sufrimiento que padece o en el dolor. Esta técnica está experimentando un fuerte auge en los últimos tiempos, a pesar de existir problemas de consistencia a la hora de la utilización de cuestionarios que permitan medir la DAP.

El último bloque de artículos se focalizarán en determinadas dolencias y enfermedades que son las causantes de un mayor dolor a la población española. Así, se abordará la evaluación económica en el dolor lumbar crónico y la evaluación económica en el dolor oncológico.

Como puede apreciarse, los nexos de unión entre el dolor y la economía de salud son abundantes y muy significativos, además de afectar a muchos pacientes y tener claras implicaciones económicas, especialmente en la cuantificación de los costes. Valga como anticipo el incremento que han experimentado las publicaciones sobre la evaluación económica del dolor que han pasado de 10 en 1990-1999 a más de 90 entre los años 2000- 2009. Este hecho pone de manifiesto la importancia que el dolor tiene desde el punto de vista económico y la pertinencia de la presente sección que inauguramos en este número y que pretendemos resulte del interés de nuestros lectores. ■

Sección patrocinada por:



**Grünenthal
Pharma, S.A.**

Para saber más:

Fundación Grünenthal: www.grunenthal.es

Asociación de Economía de la Salud: www.aes.es

Organisation for Economic Co-operation and Development:
www.oecd.org/health

Centre for Health Economics on line University of York.
<http://www.york.ac.uk/inst/che/index.htm>

Economía de la salud. Hidalgo, A. Indalecio, C. y del Llano, J. Ediciones Pirámide. Madrid 2000.

Creemos en otra forma
de hacer medicina

En el Instituto Roche creemos en soluciones diferentes para personas diferentes. En una atención centrada en el individuo y no en la enfermedad. Creemos en la **Medicina Individualizada**.

En el Instituto Roche **innovamos para tu salud**.

**Instituto Roche**
para las Soluciones Integrales de Salud

Medical Economics®

www.medeco.es.com

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



PREMIOS
2010

Así son los galardonados

El Centro Integral Oncológico Clara Campal/Hospital Madrid Norte Sanchinarro, el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona), el Hospital Infanta Leonor (Madrid), Sanitas, Celgene, la campaña "Cada dolor tiene su historia, EVALúalo" de la Plataforma Sin Dolor de la Fundación Grünenthal, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), Roche Farma, el Grupo Hospital de Madrid, la Consejería de Sanidad de Castilla y León y Ernest Lluch in memoriam han sido los galardonados en esta edición.

Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC) / Hospital Madrid Norte Sanchinarro

Premio Hospital Mejor Innovación en Medicina Privada

Un nuevo concepto de asistencia oncológica

El Centro Integral Oncológico Clara Campal aporta seguridad, tranquilidad y confianza al enfermo, por disponer de los últimos avances tecnológicos y científicos, garantizados por los recursos humanos y tecnológicos de todo el Grupo HM.

El cáncer se ha convertido en un objetivo prioritario sanitario y científico, lo que ha generado un cambio en la demanda asistencial y en la organización de la oferta sanitaria: ya no es posible centrar la asistencia en una consulta aislada y unidisciplinar, sino que el esquema de trabajo debe ser protocolizado y abierto a una actualización continua que se origina en fuentes tan distintas como la investigación básica y la clínica, la tecnología y las distintas especialidades médicas. Esto sólo puede realizarse en un centro integral en el que los profesionales se dediquen al proyecto en exclusiva y el paciente reciba un cuidado inmediato, multidisciplinar e individualizado. Desde esta filosofía, el Grupo Hospital de Madrid (HM) creó en 2007 el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), el primero de España anexo a un hospital, el Hospital Universitario Madrid Sanchinarro.

El paciente encuentra unos claros beneficios en este nuevo concepto de la asistencia oncológica que representa el CIOCC, en el que se abordan todo tipo de tumores. El primero es la rapidez en el diagnóstico y trata-

miento de su enfermedad, ya que la integración de todas las especialidades en los programas y el apoyo de un hospital general médico-quirúrgico evitan visitas innecesarias a diferentes especialistas, así como la incomodidad de realizarse distintas pruebas diagnósticas o seguir los tratamientos en diferentes centros. Asimismo, ofrece comodidad al evitar al paciente desplazamientos de un centro a otro y poner a su disposición unas instalaciones diseñadas específicamente para su patología. En tercer lugar, este nuevo concepto de asistencia oncológica aporta seguridad, tranquilidad y confianza al enfermo, por disponer de los últimos avances tecnológicos y científicos.

Dotado con la última tecnología en diagnóstico por imagen —escáner de 64 cortes, resonancia magnética de 3T, resonancia magnética abierta de alto campo, PET-TAC, medicina nuclear y mamografía con mesa prona—, el CIOCC cuenta también con una Unidad de Consejo Genético y con las técnicas más avanzadas de radiología: tres aceleradores lineales —uno de ellos, pionero en España, permite hacer radiocirugía intra y extracraneal—, un quirófano inteligente y braquiterapia.

El CIOCC cuenta con un área dedicada a investigación, en la que destaca el proyecto de xenoinjertos, vinculado a la medicina traslacional, y que permite un abordaje diferencial único y personalizado de cada tumor. Junto a ésta, las otras dos áreas en las que existen más expectativas respecto a la investigación contra el cáncer son la aplicación de métodos de patología molecular, que posibilitan abordar el complejo mundo del farmacodiagnóstico de una forma eficaz, y la creación de la Unidad Fase I CIOCC-START (referente europeo para ensayos clínicos oncológicos en Fase I), para acercar fármacos nuevos a los pacientes con cáncer. ■



En el CIOCC el paciente recibe un cuidado inmediato, multidisciplinar e individualizado.

Más de

22

años de **INNOVACIÓN**
en cáncer



*Con el compromiso de
mejorar la vida de los pacientes*

www.celgene.es

Hospital Vall d'Hebron

Hospital Público con Mejor Gestión

Líder en docencia e investigación

El modelo de gestión del Hospital Vall d'Hebron sitúa al paciente como centro de todas sus actuaciones y tiene en la docencia y la investigación, dos de sus ejes principales.

Hace ya más de cinco años que el actual equipo directivo del Hospital Universitario Vall d'Hebron, de Barcelona, adscrito al Instituto Catalán de la Salud (ICS), se planteó desarrollar un modelo de gestión que tuviera en cuenta el nivel terciario y universitario del hospital. Un modelo que sitúa al paciente como centro de todas sus actuaciones y que tiene en la docencia y la investigación, dos de sus ejes principales. En este sentido, este centro acrecienta cada año su posición de hospital líder en formación especializada en Cataluña y en el Estado español, con más de 500 especialistas MIR en formación, y ha sido acreditado en 2009 como Instituto de Investigación Sanitaria por el Instituto de Salud Carlos III.

Vall d'Hebron fue el primer hospital en implantar el SAP económico-financiero en 2008, y el año pasado incorporó el SAP-ARGOS, que permite a los profesionales acceder de forma inmediata y segura al historial de cada paciente, disponer de todas las pruebas diagnósticas en formato digital y tener la información clínica en una única plataforma de trabajo. En el ámbito de las tecnologías sanitarias, se ha

ido incorporando la robótica. Son los casos del robot Da Vinci para intervenciones de cirugía general pediátrica, ginecología y urología, y el robot Sensei, para el tratamiento de determinadas arritmias cardíacas, con máximo confort para los pacientes, siendo en este último caso el primer hospital del país en disponer de esta tecnología. Igualmente, en 2009 se inauguró el centro

WIDER-Barcelona, de endoscopia digestiva y cirugía a través de orificios naturales (tecnología NOTES) en el marco del Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital, con

financiación mixta del ICS y la Fundación La Caixa.

El hospital afronta retos importantes desde el punto de vista de la gestión, como son la plena implantación del SAP-ARGOS asistencial en bloques quirúrgicos, y el sistema GACELA-CARE de gestión de enfermería, la conclusión del Plan Director de Infraestructuras 2005-2010, la inauguración de un nuevo edificio modular de investigación básica, ampliación del que alberga el actual Instituto de Investigación, la habilitación de espacios para el Biobanco y para la Unidad de Ensayos Clínicos, adscrita al consorcio CALBER, la conclusión de la Unidad de Diagnóstico Molecular Oncológico, y la construcción del Centro de Esclerosis Múltiple de Cataluña (CEM-Cat), realizado en colaboración con la Fundación de Esclerosis Múltiple (FEM) y del Instituto Vall d'Hebron de Oncología (VHIO), con financiación privada. Finalmente, dos grandes proyectos en estudio para los próximos años son el Parque de Investigación Biomédica Vall d'Hebron, junto a los *partners* del actual Instituto y el proyecto de nuevo Hospital Vall d'Hebron 2020, todavía en fase de planificación funcional. ■



Vista aérea del Hospital Vall d'Hebron.

INCOSOL

Hotel - Medical SPA & Resort *****



CINCO ESTRELLAS PENSADAS PARA SU BIENESTAR

INCOSOL Hotel Medical Spa & Resort es el destino preferido desde hace más de 36 años por Príncipes, Presidentes, Embajadores, Empresarios, Aristócratas, Escritores, Artistas, Actores, Modelos y Cantantes para relajarse en MARBELLA, en un Resort Único, donde los servicios de lujo del Hotel se unen a los placeres del SPA Terapéutico y a los avanzados tratamientos de su Centro Médico.



Aquí le mimamos como en ninguna parte. Con cuidados personalizados para rejuvenecer el cuerpo, mejorar el aspecto o simplemente para descansar. Pero, sobre todas las cosas, para que disfrute de una vida mejor.

El **CENTRO MÉDICO** de Incosol combina la medicina preventiva y los últimos adelantos tecnológicos con el máximo rigor médico. Somos un referente nacional e internacional, y basamos nuestro éxito en cuatro áreas fundamentales de tratamiento: Adelgazamiento, Medicina Preventiva, Medicina Estética Avanzada y Quiropraxia Médica.

22 médicos de talla internacional junto a más de 100 profesionales de la salud al servicio de su bienestar.

El área **WELLNESS-SPA** le permite alimentar el ejercicio con el más placentero de los descansos. Belleza, bienestar, salud, deporte y las mejores cuidados de manos de expertos profesionales. Las diferentes terapias de masaje son nuestra especialidad, con más de 30 profesionales de fama reconocida y una experiencia de más de 30.000 masajes anuales.

El **HOTEL** dispone de 192 lujosas habitaciones y suites con vistas al mar, seis piscinas, cinco de ellas climatizadas, un circuito SPA, un gimnasio con monitores, jardines subtropicales de inspiración hispano-árabe, y el Restaurante La Esencia, que fusiona la alta gastronomía mediterránea y la cocina de autor, creado para los paladares más exquisitos.

HOTEL INCOSOL MEDICAL SPA & RESORT

Urb. Golf Río Real, C/ Incosol, s/n - 29600 Marbella (Málaga) España
T. (+34) 952 86 09 09 - F. (+34) 952 82 30 53 - comercial@incosol.com
www.incosol.com


INCOSOL
Hotel - Medical SPA & Resort

Hospital Infanta Leonor

Premio Hospital Público con Mejor Gestión Mixta

Nuevos retos en la gestión de pacientes

Uno de los principales retos del Hospital Infanta Leonor desde sus inicios ha sido trabajar a favor de la coordinación entre la Atención Primaria y la especializada para garantizar la continuidad en el tratamiento diagnóstico y terapéutico del paciente.

El Hospital Infanta Leonor es un centro público de la red sanitaria de la Comunidad de Madrid que atiende a una población de 325.000 habitantes de los distritos de Villa de Vallecas y Puente de Vallecas, ambos en la capital. Dotado con 264 camas y 11 quirófanos, su apertura, el 29 de febrero de 2008, marca un antes y un después en la dotación sanitaria de Madrid al ser el primer hospital público abierto en la capital española en 31 años. Actualmente, pertenece al Área Sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid. Tiene asignados 13 centros de salud y trabaja en estrecha coordinación con el Hospital Virgen de la Torre, un centro público de media estancia, también situado en Vallecas, que le da apoyo médico y con el que comparte la gerencia.

Los objetivos y actuaciones del Hospital Infanta Leonor se enmarcan dentro de seis grandes líneas estratégicas: mejora en la atención sanitaria del ciudadano satisfaciendo sus necesidades de salud y expectativas de servicio, gestión de la mejora continua y mejora en los procesos asistenciales, satisfacción y mejora global del sistema sanitario, satisfacción de las personas de la organización, mejora en la gestión (de la organización y de los recursos) y

equilibrio financiero e innovación y desarrollo. Superados los dos primeros años de funcionamiento, con una elevada demanda asistencial y los obstáculos propios de la puesta en marcha de un hospital, el Infanta Leonor se configura ya como un moderno centro asistencial dotado de las últimas tecnologías (historia clínica electrónica, dispensación automatizada de fármacos, ect.) y con unos relevantes parámetros de gestión para una institución tan reciente, como avala el Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD), con cifras muy por encima del estándar y mejor productividad.

En este sentido, el hospital ha desarrollado un entorno asistencial con premisas claramente diferenciadas, como nuevos retos en la gestión de pacientes y una enorme capacidad resolutoria, todo ello en un marco de calidad, innovación y eficiencia de los recursos económicos y humanos. Una flexibilidad organizativa favorecida por el hecho de que en este hospital la gestión sanitaria es pública, mientras que los servicios no clínicos están adjudicados a una sociedad concesionaria.

Uno de los principales retos del Hospital Infanta Leonor desde sus inicios ha sido trabajar a favor de la coordinación entre la Atención Primaria y la especializada para garantizar la continuidad en el tratamiento diagnóstico y terapéutico del paciente. Esta línea de trabajo ha permitido establecer un cauce periódico de relación entre ambos niveles asistenciales y avanzar en la elaboración de protocolos consensuados por especialidades.

Destaca asimismo la importante actividad docente que desarrolla desde sus inicios, su clara apuesta por la gestión de la calidad, la innovación y, en general, por la generación y difusión de conocimiento. En este sentido, cabe destacar los más de 60 artículos publicados en revistas científicas durante 2009 y el proyecto de investigación FIS liderado a nivel nacional sobre la alergia producida por fármacos analgésicos y antiinflamatorios (AINES). ■



Hospital Infanta Leonor

Comunidad de Madrid



El hospital fue inaugurado en febrero de 2008.

medical finders

“de médico a médico”



Primera consultora española especializada
en búsqueda y selección de médicos
altamente cualificados

¿Está dispuesto a mejorar?

www.medicalfinders.es

Sanitas

Premio Mejor Aseguradora de Servicios Sanitarios

Expertos en salud integral

La compañía cerró el año 2009 con más de 2 millones de clientes, gracias a una estrategia centrada sus necesidades, que pasan por la renovación de productos ya existentes.

A pesar del difícil año por el que ha pasado la economía española, a lo que no ha sido ajeno el sector de los seguros de salud, Sanitas ha conseguido que su nivel de ingresos y beneficios siga creciendo. La compañía ha cerrado el año con más de 2 millones de clientes, gracias a una estrategia centrada en las necesidades del cliente, que pasa por la renovación de productos ya existentes —como Sanitas Propymes y Sanitas Proautónomos, con descuentos de hasta el 40 por ciento— y el lanzamiento de nuevos servicios.

Uno de los lanzamientos más destacados el pasado año fue la cobertura de desempleo. Con ella, Sanitas cubría gratuitamente la prima mensual del seguro de asistencia sanitaria (incluido el suplemento dental si lo tuvieran contratado) de todos los integrantes de la póliza, cuando el titular actual del seguro entre en situación de desempleo o incapacidad temporal. La posibilidad de acogerse a esta cobertura se ha

ampliado seis meses más, hasta finales de junio de 2010.

La compañía también puso en marcha Sanitas Responde, un servicio para ayudar a los pacientes crónicos a gestionar más eficientemente su enfermedad y mejorar su calidad de vida. Con este servicio, que en esta primera fase se ofrece a los clientes de Madrid, prevé en 2010 dar servicio a cerca de 300.000 clientes en toda España.

Con la intención de situarse como un grupo experto en salud integral, el año pasado Sanitas lanzó Sanitas Wellbeing, un producto con el que la compañía ofrece, tanto a clientes como a no clientes, los más avanzados tratamientos preventivos, terapias alternativas y soluciones estéticas y de salud. Con él, Sanitas pretende que tratamientos considerados hasta ahora de lujo pasen a formar parte de nuestros hábitos cotidianos de cuidado en salud y belleza.

Con el objetivo de ofrecer una atención global y más adecuada a las necesidades de sus clientes, la compañía presentó Sanitas Welcome, una avanzada plataforma multicanal encargada de gestionar el servicio de atención al cliente (que gestiona una media de 5 millones de llamadas y 40.000 correos electrónicos al año), con 300 agentes propios y atención las 24 horas.

El año 2009 también fue un año muy importante para la compañía porque se ha llevado a cabo la inauguración del Hospital de Manises (Valencia), la primera incursión exitosa de la compañía en la colaboración con la sanidad pública.

Además, ha concluido el proyecto de ampliación, mejora y modernización de las instalaciones, los servicios y el equipamiento tecnológico del Hospital Sanitas La Zarzuela (Madrid). ■



El servicio Sanitas Welcome gestiona una media de 5 millones de llamadas al año.

EL ÉXITO NO SE IMPROVISA



PORQUE LA ORGANIZACIÓN DE UN CONGRESO ES UN
CONJUNTO DE ACTIVIDADES PARA EL QUE
SE PRECISAN EXPERTOS EN ÁREAS COMPLEMENTARIAS
DE CARA A CONSEGUIR EL ÉXITO GLOBAL.

EL GRUPO DRUG FARMA OFRECE UN PLUS ADICIONAL RESPECTO
A LOS ORGANIZADORES CONVENCIONALES DE CONGRESOS,
APOYANDO LA ACTIVIDAD DESDE SUS ÁREAS DE DISEÑO,
EDICIÓN, DISEÑO WEB Y MULTIMEDIA, Y COMUNICACIÓN,
OFRECIENDO UN SERVICIO
INTEGRAL Y DIFERENCIADO.

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º. 28041 Madrid. Tel.: 91 792 13 65 - Fax: 91 500 20 75
Contacto: Lourdes Panizo • dfc@spaeditores.com

Celgene

Premio Apoyo a Pacientes/Entidades

Progreso médico al servicio del paciente

La biofarmacéutica Celgene colabora con varias asociaciones de pacientes mediante programas de apoyo y ayuda a las personas afectadas por diversas patologías hematológicas.



Celgene Corporation, cuya sede central se encuentra en Summit, Nueva Jersey, es una empresa biofarmacéutica mundial integrada que se dedica principalmente al descubrimiento, desarrollo y comercialización de terapias novedosas para el tratamiento de cáncer y enfermedades inflamatorias mediante la regulación de proteínas y genes. Para Celgene, el progreso médico, logrado a través de la innovación científica y de nuevos tratamientos que mejoran la vida, ha de ir acompañado con hacer posible que los pacientes, que puedan beneficiarse de sus descubrimientos, tengan la oportunidad real de hacerlo. A través de su extenso programa de investigación de patologías huérfanas, como el mieloma múltiple, los síndromes mielodisplásicos, la leucemia linfocítica crónica, la leucemia mieloide aguda, la leucemia mielomonocítica crónica, etc., se ofrece a los pacientes la oportunidad de acceder a un tratamiento de calidad. Como fruto de estos esfuerzos, en los últimos dos años, Celgene ha comercializado en España dos medicamentos innovadores: Revlimid, para el tratamiento del mieloma múltiple en segunda línea, y Vidaza, como única opción de tratamiento etiológico de los síndromes mielodisplásicos, entre otras indicaciones.



Celgene trabaja para mejorar la calidad de vida de los pacientes hematológicos.

Celgene centra sus esfuerzos en proporcionar una adecuada formación científica, promocionando numerosos cursos de formación médica continuada entre los hematólogos españoles. La intención de esta inversión en conocimiento es su traducción a la clínica diaria, proporcionando la mejor atención médica disponible a los pacientes. Con objeto de contribuir a la difusión del conocimiento científico, Celgene dedica importantes recursos a la gestión y resolución eficiente de solicitud de información médica de los profesionales sanitarios. A través de su servicio de información médica se ofrece siempre una respuesta personalizada completa, actualizada, equilibrada y a tiempo, favoreciendo la toma de decisión clínica del profesional sanitario ante el paciente.

En el acceso a los tratamientos de Celgene se presta máxima atención en la prevención de posibles riesgos que pudiera sufrir el paciente, a través de su servicio de farmacovigilancia. Los programas de prevención de riesgos desarrollados durante el proceso de investigación, ante una solicitud de uso compasivo o ya en la fase de comercialización de sus medicamentos han permitido minimizar y prevenir el riesgo del paciente ante un potencial uso inadecuado.

De un modo directo, las aportaciones económicas realizadas por Celgene a asociaciones de pacientes y grupos de apoyo a pacientes, como la Asociación Contra la Leucemia y Enfermedades de la Sangre (ASCOL), la Asociación Linfoma, Mieloma y Leucemia (AEAL), la Asociación para la Lucha contra la Leucemia de la Comunidad Valenciana (ASLEUVAL), la Fundación para la Investigación de las Enfermedades Raras (FEDER), la Asociación de Víctimas de Talidomida de España y otras inhabilidades (AVITE), han ido dirigidas a favorecer la implementación de sus iniciativas de programas de apoyo y ayuda a las personas afectadas por diversas patologías hematológicas. ■

Ahora decide usted...



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

Ahora, además, premiamos su fidelidad

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

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

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



I Campaña de Sensibilización de la Importancia del Dolor. Plataforma SinDolor

Premio Información a Pacientes: Campaña Sanitaria

Sólo el 10 por ciento de los médicos de Primaria utilizan escalas de medición del dolor

La I Campaña de Sensibilización de la Importancia del Dolor, puesta en marcha por la Plataforma SinDolor, de la Fundación Grünenthal, cuenta con el respaldo del Ministerio de Sanidad, consejerías autonómicas de salud y varias sociedades científicas.

La Plataforma SinDolor, un proyecto sin precedentes en España, se creó en junio de 2008 mediante un acuerdo de colaboración entre la Fundación Grünenthal y la Fundación para la Investigación en Salud (FUINSA). Nació con el objetivo de mejorar la atención al paciente con dolor y a sus familiares, así como la pretensión de sensibilizar a las estructuras sanitarias y a la sociedad española acerca de la importancia que tiene el dolor para quien lo padece. Ambas entidades coordinan acciones de apoyo y estímulo para la realización de iniciativas que mejoren la actual situación.

En septiembre del pasado año, la Plataforma SinDolor, lanzó la I Campaña de Sensibilización de la Importancia del Dolor, bajo el lema *Cada dolor tiene su historia, EVALÚALO*, que cuenta con el respaldo del Ministerio de Sanidad y Política Social, consejerías autonómicas de salud y varias sociedades científicas.

Según el doctor Antón Herreros, director general de FUINSA, la campaña persigue el objetivo de “concienciar a los profesionales sanitarios y a la sociedad sobre la necesidad de medir y evaluar el dolor para mejorar su abordaje”. También pretende que el dolor sea considerado el quinto signo vital (tras la medición de la temperatura corporal, el pulso, la presión

sanguínea y la frecuencia respiratoria) y, como tal, se mida de forma habitual en las consultas.

Para ello, la Plataforma fomenta entre los profesionales sanitarios la utilización de escalas que permitan evaluar la intensidad del dolor, mediante el reparto de material informativo y reglas EVA (Escala Visual Analógica), una herramienta que permite cuantificar la intensidad y el tipo de dolor en una escala del 1 al 10.

“Los resultados de dicha medición deberán constar en la historia clínica del paciente”, según afirma el director de la Fundación Grünenthal, Guillermo Castillo.

El 20 por ciento de la población padece dolor, debido, esencialmente, a las patologías osteoarticulares, las cefaleas y las enfermedades oncológicas. Asimismo, sólo el 2 por ciento de los pacientes con dolor crónico son tratados en una unidad especializada y casi la mitad de los pacientes con dolor crónico no reciben el tratamiento adecuado. Por otro lado, el 80 por ciento de las consultas en España son por dolor, y sólo el 10 por ciento de los médicos de Atención Primaria utilizan escalas de medición del dolor.

“Estamos acostumbrados a que el dolor sea normal, pero no lo es”, lo que precisa “un cambio de hábitos en su abordaje, que el paciente no asuma el dolor, porque hay tratamientos y soluciones”. Aunque las principales causas del dolor crónico son las patologías osteoarticulares, las cefaleas y las enfermedades oncológicas, “existen otros tipos de dolores con una prevalencia más baja pero muy difíciles de tratar, como son los dolores neuropáticos, que si no se controlan se cronifican”, según Herreros. ■



El 80 por ciento de las consultas en España son por dolor.



ayudándole
en la **COMUNICACIÓN**
con el paciente

 webdelamujer.com

Portal de referencia
en castellano sobre la mujer
y su entorno: temas de
salud, asesorías sociales,
estilos de vida,...

Actualización
periódica
de los contenidos

Interacción con el usuario:
foro, preguntas frecuentes,...

Información rigurosa
sobre patologías
y enfermedades
elaborada por médicos
expertos.



E-mail: info@webdelamujer.com

Recomiéndela a su paciente

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES)

Premio Información a Pacientes: Asociaciones de Pacientes

El estigma de la enfermedad mental

Un 9,2 por ciento de la población total, más de 600 millones de personas en todo el mundo, tienen algún tipo de enfermedad mental, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Más de 600 millones de personas en el mundo, es decir, un 9,2 por ciento de la población total padece una enfermedad mental. Son datos de la Organización Mundial de la Salud, cuyas estimaciones apuntan a que las enfermedades mentales serán la segunda causa de discapacidad en el mundo en 2010. En España son más de cuatro millones de personas, las que tienen este tipo de enfermedades, de las más discapacitantes y con mayores repercusiones sociales, laborales y familiares que existen.

La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) comenzó sus actividades en 1983. Es la única entidad de ámbito estatal que representa a las personas con enfermedad mental y a sus familias en España. Hoy, más de un cuarto de siglo después de su constitución, FEAFES agrupa a 219 entidades, entre asociaciones y federaciones, y representa a más de 41.000 personas con enfermedad mental y sus familias.

Su misión es la mejora de la calidad de vida de estas personas, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo. FEAFES reclama una adecuada atención sanitaria y social de las personas con enfermedad mental y sus familiares, que favorezca su rehabilitación, inserción social e inclusión laboral. Para ello es necesario promover la sensibilización y mentalización social hacia el colectivo, llamando la atención de toda la sociedad sobre la estigmatización que soportan en los aspectos sa-

nitario, social y laboral. FEAFES aboga por un modelo comunitario de atención a las personas con enfermedad mental, que responda de forma integral e individualizada a sus necesidades y expectativas y a las de sus familias.

Además, centra su esfuerzo en la sensibilización social para erradicar el estigma. Está demostrado que uno de los mayores obstáculos con que se encuentran las personas con enfermedad mental y sus familias para sacar el máximo partido a su tratamiento y alcanzar la integración son el estigma y la discriminación.

FEAFES participa además en el diseño y desarrollo de políticas y avances legislativos, como en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, en el Libro Verde de la Salud Mental, en la implantación de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU y en la Estrategia en Salud Mental del SNS. Entre sus prioridades se encuentran mejorar la atención en salud mental a la población infanto-juvenil, a la población en régimen penitenciario y a las personas sin hogar. Entre los servicios que ofrece la asociación destacan: asesoría jurídica, promoción, captación y formación de voluntariado, Programa Escuela de Familia, autoayuda, Programa de Respiro Familiar y programa de atención domiciliaria, actividades de ocio y tiempo libre, rehabilitación psicosocial, laboral, y a población en régimen penal penitenciario, orientación y mediación laboral, actividades productivas no laborales y alternativas residenciales. ■



FEAFES
CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE
AGRUPACIONES DE FAMILIARES Y
PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL





INSTITUTO DE FORMACIÓN
Y DESARROLLO PROFESIONAL

idepro

Excelencia en la formación continuada de los profesionales sanitarios

Idepro está integrado por un grupo de expertos en Desarrollo Profesional Continuo que desarrollan actividades destinadas a la mejora del ejercicio profesional en medicina.

Consejo Directivo

Felipe Chavida García, *Presidente*; Honorio-Carlos Bando Casado, *Vicepresidente*; José Antonio Martínez Pérez, *Director de Programas*.

Consultores

Carlos Brailovsky, *Rector del Instituto Practicum de Investigación Aplicada a la Educación en Ciencias de la Salud (Madrid). Profesor Emérito de la Universidad Laval, Québec (Canadá); Emilio López-Barajas*, *Catedrático de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia; Bernard Maillet*, *Secretario General. Unión Europea de Médicos Especialistas; Bernard Marlow*, *Director de Desarrollo Profesional Continuo. College of Family Physicians of Canadá; François Miller*, *Subdirector. Centro de Estudios de Investigación en Ciencias de la Salud (CESSUL) de la Universidad de Laval. Québec (Canadá); Ian Starke*, *Director de Desarrollo Profesional Continuo. Royal College of Physicians (Reino Unido).*

Secretaría Técnica

C/ Antonio López 249 (1º), 28041 Madrid

Información y Contacto

Tfno.: 91 500 20 77

www.idepro.es

Roche Farma

Premio Fomento/Investigación en Medicina

Una apuesta creciente en I+D

Gracias a su esfuerzo investigador, Roche Farma está actualmente a la cabeza mundial entre las biotecnológicas, con medicamentos auténticamente diferenciados en varias áreas.

La apuesta por la innovación, señal inequívoca de identidad de una empresa centenaria como Roche Farma, es la responsable directa de su posición actual como compañía líder en el sector de la salud. Su esfuerzo investigador ha hecho posible que hoy esté a la cabeza mundial entre las biotecnológicas, con medicamentos auténticamente diferenciados en las áreas de oncología, virología, inflamación y sistema nervioso central. También es líder en diagnóstico *in vitro*, incluido el diagnóstico histológico del cáncer y pionero en el control de la diabetes. Una buena parte del esfuerzo en I+D+i la compañía lo viene canalizando de forma absolutamente pionera hacia la medicina personalizada con el fin de proporcionar medicamentos y herramientas diagnósticas que faciliten mejoras tangibles en la calidad y esperanza de vida de los pacientes.

Sabedor de que en el horizonte ya puede otearse un desarrollo cada vez mayor de tratamientos realmente individualizados, Roche Farma adquirió Genentech el pasado año 2009. Una operación que se produce en un momento en que cada vez son mejores las técnicas de diagnóstico y se está ampliando el potencial de la investigación genómica y proteómica.

La innovación ha sido una constante desde que la compañía dio sus primeros pasos hace ya más de 110 años en la ciudad suiza de Basilea. Para Roche, el desarrollo de medicamentos y pruebas diagnósticas para enfermedades como el cáncer, el sida, la hepatitis, el Alzheimer o la diabetes, pasa inevitablemente por una sólida inversión en I+D como parte de su compromiso con un cuidado integral de las enfermedades.

Desde el ya centenario jarabe para la tos llamado Sirolin hasta la última indicación aprobada para el antiangiogénico Avastin contra el cáncer, la innovación ha sido y es el combustible con el que Roche afronta nuevos retos y proyectos de futuro. En el caso de



La innovación ha sido una constante desde sus inicios.

España, la inversión en I+D es motivo de orgullo con una cifra en 2009 de 24.484.493 millones de euros. Una inversión destinada a trabajar en 35 moléculas diferentes y en 153 ensayos clínicos. Además, dentro de la compañía Roche España ocupa la tercera posición mundial en la realización de ensayos clínicos participando en estudios internacionales que van desde la fase I a la IV.

A día de hoy, Roche tiene establecidas más de 50 alianzas con laboratorios de todo el mundo, tanto en Europa y Norteamérica como en Asia. Un aspecto a destacar de las mismas es su capacidad para alimentar la creatividad a través de acuerdos fundamentados en el respeto, la autonomía y la cultura. Además, España ocupa también una posición clave en el Grupo Roche en su apuesta por la tecnología y la innovación constante. La planta de producción de Leganés es una de las más modernas de Europa, donde se fabrican y exportan productos farmacéuticos a más de 40 países. Asimismo, Roche Farma cuenta en Madrid con un Centro de Excelencia en Informática, cuyo objetivo es dar asistencia internacional de manera ininterrumpida y ser un núcleo de decisión de estrategia tecnológica. ■



La realidad de la depresión: clínica y farmacoeconomía

Organización Médica Colegial

Plaza de las Cortes, 11

Madrid, 2 de marzo de 2010

Organiza


Medical Economics

Con la colaboración de

Información e inscripción: Rosana Sánchez

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

Grupo Hospital de Madrid (HM)

Premio Mejor Grupo Hospitalario

Calidad asistencial completa y de excelencia

El funcionamiento de todos los centros del Grupo HM, coordinados por un sistema de gestión integral, se basa en los principios de calidad asistencial completa y de excelencia, con la máxima seguridad y garantía para sus pacientes.

El doctor Juan Abarca Campal, presidente y consejero delegado del Grupo Hospital de Madrid (HM), creó este grupo en 1989, con la puesta en marcha del hoy Hospital Universitario de Madrid, el primero de los cinco centros con los que cuenta actualmente en la Comunidad de Madrid, junto al Hospital Universitario Madrid Montepríncipe, el Hospital Universitario Madrid Torrelodones, el Hospital Universitario Madrid Sanchinarro y el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC) –integrado en el último de los hospitales–, a los que se suman cuatro policlínicos (en Madrid, Torrelodones, Las Tablas y Distrito C) y la colaboración con otros policlínicos, como los de la red del Grupo Ibermedic.

El funcionamiento de todos los centros del Grupo HM, coordinados por un sistema de gestión integral, se basa en los principios de calidad asistencial completa y de excelencia, con la máxima seguridad y garantía para sus pacientes, lo que se concreta en la publicación de sus resultados médicos.

Esta filosofía, que prioriza la asistencia sanitaria de primer orden y el máximo prestigio de los profesionales con los que cuenta, los más cualificados en cada especialidad médica, se une también a una firme apuesta por la docencia y la investigación. Prueba de la primera de estas prioridades es haber obtenido la certificación de universitarios para todos sus centros y la acreditación posterior para la formación posgraduada.



En cuanto a la investigación, desarrolla numerosos estudios y ensayos clínicos en múltiples especialidades, con una especial incidencia en la investigación oncológica en el CIOCC. Asimismo, la innovación es otra de las prioridades del Grupo

HM, que pone al servicio de sus pacientes las tecnologías más vanguardistas. En el campo del diagnóstico por imagen, son ejemplos de ello la resonancia magnética abierta de alto campo y la resonancia magnética vertical, casi únicas en España, además de escáner de 64 cortes, PET-TAC, medicina nuclear y la mamografía con mesa prona, que permiten la máxima definición y exactitud en la detección precoz de enfermedades.

En lo que se refiere al tratamiento, además de las técnicas más avanzadas de radiología, destacan, entre otras, la Unidad de Radiología de la Mujer y el Servicio de Oncología Radioterápica, con un quirófano inteligente, braquiterapia y tres aceleradores lineales, uno de los cuales permite hacer radiocirugía tanto intracraneal como extracraneal. Además, el Grupo Hospital de Madrid es pionero en numerosas intervenciones. Los hospitales del Grupo HM, en los que se han aplicado todos estos objetivos y estrategias, configuran un modelo único en España y funcionan como un único complejo hospitalario. ■



El Hospital Madrid Norte Sanchinarro fue inaugurado en 2007.

Consejería de Sanidad de Castilla y León

Premio a la Consejería con Mejor Actividad

Un notable a la Sanidad de Castilla y León

Los castellanos y leoneses valoran muy positivamente las medidas desarrolladas por la Consejería de Sanidad en 2009, llevadas a cabo con un presupuesto de 3.300 millones de euros, un 2,26 por ciento más que en 2008.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León cerró 2009 con un balance positivo que se refleja en la valoración que los ciudadanos hacen de todas las acciones desarrolladas a lo largo del año. Los usuarios le han calificado con un 6,86 –casi un notable– en el Barómetro Sanitario anual, superando así la calificación que le concedieron en 2008 (6,48).

De esta manera, los castellanos y leoneses muestran su satisfacción con las medidas desarrolladas en los últimos doce meses. Todas las acciones llevadas a cabo han sido posible gracias al presupuesto gestionado por la Consejería de Sanidad y que se ha elevado a los 3.300 millones de euros, cifra que supera en un 2,26 por ciento a la aprobada en 2008 para el mismo fin. Consecuentemente, el gasto sanitario *per capita* también ha aumentado en la Comunidad, pasando ésta de ocupar el 12º puesto de la clasificación nacional, al 7º.

En 2009 se han elaborado los anteproyectos de dos leyes de gran relevancia para Castilla y León como son la Ley de Ordenación del Sistema de Salud regional y la Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Ambos se presentarán próximamente en las Cortes de Castilla y León. Asimismo, el pasado año ha servido para la elaboración y desarrollo de cuatro grandes estrategias regionales: Estrategia Regional en Diabetes, II Plan de Atención Sanitaria Geriátrica, Plan Integral de Castilla y León de Atención a la Salud de las Mujeres y el Plan Estratégico de Investigación Biomédica en Castilla y León. Este plan

ratifica el hecho de que la investigación biomédica es una de las prioridades de la Consejería de Sanidad dedicándole en 2009 más de 1.422.000 euros, un 65,5 por ciento más que lo destinado a esta labor en 2008.

En ejecución del ambicioso Plan de Infraestructuras Sanitarias 2002-2010, a lo largo de 2009 se han invertido cerca de 300 millones de euros en la mejora y creación de infraestructuras sanitarias. Este desembolso se ha materializado en la construcción, reforma o ampliación de 35 centros de salud, en la concesión de ayudas a 350 consultorios locales y en el inicio o continuación de las obras de varios centros hospitalarios. A esto hay que añadir los 15 millones de euros destinados a la adquisición de equipamiento médico (como ecógrafos, gammacámaras, monitores de hemodiálisis, etc).

Asimismo, en Atención Primaria se ha conseguido plena cobertura de las prestaciones de salud bucodental, la extensión del control anticoagulante a todos los centros de salud, la implantación del Programa de Detección y Atención a la mujer víctima de violencia de género y la puesta en marcha, en fase piloto, del Programa de Detección Precoz del Cáncer Colorrectal.

Por otro lado, en 2009 se ha puesto en marcha del programa de pilotaje de la receta electrónica en el Centro de Salud de La Cistérniga (Valladolid) y se ha extendido la cita previa automatizada por toda la región logrando, de este modo, que el 60 por ciento de las citaciones se realicen ya utilizando este sistema. También se han ampliado los servicios de telemedicina, con el desarrollo de un nuevo módulo de teledermatología, y se ha modernizado el portal de salud (www.salud.jcyl.es) creando una interfaz más dinámica, integral e innovadora. ■



En 2009 se ha extendido la cita previa automatizada por toda la región.



Ernest Lluch (*in memoriam*)

Premio Especial Medical Economics VII Aniversario

Recordando a Ernest Lluch

Por Julián García Vargas

Una virtud de los países civilizados es mantener una memoria fiel de las grandes personas desaparecidas y rendirlas tributo. Es meritorio por parte de *Medical Economics* recordar a Ernest Lluch cuando en 2010 se cumplirán diez años desde que fue asesinado por los terroristas vascos. El tiempo ha engrandecido su figura de político moderado, pragmático y europeo, en línea con la social democracia más moderna. Sus aportaciones como diputado brillaban por esas virtudes y por una gran cultura política, económica e histórica, no tan habitual hace unos lustros. Cuando fue nombrado ministro de Sanidad y Consumo en

1982, el departamento no era nada fácil. Había sido creado recientemente y lo habían dirigido tres titulares en menos de tres años.

Acertadamente se rodeó de un equipo joven y entusiasta, que incluía personas versadas en el sector y en la gestión como el doctor Sabando, Raventós y F. Lobo, y más tarde el doctor Hernández Gil y Fernando Magro. Con ellos, se empeñó en conseguir para España lo que antes habían construido los grandes países europeos occidentales: unos servicios sanitarios modernos para toda la población. En Consumo, todavía reciente el asunto del aceite de colza adulterado, se fijó elaborar normas de protección al consumidor homologables con Europa.

Esos objetivos pasaban por reordenar los recursos físicos y humanos que existían en Sanidad y poner tope al desorden normativo en materia de consumidores. La extensión de la cobertura sanitaria a los ciudadanos que no la tenían, la reforma de la Atención Primaria y la unificación de sedes sanitarias no eran objetivos discutidos, pero hasta entonces no habían sido abordados. Ernest Lluch abordó esas tareas como él hacía las cosas: hablando con todo el mundo, con optimismo y con pragmatismo. No se propuso un corte radical con el pasado, sino utilizar en lo posible las normas existentes; no se propuso crear una red asistencial exclusivamente pública, sino aprovechar los recursos privados en una red mixta; no creyó en un sistema asistencial centralizado, sino administrado desde las comunidades autónomas. Introdujo el llamado Prosereme farmacéutico, pero sin obviar la situación de las empresas nacionales.

Tuvo que hacer difíciles equilibrios para llevarlo adelante. No contó con muchos recursos presupuestarios porque fue una época de moderación del gasto, de reducción de la inflación y de reconversión industrial. Debió imprimir un ritmo vivo a las reformas para que no se empantanasen, aunque le gustaba hacer las cosas con calma y atención al detalle. En aquellos años, el sector sanitario estaba en efervescencia política y era proclive a la simplificación. En este ambiente, los afectados en sus intereses no atendieron a las razones de que era inevitable modernizar, dar unidad y coherencia al sector sanitario y gestionarlo con criterios también económicos. Hubo una campaña de resistencia sobre la que escribió después con gracia. La reforma de la atención primaria se tildó de "cubana"; la de los hospitales de economicista; la del control de medicamentos de antiempresarial. Él no pecaba de ninguna de estas actitudes y estas críticas le dolieron, pero no era su estilo ir a la



Ernest Lluch fue asesinado por la banda terrorista ETA en el año 2000.

Artífice de la Ley General de Sanidad

Desde su etapa de estudiante en la Facultad de Económicas, Ernest Lluch i Martín (Vilassar de Mar, 21-1-1937/Barcelona, 21-11-2000) comprometió su vida en la defensa de las libertades, hasta el punto de ser expulsado de la Universidad de Barcelona cuando era ayudante del catedrático Fabián Estapé, y detenido varias veces por participar en movimientos sociales y políticos contra el régimen franquista. Su activismo continuó en Valencia a partir de 1974 como catedrático, vicedecano de la Facultad de Económicas y fundador del Partido Socialista del País Valencià.

Muerto Franco, continuó con su compromiso militante y regresó a Cataluña en 1977, siendo elegido diputado por Gerona con la coalición Socialistas de Cataluña, formación de la que en 1980 fue portavoz en el Congreso de los Diputados. En 1982 formó parte del primer Gobierno socialista de Felipe González como ministro de Sanidad y Consumo, desde el cual y hasta 1986, consiguió aprobar la Ley General de Sanidad, base de la sanidad moderna española, creó por primera vez en España el departamento de los derechos del consumidor y puso orden en un ministerio desorganizado enfrentándose a los sectores más conservadores de la Sanidad.



Ernest Lluch fue nombrado ministro de Sanidad en 1982.

Tras pasar el testigo del Ministerio a Julián García Vargas y abandonar la política profesional, concentró su actividad principal a la docencia e investigación universitarias. En 1986 ganó la cátedra de Doctrinas Económicas de la Universidad de Barcelona y entre 1989 y 1995 fue rector de la Universidad Menéndez y Pelayo, relanzándola a una nueva etapa de actividad y presencia. Paralelamente a una permanente acción pública como articulista, tertuliano y comentarista político, continuó con sus trabajos minuciosos y eruditos,

especialmente de historia y pensamiento económico. Fruto de estas investigaciones nos dejó dos obras sobre el siglo XVIII que, siendo históricas, tenían una conexión directa con los problemas de nuestros días.

Era un conocedor profundo de la cuestión nacional catalana y por eso se interesó tanto por el País Valenciano y, en los últimos años, por el País Vasco, del que se enamoró de tal manera que incluso se compró un piso donde pasaba temporadas. Estudió a fondo el problema vasco y se comprometió una y otra vez a favor de Euskadi, su identidad y su cultura, contra los violentos y a favor del diálogo, buscando caminos constitucionales para resolver los problemas. Y fue por estas ideas por las que ETA asesinó a un hombre de diálogo que sólo se había defendido con las ideas.

La obra y persona de Ernest Lluch, un hombre apasionado y con amplio sentido del humor, se guarda y amplía, además de en la mente y en los corazones de mucha gente de bien, en la fundación que lleva su nombre (www.fundacionernestlluch.org), creada en el año 2002 y constituida por más de 200 socios fundadores de toda España, entre ellos Felipe González, Pascual Maragall y Odón Elorza.

confrontación directa y personal con sus oponentes. El tiempo, que en los países civilizados modera las posiciones, ha hecho justicia a Ernest Lluch. La existencia de un Sistema Nacional de Salud de cobertura universal, mixto y descentralizado en las comunidades autónomas se considera ya un activo de todos los españoles por todos

los partidos políticos. La Ley General de Sanidad ha permitido gobernar este sector tanto al Partido Popular como al PSOE. La buena gestión del gasto sanitario es una preocupación compartida por todos.

Por todo ello, el ministro Lluch merece que le sigamos recordando con reconocimiento y gratitud. ■

*Ministro de Sanidad y Consumo (1986-1991).

Aurora Guerra y Luis Llanes

Premio I Certamen de Artículos MEDICAL ECONOMICS

Los médicos convierten en literatura su práctica médica

Aurora Guerra ha sido galardonada con el Gran Premio del Certamen de Relatos Medical Economics 2009 por su trabajo "Manuel me mira a los ojos", y Luis Llanes ha sido distinguido en la categoría Premio Joven o Plus por "Una cuestión de autoridad".

El Gran Premio del Certamen de Relatos Medical Economics 2009 ha recaído en la dermatóloga Aurora Guerra, autora de "Manuel me mira a los ojos" y el Premio Plus Médicos Jóvenes en el urólogo Luis Llanes, por "Una cuestión de autoridad".

Aurora Guerra es directora del departamento de Dermatología de la Universidad Complutense de Madrid, jefa de Sección de Dermatología del Hospital Universitario Doce de Octubre de Madrid y presidenta de la Sección Centro de la Academia Española de Dermatología (AEDV), así como de la Sociedad de Dermatología de la Comunidad Autónoma de Madrid, entre otras instituciones. Ha publicado 55 libros, cerca de 700 artículos en revistas nacionales e inter-



Aurora Guerra.



Luis Llanes.

nacionales, y ha impartido cerca de 300 conferencias en ámbitos científicos y divulgativos. Asimismo, dirige la revista *Más Dermatología. Avances y actualidad* y su versión en Internet (www.masdermatologia.com). Es miembro de diferentes comités editoriales de revistas científicas como *Journal of European Academy of Dermatology*, *Actas Dermosifiliográficas*, *Piel*, *Actualidad Dermatológica*, *Medicina Cutánea Ibero-latinoamericana*, entre otras.

El urólogo Luis Llanes, galardonado en la categoría de Médicos Jóvenes, trabaja en el Área del Servicio de Urología del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid) y es Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid (2000). Muy vinculado a la actividad docente, es profesor del departamento de Ciencias de la Salud I, Área de Conocimiento de Cirugía, de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (Facultad de Ciencias de la Salud) y ha realizado el Máster en Dirección Médica y Gestión Sanitaria por la UNED y la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III (2006-2008). ■

Gran acogida entre los lectores

Medical Economics, con la colaboración de Pullmantur, instituyó el Certamen de Relatos 2009, dirigido a licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España. Los artículos, originales, no publicados por ningún otro medio, debían versar sobre aspectos relacionados con la práctica médica

(soluciones a problemas clínicos, vivencias personales, enseñanzas derivadas de juicios o demandas, nuevas formas de afrontar la Medicina tras casos concretos, etc.). El Certamen, que ha tenido una gran acogida en esta primera edición por parte de los médicos lectores de la publicación, es una réplica del Certamen organizado por la edición americana de *Medical Economics* con carácter anual, desde hace una década.



Medical Economics

www.medicos.com

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



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

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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



fundación *Lilly*

PREMIOS 2010

Investigación Biomédica Preclínica y Clínica

1. Podrán ser candidatos a los Premios los investigadores de carácter **preclínico** (investigación básica orientada a la obtención de conocimiento con aplicación clínica) y **clínico** (investigación sobre humanos), que desarrollen su actividad en centros sanitarios y/o centros de investigación, públicos o privados **en España**.
2. Los candidatos a los premios deberán ser propuestos por personas o instituciones del ámbito científico biomédico o de las Ciencias de la Salud.
3. Las propuestas se formalizarán mediante carta dirigida al director de la FUNDACIÓN LILLY, y los formularios debidamente cumplimentados que se encuentran en la página web: www.fundacionlilly.com
4. Plazo de presentación de propuestas desde el **10 de diciembre de 2009** hasta el **10 de febrero de 2010**, ambos inclusive.
5. Reunido el Jurado calificador, los investigadores ganadores recibirán los premios y ayudas en un Acto Académico organizado por la FUNDACIÓN LILLY.

Esta convocatoria, se regirá por sus **bases** (publicada en B.O.E, 2 de diciembre 2009), y que los interesados podrán obtener asimismo en: www.fundacionlilly.com

FUNDACIÓN LILLY, María de Molina 3, 1º - 28008 Madrid
Telf.: 91 781 50 70 - Fax: 91 781 50 79 - E-mail: fundacionlilly@lilly.com

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
PRECLÍNICA 2010**

200.000€

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
CLÍNICA 2010**

150.000€

Lo mejor de lo publicado

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



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

CARDIOLOGÍA

Los niveles de lípidos en ayunas pueden estratificar el riesgo de padecer patología vascular

JAMA. 2009;302:1993-2000. [Noviembre, 2009]

Investigadores británicos han verificado que el riesgo de cardiopatía coronaria e ictus isquémico puede valorarse midiendo los niveles de colesterol o apolipoproteínas sin necesidad de ayunar. Después de ajustar varios factores de riesgo convencionales, no hallaron ninguna asociación entre los niveles de triglicéridos y la cardiopatía coronaria o el ictus isquémico. Sin embargo, el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) sí se asoció a un riesgo menor, mientras que el C-no-HDL y el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad determinado de forma directa (C-LDL) se asociaron a un riesgo mayor. El nivel de riesgo fue similar con independencia de si el paciente hubiera ayunado o no. Se observó que las razones de riesgos instantáneos del C-no-HDL y el C-HDL eran casi idénticas a las observadas con la apolipoproteína B y la AI, y que dichas razones eran parecidas entre el C-no-HDL y el C-LDL medido directamente.

■ El ácido nicotínico mejora los niveles de colesterol

J Am Coll Cardiol. 2009;54:1787-1794. [Noviembre, 2009]

Un estudio británico encontró que, en los pacientes con niveles bajos de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (C-HDL) y patología aterosclerótica, el uso diario de altas dosis de ácido nicotínico puede contribuir a reducir la aterosclerosis. Los investigadores analizaron los datos de 71 pacientes con C-HDL bajo, o bien diabetes de tipo 2 con arteriopatía coronaria, o bien aterosclerosis carotídea o arterial periférica. Los pacientes se asignaron al azar para tratarse con placebo o con 2 gramos de ácido nicotínico de liberación modificada añadido al régimen diario de estatinas. El criterio de valoración principal fue el cambio del área parietal carotídea, evaluada mediante RM, al cabo de 12

meses. En el grupo tratado, el C-HDL había aumentado un 23 por ciento y el colesterol de lipoproteínas de baja densidad había descendido un 19 por ciento. Pasados los 12 meses, el área parietal carotídea también había disminuido en el grupo tratado con ácido nicotínico frente al tratado con el placebo.

■ La ingesta elevada de pescado podría no reducir el riesgo de diabetes

Diabetes Care. 2009;32:2021-2026. [Noviembre, 2009]

Un estudio de los Países Bajos determinó que el efecto protector del pescado completo, del ácido eicosapentaenoico (EPA) y del ácido docosahexaenoico (DHA) podría no reducir el riesgo de padecer diabetes de tipo 2. Los investigadores hallaron que 463 adultos habían desarrollado diabetes tipo 2 al cabo de 15 años de seguimiento. El pescado blanco suponía el 81 por ciento de la ingesta total de pescado. El riesgo de tener diabetes tipo 2 era mayor entre quienes habían ingerido más pescado que entre quienes no lo habían comido (riesgo relativo, 1,32 para 28 gramos o más al día) y tendía a ser más alto en aquéllos con mayor consumo de pescado blanco (riesgo relativo, 1,30 para 23 gramos o más al día). La ingesta de pescado azul, EPA y DHA no se asoció a la diabetes.

■ Identificados factores que afectan al control continuo de la glucemia

Diabetes Care. 2009;32:1947-1953. [Noviembre, 2009]

Los pacientes con diabetes tipo 1 tienen más probabilidades de realizarse controles continuos de glucemia (CCG) casi a diario cuando son adultos y si ya se controlaban la glucemia con frecuencia, según investigadores del Jaeb Center for Health Research de Tampa, Florida. Al cabo de seis meses, se descubrió que el uso del CCG al menos seis días a la semana era significativamente más probable entre los adultos de 25 años o más y entre quienes se medían la glucemia diaria con mayor frecuencia antes del estudio. El uso del CCG a los seis meses podía predecirse por el uso del CCG y la mayor proporción de valores de glucemia entre 71 y 180 mg/dL durante el primer mes. Los pacientes que empleaban el CCG con más frecuencia presentaban mayores reducciones de hemoglobina A1C, con independencia de la edad.

■ Identificados varios factores ligados a la diabetes posparto

Diabetes Care. 2009;32:1960-1964. [Noviembre, 2009]

Investigadores alemanes han hallado que las mujeres con diabetes gestacional tienen al menos cuatro veces más riesgo de presentar diabetes posparto cuando tienen dos o más factores de riesgo. Al cabo de una media de 13 semanas después del parto, los investigadores hallaron que el 21,8 por ciento de las mujeres presentaban pruebas de tolerancia a la glucosa oral con resultados anormales (deterioro de la glucemia en ayunas, intolerancia a la glucosa o diabetes). El riesgo de la diabetes posparto era mayor en las mujeres obesas, en las diagnosticadas de diabetes antes de las 24 semanas de gestación, en las que tenían más de 200 mg/dL 1 hora antes del parto y en las tratadas con insulina. El riesgo de diabetes posparto mínimo se observó en las mujeres con menos de dos factores de riesgo, siendo mayor en las que presentaban dos factores de riesgo y máximo en las que tenían más de dos.

■ La mortalidad de la gripe H1N1, máxima en los mayores de 50 años

JAMA. 2009;302:1896-1902. [Noviembre, 2009]

La edad de las personas hospitalizadas por gripe H1N1 en California durante el verano de 2009 fue en general menor que la observada en los casos de gripe estacional; los lactantes presentaron la tasa máxima de hospitalizaciones y las personas de 50 años o más, la tasa máxima de mortalidad, según investigadores del departamento de Salud Pública de California, en Richmond. Estos investigadores analizaron los datos de 1.088 casos de hospitalización o muerte por gripe H1N1 registrados en California entre el 23 de abril y el 11 de agosto, y hallaron que la media de edad era de 27 años y que los lactantes de menos de un año presentaban la tasa máxima de hospitalizaciones. El 68 por ciento de los casos tenían otras afecciones previamente asociadas a la gripe grave, como neumopatía crónica o inmunosupresión. La tasa general de mortalidad era del 11 por ciento (118 casos) y la mortalidad era máxima entre las personas de 50 años o más.

■ El déficit de vitamina D es frecuente en los niños estadounidenses

Pediatrics. 2009;124:1404-1410. [Noviembre, 2009]

Los niveles subóptimos de 25-hidroxivitamina D (25[OH]D) son frecuentes en los niños estadounidenses,

especialmente en los negros no hispanoamericanos y en los de origen mexicano, según investigadores del Children's Hospital Boston. Los investigadores hallaron que la prevalencia general de los niveles inferiores a 75 nmol/L era del 65 por ciento y que las concentraciones de 25(OH)D eran mayores en los niños de 6 a 11 años de edad que en los de 1 a 5 años (71 frente a 56 por ciento). Además, los investigadores mostraron que las niñas tenían más probabilidades que los niños de presentar este déficit (67 y 62 por ciento), y que el déficit era más frecuente en los negros no hispanoamericanos y los mexicanos (89 y 77 por ciento, respectivamente) que en los niños de raza blanca (54 por ciento).

■ Tomar café podría reducir el riesgo de progresión de las hepatopatías

Hepatology. 2009;50:1360-1369. [Noviembre, 2009]

Las personas con hepatopatía avanzada por el virus de la hepatitis C que toman tres o más tazas de café al día tienen menos riesgo de que la enfermedad progrese que quienes no lo toman, según investigadores del National Cancer Institute de Rockville, Maryland. En la visita basal, los investigadores encontraron que tomar café se asociaba a mejores niveles de distintos marcadores de hepatopatía: niveles menores de alfa-fetoproteína, menor cociente entre aspartato-aminotransferasa y alanina-aminotransferasa, y mejor grado de esteatosis hepática. La incidencia de los desenlaces previstos de la enfermedad descendía al aumentar el consumo de café. Los riesgos relativos eran: 1,11 para menos de una taza al día, 0,70 para una o dos tazas al día y 0,47 para tres o más tazas al día.

■ El uso de estatinas a largo plazo asociado a un menor riesgo de cálculos biliares

JAMA. 2009;302:2001-2007. [Noviembre, 2009]

El uso prolongado de estatinas se asocia a un menor riesgo de cálculos biliares con necesidad de cirugía para extirpar la vesícula. Varios investigadores suizos hallaron que el uso activo de estatinas (prescritas en el plazo de 90 días tras el diagnóstico) se asocia a un menor riesgo de cálculos biliares a partir de las cinco o más prescripciones, lo que refleja aproximadamente 1 a 1,5 años de tratamiento (razón de posibilidades ajustada: 0,85 para 5 a 19 prescripciones y 0,64 para 20 o más prescripciones). El riesgo de presentar cálculos renales era mayor según aumentaba el índice de masa corporal y en quienes usaban estrógenos.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



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

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

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

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



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

Cultura

LIBROS

Los retos de la gestión hospitalaria

Una mano es eficaz si disponemos de los cinco dedos, la ausencia de cualquiera de ellos la hace inútil para algunos movimientos, y la de varios la hace inservible. Con esta premisa, 33 directores de gestión de varios hospitales españoles han reunido su experiencia de gestión en el libro *Los cinco dedos de la mano*. El relato pone de manifiesto los problemas reales de la gestión hospitalaria, pero que no se diferencian de los que tienen otros directores. A través de su experiencia el lector conocerá todos los cabos que no se pueden dejar sueltos a la hora de iniciar el apasionante viaje hacia el cambio, tanto en la forma de trabajar como en los resultados de la organización. “Los cambios generan en unos casos resistencias y en otros una dinamización para la organización, pero son necesarios para mantener a las organizaciones vivas y en constante evolución”, asegura Alicia Portas, del Hospital La Paz. “Sacar adelante cualquier cambio”, dice Luis Sempere, de La Fe de Valencia, “requiere de un buen proyecto y de ilusión”.



Título: *Los cinco dedos de la mano*.
Distribuye: Amgen
136 págs.

EXPOSICIONES

Un repaso a la obra de Henry Moore

El Museo de Arte Abstracto de Cuenca acoge una exposición sobre los grabados realizados por Henry Moore, considerado el escultor británico más importante del siglo XX. La muestra recoge 12 litografías y 2 aguafuertes, en color y en blanco y negro, de la serie *Meditations on the Effigy*, publicada por la Marlborough Gallery de Londres con motivo del 70º aniversario del artista en 1968. Además, se presentan los 28 grabados al aguafuerte en blanco y negro, editados en 1970 por Gerald Cramer bajo el título *Elephant Skull*. La muestra se puede visitar hasta el próximo 21 de febrero.



Arte contemporáneo chino en Madrid

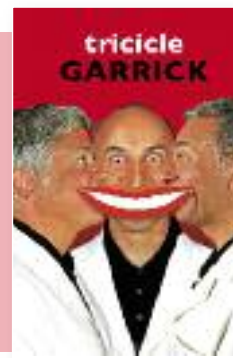
Recién llegada de Asia, *Beijing Time. La hora de China* ofrece un recorrido a través de 48 obras de 17 artistas chinos claves en el mercado actual y global, así como un ciclo de cine independiente de 15 realizadores chinos aunque, según ha dicho el comisario Fang Zhenning, la muestra “no tiene un componente comercial, sino sólo artístico”. Con el boom del mercado de arte chino resentido por la crisis financiera en Occidente, la exposición ha llegado a España gracias al patrocinio de la Sociedad Estatal para Exposiciones Internacionales (SEEI) y con la organización de la Casa Asia junto con el Matadero que ha cedido una de sus naves (Paseo de la Chopera, 14), donde se puede visitar hasta el 21 de marzo.



TEATRO

Tricycle repone su genial ‘Garrick’

Tras el éxito de la primera temporada, vuelve el espectáculo de Tricycle, *Garrick*. David Garrick fue un reconocido actor inglés del siglo XVIII. Estaba tan extraordinariamente dotado para la comedia que los médicos recomendaban sus actuaciones como un remedio mágico, capaz de sanar cualquier pena del alma. Podríamos decir que Garrick, sin saberlo, fue el primer risoterapeuta de la historia. Joan Gracia, Paco Mir y Carles Sans (Tricycle), aseguran que “le rendimos este homenaje en forma de un espectáculo que busca que el espectador olvide sus problemas, rompa su máscara y se lance a reír con esos cuatrocientos músculos que dicen que tienen que moverse para morirse de risa”. *Garrick* estará en cartel hasta el 21 de marzo en el madrileño teatro Compac Gran Vía (C/ Gran Vía, 66).



Internet

Visitar redes sociales desde el trabajo está de moda

El 75 por ciento de los españoles participa en al menos una red social, según el Informe Anual de Contenidos Digitales, una participación que nos sitúa en el segundo lugar del ránking mundial, sólo por detrás de Brasil, y que confirma la creciente participación en las redes sociales de los empleados españoles que se conectan desde su puesto de trabajo, con un incremento del 16 por ciento en el último año.

Un informe elaborado por la consultora Nielsen afirma que en los últimos meses tres de cada diez usuarios de las redes sociales se conectaron desde la oficina, un hábito que muchas empresas combaten con mano de hierro, pero



La tendencia de los españoles es a incrementar la navegación por redes sociales.

que otras estimulan por entender que el contacto con este universo, o "social networks", puede abrir nuevos horizontes a los empleados y mejorar su rendimiento laboral.

Los contenidos a los que dedican su tiempo los empleados que se conectan a redes sociales son, por este orden: consulta de perfiles, interactuar con amigos y familiares, buscar gente nueva o antiguas amistades y mostrar imágenes de las vacaciones o de eventos sociales.

El mismo informe detalla que la tendencia de los españoles es a incrementar la navegación por redes sociales, hasta el punto de que los asalariados emplean una media de una hora semanal a participar en estas redes, principalmente Facebook, al que siguen Blogger y WordPress. Cerrando esta lista restringida, en el noveno lugar aparece la red LinkedIn, precisamente la que se dedica a cuestiones profesionales, no de ocio.

El tiempo empleado en navegar por redes sociales desde el trabajo está en relación directa con el horario laboral, así como con los momentos de la jornada en que más personas suelen conectarse. ■

Sección patrocinada por



El final de un tren de leyenda

El Orient Express nació en 1882 y George Nagelmackers, director de la Compagnie Internationale des Wagons-Lits, invitó a los primeros pasajeros a que fuesen en su tren de París a Viena. La ruta fue expandiéndose y en 1889 ya llegaba hasta Estambul a través de los Balcanes.

<http://www.orient-express.com/>



La Presidencia española de la UE 2010

Las campanadas del año nuevo trajeron consigo un nuevo mandato semestral de España. Si quieres recuperar datos referidos a nuestra historia desde la incorporación a la UE, consulta esta *web* y ponte al día en unos segundos.

<http://www.hablamosdeeuropa.es/secciones/paginas/Noticia1.aspx>



CIBERCONSEJOS

El agresor de Berlusconi, estrella en Internet

Italia abandonó sus planes de cerrar los sitios de odio en Internet, pese a la intención de incluir medidas radicales después de que aparecieran páginas que alababan el ataque a Silvio Berlusconi. Los aliados de Berlusconi se indignaron ante la aparición de páginas, en Facebook y YouTube, de seguidores del agresor de Berlusconi, Massimo Tartaglia, que contó con 100.000 usuarios en menos de 48 horas, aunque la casi totalidad de éstas fueron clausuradas.

Microsoft, condenada por plagiar Word

Un juez federal en Texas estimó el 12 de agosto pasado, que algunas versiones de Word violaban numerosas patentes presentadas en 1998 por la sociedad i4i de Toronto, sobre el código XML. Un tribunal federal de apelaciones confirmó recientemente la condena a Microsoft a pagar 290 millones de dólares como consecuencia de esta demanda, que prohíbe vender algunas versiones de su procesador de textos Word, ya que incluye la tecnología patentada objeto de controversia.

PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

MURCIA

VIGO

ZARAGOZA

VALENCIA

GRANADA

MADRID

SAN SEBASTIAN

BARCELONA

VALLADOLID

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Golf



Entrevista

Martín Benavides: "Lo he pasado muy mal durante todo el año"

El malagueño Pablo Martín Benavides logró en el Alfred Dunhill Cup su segunda victoria como jugador profesional. La primera fue en 2006 en el Open de Portugal. Entonces era *amateur* y a partir de ese momento su vida cambió. Ahora, es ya profesional y tras su victoria en Sudáfrica empieza el año con el mejor pie posible y se asegura la tarjeta durante las próximas dos temporadas.

PREGUNTA: *Me imagino que estarás muy contento tras la victoria...*

RESPUESTA: Estoy contentísimo, súper feliz. Ha sido una semana buenisísima, medio de vacaciones, con mi hermana María que también me vio ganar en Portugal. Llegué aquí sin haber tocado una bola desde Hong Kong, allí terminé agotado. Los últimos dos o tres meses fueron de una tensión terrible, ganando de 6.000 en 6.000 euros. Fue muy duro, durísimo. Decidí colgar los palos. La primera semana no hice nada, luego empecé a *aprochar* y *patear* e iba al gimnasio.

P: *¿Hubo algún momento de duda en la última vuelta?*

R: He dado un mal *swing* en el hoyo siete, un soquetazo al agua, pero el resto iba jugando bien. En el hoyo ocho ha venido el árbitro y me ha dicho que me había pasado una vez de tiempo y, a la segunda infracción, me iba a imponer un golpe de penalidad. Me he cogido un rebote bestial, iba súper enfadado y, a pesar de ello, seguía dando buenos golpes aunque sin meter *putts*. A partir del hoyo once hemos ido esperando el resto de la vuelta.

P: *La verdad es que en el Tour Europeo y en el golf en general hasta que no metes el*



Pablo Martín Benavides ha conseguido su segunda victoria profesional y primera de esta temporada 2010.

último putt no puedes decir que la victoria es tuya...

R: Yo iba con un colchoncillo, pero sabía que no me podía despistar. Después del par 5 pegué un par de golpes malos y

Schwartzel hizo tres *birdies* seguidos. En el 16 di un *drive* buenisísimo y en el 18 también.

P: *¿Y lo de tu caddie?*

R: En el tercer golpe del 18 yo quería tirar un hierro seis al *green* y mi *caddy*—James Walton— no me ha dejado; llevaba dos de ventaja, yo le decía que quería tirar al centro del *green*. Era un golpe difícil, los *greenes* estaban duros y sólo tenía ocho metros por detrás de la bandera y otros ocho delante.

P: *¿Ha sido un año muy complicado para ti el 2009?*

R: Lo he pasado muy mal durante todo el año, por eso estoy tan feliz. Muchas veces pensé: "Soy joven, puedo hacer otras cosas, pero no puedo ganarme la vida así". Todo el mundo pasa baches y también eso te curte, tal vez hoy no estaría aquí con el trofeo si no hubiese pasado por ello. ■

Se presentó el Calendario Solidario

La Fundación María García Estrada y el Cabildo Insular de Tenerife han presentado la tercera edición del Calendario Solidario de la citada Fundación en un acto que tuvo lugar en Santa Cruz de Tenerife. El calendario fue presentado por Antonio Álarco, vicepresidente del Cabildo Insular de Tenerife; Mariam Moragas, directora del proyecto, y Alejandra García-Estrada, miembro del Patronato y hermana de María García-Estrada. Personalidades de todos los ámbitos de la sociedad, la cultura y el deporte canarios han tomado parte en esta iniciativa, resumida en un eslogan: "Doce fotos y doce meses para investigar", cuyo principal objetivo es recaudar fondos para la investigación contra el cáncer, y más concretamente contra los sarcomas, que motivó el fallecimiento de la golfista María García-Estrada el 3 de septiembre de 2005.

Valencia

5,6,7 Mayo 2010

XIII CONGRESO

de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA

Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

**Palau de la Música
y Congresos de Valencia**

*La salud laboral:
compromiso de todos*



www.semst.org

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: lpnizo@drugfarmacongresos.com



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor posible

Cada dolor tiene su historia, **EVALÚALO**

PLATAFORMA **SINDOLOR**

"Treatment to alleviate chronic pain is a human right"
WHO, October 2004

Fundación para la Investigación en Salud



Con el auspicio de

