

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 125 12 de febrero de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

¿Quién teme a la bolsa?

2010,

un año de inversión

Pág. 18

ADEMÁS _____

Acto de celebración
del VII Aniversario
de Medical Economics
y entrega de premios

(págs. centrales)

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

18

¿Quién teme a la bolsa?



un año de inversión

El Ibex-35 finalizó 2009 con una revalorización del 29,3 por ciento, o del 38,3 por ciento si se tienen en cuenta los dividendos, a pesar de que muchos analistas habían pronosticado un mal año bursátil en sintonía con la situación generalizada de crisis económica. Siete reputados expertos bursátiles analizan para MEDICAL ECONOMICS cómo será el comportamiento de la Bolsa en el presente año y señalan las principales oportunidades de inversión.

PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2010

27 Entrega de Premios

MEDICAL ECONOMICS entregó sus Premios VII Aniversario en un acto presidido por José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad, quien aseguró que "*Medical Economics* tiene la virtud de representar con estos premios a toda la Sanidad española".

JUEVES MEDICAL ECONOMICS

43 Despolitización de la Sanidad

Medical Economics organizó una jornada sobre la politización de la Sanidad y la necesidad de establecer a un consenso que nos lleve al ansiado pacto sanitario.

PRÁCTICA PROFESIONAL

52 Servicio secreto

Algunas consultas contratan a personas que se hacen pasar por pacientes para averiguar cómo actúan y se comportan los profesionales con los clientes.

VIDA PERSONAL

59 Una muerte en la familia

Se supone que los médicos deben estar preparados para afrontar las malas noticias y también tienen que estarlo para darlas. Pero todo es más difícil si se trata de tu propia familia.





¿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

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**
- 8 **Profesión/Finanzas**

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 10 **Gestión Profesional**
El tratamiento de las quejas de los pacientes
- 12 **Gestión de Calidad**
Requisitos del control de documentos
- 14 **Tribunales**
Ginecólogo absuelto, hospital condenado
- 16 **Internet y Medicina**
Terminología clínica: esfuerzos de normalización
- 38 **Capital Riesgo**

Y ADEMÁS...

- 6 **De Cerca**
- 62 **Tres de últimas**



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que será posible alcanzar un pacto por la Sanidad?

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

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

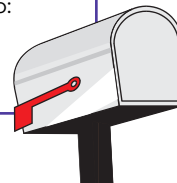


ENCUESTA EXCLUSIVA

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

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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



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

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

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

© Copyright 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

Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

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

Farmaceutur 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

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
Director Fundación 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

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 Ángel García Rodríguez

Presidente. Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Abraham Herrera

Jefe de RR.II y Política Sanitaria de Bayer Schering Pharma

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuin

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales
Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

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 Geriatría
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

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 RR.II. 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

Director del Área Sanitaria de El Ferrol (A Coruña)

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García

Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario
Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero

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

Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso
Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia
Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany

Socio Director
Bufete Alemany Escalona & Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras

Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-Medi Tecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitalares

Mi punto de vista

La sanidad privada como atractivo turístico

La presidencia española de la Comunidad Europea durante el primer semestre de 2010 deberá resolver una cuestión trascendental de nuestro derecho comunitario: se trata de regular el procedimiento mediante el cual los ciudadanos europeos podrán recibir asistencia sanitaria fuera de su país de residencia, con totales garantías y con cobertura tanto asistencial como de los costes de la misma.

Sin entrar a discutir los aspectos jurídicos de la norma, ni tampoco cuestionar las distintas posturas que los países miembros de la UE han adoptado durante el proceso de discusión y que han tenido su reflejo en los medios informativos desde julio de 2008 (fecha de publicación de la propuesta de Directiva relativa a “derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza”), es el momento de hacer una reflexión acerca de este nuevo escenario que se nos avecina y que permitirá, sin lugar a dudas, aprovechar nuestras estructuras sanitarias para ponerlas a disposición de un nuevo colectivo, el colectivo de ciudadanos europeos.

Es evidente que la calidad y competencia de nuestras entidades y centros sanitarios ya han traspasado nuestras fronteras, y que muchos pacientes extranjeros reciben tratamientos y asistencia en los mismos durante todo el año. Así mismo, algunos de nuestros centros son referencia a nivel europeo y mundial por su alta especialización tecnológica y por la contrastada calidad asistencial que ofrecen. Concretamente, a las Islas Baleares llegan anualmente más de 13 millones de turistas, la inmensa mayoría de los cuales reciben,

cuando es preciso, algún tipo de tratamiento o asistencia a través de la amplia red de centros de sanidad de titularidad privada (Baleares cuenta con más de mil camas hospitalarias en el ámbito privado, situándose un 1,5 puntos por encima del total estatal en número de clínicas por millón de habitantes). Se demuestra así que la red sanitaria privada constituye un complemento y un valor añadido al producto turístico, nuestra primera industria, que en el caso de la Comunidad Balear nos diferencia de otros destinos turísticos que, en igualdad de condiciones no incluyen este plus en seguridad que nosotros podemos ofrecer.

También es bien cierto que la aplicación de esta norma puede contribuir, en mayor medida, a que se eliminen barreras y a que la superación de fronteras sea aún más extensa lo que, en un futuro inmediato, garantizará que nuestras entidades sanitarias puedan prestar un servicio altamente eficiente a una comunidad supranacional como es el espacio europeo.

Por estas razones reivindicamos desde estas líneas el papel crucial que en todo este proceso debe representar la sanidad española de titularidad privada. En este sentido hay que destacar opiniones como la expresada por Antonio Montero, vicepresidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, en su comparecencia ante la Comisión de Sanidad del Senado (28 de octubre de 2009): “la sanidad de titularidad privada ocupa a 325.000 profesionales: 250.000 en el régimen general y 75.000 en el de autónomos. El sector genera empleo de forma sostenida y creciente en los últimos años (en



A. Miquel Fuster*

2006 el número total de trabajadores del sector sanitario privado era de 295.000 profesionales)”. La contribución del sector sanitario privado al PIB sanitario supone un 2,4 por ciento del total. Un papel crucial no ya por ser complementaria de nuestro sistema público, como prefiere denominarla, sino también como complementaria y quizás, por qué no, sustitutoria, en el futuro Sistema Sanitario Europeo que surgirá del actual conglomerado de sistemas vigentes.

Por tanto, debemos instar a las distintas organizaciones que representan a la sanidad de titularidad privada de España para que, aunando sus esfuerzos, requieran de forma unánime y sin reservas, a las administraciones y autoridades implicadas, Gobierno y comunidades autónomas, máxima dedicación, implicación y celeridad para llevar a buen fin este encargo recibido del Parlamento Europeo, contando para ello con nuestros centros asistenciales, los cuales están absolutamente preparados, con medios tecnológicos y humanos de vanguardia, para abordar con garantías de calidad y seguridad este nuevo reto que se nos avecina. ■

*Gerente. Unión Balear de Entidades Sanitarias (UBES).

Juan José López-Ibor Aliño, catedrático y director del Instituto de Psiquiatría del Hospital Clínico de San Carlos

“La felicidad es olvidarse de uno mismo”

Tranquilo, reflexivo, monótono en la voz (baja y sin altibajos), Juan José López-Ibor Aliño juega con un pendrive entre los dedos, mientras habla con cierta parsimonia. El lugar es un amplio despacho frío y desnudo de objetos personales, algunos libros clínicos y poco más en las paredes (“aquí enseño e investigo, no paso consulta”), lo que el profesor compensa con su calidez y cierto humor de corte inteligente. En la entrevista, hace un repaso por su vida y por alguna parte de su mente, aunque sostiene que “la felicidad es olvidarse de uno mismo”.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: ¿Cuenta cuentos o los escribe? Su padre recopiló la mayor antología de cuentos de misterio y terror...

RESPUESTA: Maravillosa antología. Pero yo [sonríe] ni escribo ni cuento cuentos. Me gusta contar realidades, y encontrar las realidades que hay detrás de los cuentos. Esa antología tiene un prólogo de mi padre donde explica muy bien por qué el terror atrae. Todo cuento tiene un punto de realidad y es una manera metafórica de ver la realidad.

P. ¿Cuántos especialistas en Psiquiatría hay en la familia López-Ibor?

R. Pues cuatro hermanos (entre doce), mi padre, un hermano de mi padre, un hermano de mi madre, un primo hermano mío, otro primo hermano de mi mujer y mi hija María Inés, que trabaja conmigo. En total, diez. Y luego otra hija mía psicóloga y varios sobrinos también psicólogos.

P. ¿No es una locura?

R. Es una enfermedad genética, es hereditaria.

P. Tuvo mucho imán su padre a la hora de...

R. Pues tuvo mucho imán y tuvo mucha presencia. La casa de mi padre estaba llena de libros y se respiraba un

ambiente cultural muy grande. Venían muchos amigos, prácticamente todas las noches había alguien a cenar en casa. Era un ambiente, como le digo, bastante cultural, y también médico y psiquiátrico. Pero yo me interesé tarde por la Medicina y más tarde aún por la Psiquiatría. Primero estudié Biología y luego hice Neurología.

P. Y en esos cenáculos familiares, ¿a qué personajes recuerda?

R. Por una parte, estaban los que formaban parte del consejo privado de Don Juan de Borbón, al que pertenecía mi padre, como Torcuato Luca de Tena, Luis María Ansón y Gonzalo Fernández de la Mora; del mundo cultural, el director de teatro José Tamayo y Calvo Sotelo, el escritor; del periodismo, Emilio Romero y Marino Gómez Santos; y otros, como el jurista Alfonso García Valdecasas. Y, claro, alguna imprevista dejaron en mí.

P. Creo que tuvo en su infancia algún episodio de esos que dejan huella, como viajar solo en avión, con ocho años, de Madrid a Ginebra...

R. Mis padres decidieron que pasara el verano en una clínica psiquiátrica muy importante que había entonces, Les Rives de Prangins, a las orillas del lago de Ginebra, donde iban las personas más

adineradas; bueno, en realidad fue en la casa del director, que era amigo de mi padre y tenía hijos de mi edad. Mi padre era consejero de esa clínica. Ahora esa casa es un hotel precioso. Recuerdo que viajé al lado del radiotelegrafista, que se apellidaba Igor, y me decía: “Usted y yo somos primos”. Y ahí pasé parte de mis vacaciones de ese año y muchas temporadas en años posteriores.

P. ¿Le pesa (o le ha pesado) el apellido en el aspecto profesional?

R. No, me ha abierto muchas puertas, como formarme profesionalmente en buenos sitios en el extranjero, y me ha obligado a muchas cosas, a hacerlas lo mejor posible. Y yo no puedo quedar mal.

P. ¿En qué sitios?

R. En Frankfurt (sabía alemán porque de pequeño tuve una institutriz alemana) estudié Neurología y Psiquiatría en Londres, donde trabajé en el Maudsley Hospital, y en esa clínica de Ginebra.

P. Y, tal vez como mecanismo de defensa, le gusta pasar desapercibido...

R. Sí, yo tengo un fondo de timidez que me ayuda a no querer pasar desapercibido. El protagonismo y los actos sociales me gustan lo menos posible, no

los busco activamente. Cuando se es joven, el pasar desapercibido puede ser un mecanismo de defensa, cuando uno ya no es tan joven es una oportunidad para hacer cosas. Uno de mis maestros en Londres me dijo: "Un psiquiatra no debe hacer vida social". Me chocó mucho. Sigo pensando que esa frase es un poco exagerada. Sin embargo, un psiquiatra debe conocer a las personas de una manera profesional, no social.

P. ¿Qué es para usted la felicidad?

R. Olvidarse de uno mismo. Le parecerá una definición muy monacal o monástica...

P. En 1974 es catedrático en Salamanca y, tres años después, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. ¿Cómo vivió esos años de la Transición española?

R. Yo vine al Ramón y Cajal a los pocos meses de haber muerto Franco. Y esos años los viví de una manera normal. La Transición nuestra fue muy política y no tanto social. A mí personalmente me afectó poco.

P. De entre todos los libros que ha escrito, ¿cuál es su preferido y por qué?

R. El preferido siempre es el que está por venir. Y de entre los publicados, no sabría decirle, la verdad. Pero quizá el libro más original es el que se titula *El Cuerpo y la corporalidad*. La primera mitad está escrita por mi padre y la segunda, por mí. Lo que estudia es la experiencia corporal a partir de los fenómenos neurológicos. Combina lo fenomenológico con lo clínico y neurológico. Y ahora estoy pensando en reescribirlo.

P. ¿Y ese libro que está por venir?

R. Llevo muchos meses en un tema que es muy complicado: definir la tristeza normal y la tristeza patológica; cómo decir, cuando alguien se encuentra mal, si está deprimido o no está deprimido. Hay mucho escrito al respecto, pero todo se queda un poco en la periferia.

P. Además de su padre, ¿quiénes han sido sus maestros?

R. Si algo le debo a la Universidad Complutense es que he tenido maestros extraordinarios. Pero los que más impronta han dejado en mi carrera han sido Gómez Oliveros, que dedicó mucho tiempo y cariño al sistema nervioso; Jiménez Díaz, con el que estudié tres años; y en el ámbito de la Psiquiatría, Ramón Sarro, que tenía una inteligencia y una creatividad extraordinarias. En aquella época no había grupos, todos teníamos clase con el catedrático.

P. Y su madre, Socorro Aliño, ¿qué influencia ejerció en usted?

R. Mi madre no se ocupaba de las cosas pequeñas, la casa la dejaba en manos de otras personas. Ella se ocupaba de conseguir que yo fuera a un sitio u otro, de tener profesores en casa para sus hijos, de que su marido ejerciera bien su profesión, etcétera. Pero si un día teníamos fiebre o uno se había roto un dedo..., esas cosas no le interesaban a mi madre en absoluto. Se pasaba la noche leyendo y escribiendo a máquina, y dos horas al día hablando por teléfono con medio mundo. La vida de la familia giraba en torno a ella.

P. Usted prologó en 2007 la primera biografía de su padre, *El hilo rojo en su pensamiento, donde destaca el aspecto humanista de su progenitor, su afiliación monárquica (que le costó el destierro) y "su preocupación por el sentido y el devenir de la sociedad en la que vivió". ¿Ha seguido usted esos caminos e inquietudes?*

R. No tanto como él. Mi padre se sintió muy comprometido con la sociedad en la que vivió. En la democracia, las cosas funcionan de forma más normal, y lo que se pretende es que la sociedad, más abierta y estable, funcione bien.

P. ¿Cuál es su obsesión?

R. Todos tenemos muchas obsesiones. La mía es que las cosas salgan bien. Y si hay algo que me irrita son las cosas



"El protagonismo y los actos sociales me gustan lo menos posible".

mal hechas a conciencia, las pequeñas traiciones y esas cosas. En mi vida, traiciones, traiciones..., digamos que me han puesto zancadillas de todo tipo, unas de tarjeta amarilla y otras de roja directa.

P. ¿Se ha autopsicoanalizado alguna vez? Sus virtudes, defectos...

R. Hay que hacerlo, hay que saber de dónde venimos y a dónde vamos. Antes le he dicho que la felicidad es olvidarse de sí mismo, y yo procuro olvidarme de mis virtudes y mis defectos para protegerme y defenderme.

P. ¿Cuántas personas tiene a su cargo en este Instituto de Psiquiatría y Salud Mental?

R. Somos casi 250, de los cuales 41 son médicos y, entre ellos, dos catedráticos y un profesor titular.

P. ¿Qué diferencias y similitudes encuentra entre la entrevista de un psiquiatra y la de un periodista?

R. Son dos cosas distintas. Nosotros tenemos una técnica de entrevista... [Reflexiona]. Bueno, ahora que lo pienso no son tantas las diferencias. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

2.624

fondos de inversión se registraron en 2009.

427

menos que en 2008.

163.765

millones de euros fue el patrimonio de los fondos en 2009.

74.951

millones de euros menos que el año anterior.

5.617

millones de personas participaron en fondos de inversión en 2009.

Fuente: Inverco.



ANTE EL AUMENTO DE AGRESIONES

La OMC establece las principales pautas de actuación ante la agresión de un paciente

El fenómeno de las agresiones a médicos sigue en línea ascendente y su resolución no debe estar bajo una sola actuación, sino en un conjunto de agentes y medidas con el respaldo jurídico necesario. Así lo considera la Organización Médica Colegial en un documento sobre agresiones médicas elaborado y presentado en su Asamblea General. Además de establecerse las principales pautas de actuación para el colegiado que pueda verse afectado, se contempla la promoción de acuerdos entre las organizaciones profesionales médicas y las administraciones sanitarias y jurídicas con el fin de que las intervenciones en este terreno adquieran una mayor celeridad. Entre otros asuntos, el documento analiza exhaustivamente las causas que pueden dar pie a la violencia y aborda aspectos como el desconocimiento del usuario de cuáles son sus deberes.



EMPRESAS

USP comienza una nueva etapa

Tras lograr refinanciar una deuda de 500 millones de euros con la banca acreedora y dar entrada a Barclays y el Royal Bank of Scotland, USP comienza ahora una nueva etapa con la salida de Gabriel Masfurroll, y la presidencia de John de Zulueta, ex presidente de Sanitas.

De la mano de Gabriel Masfurroll, USP Hospitales se ha convertido en el grupo hospitalario privado más importante de España, con una facturación de 321 millones de euros en 2009 y una ebitda de 32,3 millones. La banca controla ahora el 75 por ciento del capital después de haber capitalizado solo parte de la deuda y se ha hecho con las participaciones del fondo de capital riesgo Cinven y Caixa Geral.



PROYECTO CENIT

GP Pharm, PharmaMar y Faes constituyen Oncológica, con un presupuesto de 17,4 millones de euros

A través del Programa CENIT del Ministerio de Ciencia e Innovación, se ha creado la agrupación Oncológica, agrupación de interés económico entre diversas biotecnologías españolas para desarrollar nuevos fármacos contra el cáncer y mejorar los sistemas de administración de los fármacos ya existentes. El presupuesto inicial asciende a 17,4 millones de euros, aportados a partes iguales entre el Ministerio y los distintos socios, entre quienes se encuentran PharmaMar, Faes Farma, GP Pharma, Cellerix, Geadic Biotech, Neo Codex, Genómica y Dominion Pharmakine.

INDUSTRIA FARMACÉUTICA

El gasto farmacéutico cerró en 2009 con un crecimiento del 4,47 por ciento

El gasto farmacéutico se cerró en 2009 con un crecimiento del 4,47 por ciento en relación con el año anterior, con lo que el Gobierno ha cumplido su compromiso de frenar la subida de la factura pública en medicamentos, que al inicio de la anterior legislatura crecía por encima del 10 por ciento. De hecho, se confirma la tendencia a la moderación que comenzó a apreciarse en abril de 2004, cuando el incremento interanual se situaba en el 11,02 por ciento, tras una subida del 12,15 por ciento en 2003. La moderación del crecimiento del gasto farmacéutico se ha manifestado tanto en el gasto medio por receta, que ha decrecido un 0,45 por ciento con respecto a 2008, como en el número de recetas facturadas, que se han incrementado un 4,94 por ciento, por debajo del 5,47 por ciento del año pasado.



INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Genetrix cierra una ronda de financiación por importe de 9 millones de euros

El grupo biotecnológico español Genetrix ha cerrado una ronda de financiación por valor de 9 millones de euros suscrita por sus actuales socios y por la inversora Casticapital, que se incorpora como nuevo accionista y con puesto en el consejo. Con el cierre de esta operación, el Grupo Genetrix ha participado en dos de las tres ampliaciones de capital de mayor volumen en el sector biotecnológico español en el año 2009. Esta ronda de capital se une a las ya cerradas por las empresas Cellertix y Biobide, participadas por el Grupo Genetrix, por un valor de 27 y 3 millones de euros, respectivamente.



TECNOLOGÍA SANITARIA

Microsoft implantará en Valencia un centro de innovación sanitaria

Microsoft y la Generalitat Valenciana han firmado un acuerdo para la creación de un centro de innovación en tecnologías de la salud en la región mediterránea. El centro podría crear en principio 88 puestos de trabajo, aunque el presidente de la Generalitat Valenciana, Francisco Camps, recalcó que los beneficios para la economía local serán "infinitos". "Estamos hablando de crear la sanidad no ya del siglo XXI, sino del siglo XXII", declaró Camps tras la firma del acuerdo, en la sede neoyorquina de la compañía. "Valencia ha sido elegida por Microsoft para la creación de un centro único en el mundo que va a servir para experimentar y poner en práctica todas las tecnologías de la información aplicadas a la salud".

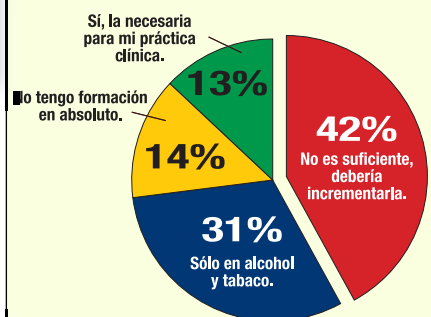


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

¿Cree que tiene suficiente formación sobre drogodependencias?



La mayoría de los encuestados (un 42 por ciento) dice no tener suficiente formación en drogodependencias, y un 31 por ciento, sólo tiene formación en alcohol y tabaco. El 14 por ciento de los encuestados aseguran que no tienen formación en absoluto sobre drogodependencias, mientras que un 13 por ciento aseguran tener la necesaria para su práctica clínica.

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

Gestión Profesional

El tratamiento de las quejas



José María Martínez García*

» Independientemente de cuál sea la actitud del paciente o su familiar acompañante, al formular su queja escuche con paciencia y no interrumpa.

» Si ha alcanzado una fase en la que queda claro cuál es el problema y qué se puede hacer sobre el mismo, actúe rápidamente y procure cumplir lo que hayan acordado.

Todas las personas que trabajan en una institución sanitaria y fundamentalmente aquellas que desempeñan sus funciones, clínicas o no, en relación directa con el paciente, deberían conocer cómo enfrentarse a una queja, al menos en su fase inicial, con independencia de que esté en sus manos o no la solución definitiva. A continuación, voy a describir los pasos que recomiendo para su tratamiento correcto.

Escuche sin interrupciones. Independientemente de cuál sea la actitud del paciente o su familiar acompañante, al formular su queja escuche con paciencia y no interrumpa.

No se ponga a la defensiva. Incluso cuando la queja que está escuchando sea, en su opinión, infundada, o se refiera a su propio comportamiento, es importante no tomarse-lo de manera personal.

Manténgase calmado y no pierda el control. Recuerde que, si recibe bien la queja y la escucha sin interrupción, el paciente se calmará gradualmente.

Reconozca y acepte el problema. Utilice frases como: "Siento que haya tenido este problema, pero le agradezco que nos lo haya hecho saber, así podremos ayudarle".

Expresa empatía. Manifieste que comprende cómo se siente, con frases apropiadas, con lo que el paciente apreciará que le entienda y estará más dispuesto a colaborar.

Pregunte para clarificar el problema. Cuando las emociones se hayan calmado, resume los hechos tal y como los ha entendido y repita la información al paciente.

Averigüe qué requiere el paciente. Incluso cuando la queja sea aparentemente sobre un problema concreto, no saque conclusiones rápidas sobre lo que cree que el paciente desea para sentirse mejor con la situación experimentada.

Explique hasta dónde puede llegar. Antes de prometer nada al paciente, explique lo que

puede y lo que no puede hacer para ayudarle. Si el paciente quiere que haga algo que está más allá de su alcance, ofrezca trasladar su queja a la persona competente.

Razone las posibles opciones y alternativas. Mientras esté con el paciente, discuta las posibles alternativas en las que pueda pensar para dirigir el problema. Si es posible, ofrezca al paciente la posibilidad de participar en la solución del mismo y elegir lo que considere la mejor opción. En ocasiones, no será posible solucionar definitivamente el problema si el paciente no queda satisfecho con ninguna de las opciones planteadas. Incluso en estas circunstancias, podrá transmitir que le ha escuchado y tratado correctamente, dándole la mejor explicación posible, mostrando una actitud abierta y honesta y comportándose de manera profesional y considerada.

Actúe. Si ha alcanzado una fase en la que queda claro cuál es el problema y qué se puede hacer sobre el mismo, actúe rápidamente y procure cumplir lo que hayan acordado.

Si sospecha que la queja va a más. En ciertas ocasiones podrá percibir y distinguir, por el tono en el que se formula la queja o la forma en la que la recibe, el motivo por el que se produce y que dicha queja podría ir más allá de una simple protesta o malestar por parte del paciente y/o la familia.

Si sospecha una reclamación o demanda tras un suceso adverso. Obtenga información de lo sucedido, lea la historia clínica, pero no la modifique, hable con quien intervino en la asistencia, procure estar accesible e informar al paciente o familia, explique de manera objetiva lo sucedido y las medidas tomadas para solucionarlo, evite criticar las actuaciones de otros profesionales sanitarios, notifíquelo a su mediador y/o compañía aseguradora y evite discutir el tema con quien no sea de su entera confianza, y siga las normas establecidas en su centro. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net



¿Tiene alguna obsesión?
Nosotros sí,
servicio, servicio, servicio.

Más de 500.000 profesionales disfrutan de nuestro servicio.

SEGUROS PERSONALES

- > Automóvil, Motos y Ciclomotores
- > Multirriesgo Hogar
- > Responsabilidad Civil General
- > Multirriesgo Viajes
- > Multirriesgo Accidentes
- > Multirriesgo Embarcaciones

SEGUROS PROFESIONALES

- > Responsabilidad Civil Profesional
- > Multirriesgo Farmacia
- > Responsabilidad Civil de Instalaciones Radiactivas
- > Multirriesgo Establecimientos Sanitarios
- > Responsabilidad Civil de Sociedades Sanitarias
- > Defensa y Protección por Agresión
- > Multirriesgo PYME



Más información en:
Teléfono Central de Madrid **91 343 47 00 - 902 30 30 10**
A través de internet: www.amaseguros.com
En las delegaciones A.M.A. de su provincia

Gestión de Calidad

Requisitos del control de documentos



Luisa Bautista*

» El listado de control de documentación relacionará todos los documentos en su estado de revisión actual y fecha de edición, pudiendo este listado ser único o existir varias listas.

» La distribución de documentos revisados debe asegurar la retirada de las versiones anteriores y su identificación como obsoletas.

Un sistema de gestión de calidad documentado tiene entre sus objetivos el suministrar instrucciones uniformes y consistentes a los miembros de la organización. Este sistema, y por tanto, los documentos que lo soportan evolucionarán en la misma medida que la compañía, por lo que es importante asegurar que todos los integrantes de la misma tengan la edición vigente de la documentación que aplique.

El propósito principal del control de documentación es asegurar que el documento preciso del sistema de calidad estará disponible en el momento correcto y en el lugar apropiado.

En la norma ISO 9001:2008 los requisitos relativos al control de documentos se establecen en el apartado 4.2.3., de control de documentos. Se indica que debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios de aprobación, revisión y actualización, identificación de cambios, disponibilidad, legibilidad e identificación, documentación externa y control de documentos obsoletos. En la práctica es la alta dirección quien decide el nivel de autorización para revisar y aprobar los documentos del sistema de gestión de calidad, no teniendo que ser la misma función quien apruebe el manual que los procedimientos operativos o las instrucciones de trabajo, por ejemplo puede establecerse que el manual de funciones pueda ser aprobado por el departamento de Recursos Humanos, que no tendrá bajo su responsabilidad la aprobación de ningún otro documento.

Es necesaria evidencia de esta revisión y aprobación para demostrar la conformidad con el requisito. Normalmente, pero no es necesario que esto se haga así, se firma la copia maestra como evidencia. El listado de control de documentación relacionará todos los documentos en su estado de revisión actual y fecha de edición, pudiendo este listado ser único o existir varias listas que cubran las diversas categorías de los documentos utilizados, siendo

este listado un documento del sistema de calidad y sujeto por tanto al mismo control de edición, revisión y distribución que el resto de documentos. Se hace por tanto imprescindible asegurar que todas las ediciones pertinentes de los documentos se encuentren disponibles en todos los lugares donde el documento es necesario por razones de referencia y que los documentos obsoletos son retirados de todos los puntos de uso, siendo esta tarea lograda mediante el control de la distribución. Dicho control de la distribución debe ser planeado cuidadosamente para evitar situaciones en las que documentos obsoletos puedan ser usados sin intención. La lista de distribución debe ser cuidadosamente estructurada para asegurar que todo el que necesite acceso lo tenga pero esto no significa que se tengan que emitir copias individuales, sino únicamente asegurar que los documentos serán fácilmente accesibles.

La distribución de documentos revisados debe asegurar la retirada de las versiones anteriores y su identificación como obsoletas. Este control de distribución también es aplicable a la documentación externa. Como mecanismo para asegurar que un documento es controlable, se puede incluir cierta información en el mismo, que facilite su identificación: título, número de documento, indicación de la edición y estado de revisión, evidencia de revisión y aprobación, número de páginas y una hoja de modificaciones para mostrar el historial de revisiones.

Con respecto a los cambios en los documentos, debemos tener en cuenta que estos son frecuentes debido principalmente a que puede ser necesario rediseñar un proceso o bien como aclaración para lograr una mejor comprensión del mismo. Con frecuencia, el cambio de pocas palabras puede constituir un cambio significativo en el proceso, y por tanto, y para llamar la atención sobre el mismo es frecuente utilizar una hoja que explica el histórico de modificaciones describiendo brevemente la naturaleza del cambio. ■

*Responsable de Gestión de Proyectos y Calidad. Subdirección Médica de Clínicas. ASISA.

Más de

22

años de **INNOVACIÓN**
en cáncer



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

www.celgene.es

Tribunales

Ginecólogo absuelto, hospital condenado



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Civil
Sentencia 20-7-2009

Hechos

La reclamación efectuada en este juicio tuvo su origen en las secuelas producidas a un menor como con secuencia de haber realizado a la madre la cesárea hora y media después de retraso. Todo lo cual fue determinante para que el niño naciera con un sufrimiento fetal agudo que le ocasionó un grave retraso psicomotor y una encefalopatía hipoxia perinatal, así como otras secuelas. La sentencia consideró que la causa de las secuelas que padece el niño fue debida al excesivo tiempo de duración del sufrimiento fetal provocado por la demora en la práctica de la cesárea, indicando que lo determinante de este retraso lo constituyó la falta de personal adecuado para la práctica en el centro.

Fallo

La sentencia de la Audiencia Provincial absolvió al ginecólogo y condenó al centro médico demandado, lo que determinó la interposición del recurso de casación por parte de los padres y del centro médico. Los padres lo interpusieron por tres motivos: el primero y el segundo por infracción de los artículos 1.101, 1.103, 1.104 y 1.258 del Código Civil, pretendiendo una revisión del juicio de culpabilidad sobre la actuación del ginecólogo, invocando, principalmente, la doctrina del daño desproporcionado y de la carga de la prueba, interesando su condena y la de las compañías de seguros que garantizaban el riesgo. En el tercer motivo se solicitó la revisión del *quantum* indemnizatorio, interesando el resarcimiento total y absoluto del menoscabo padecido. Los motivos del hospital y de la compañía de seguros se basaron en los artículos 26 y

28 de la Ley de Defensa de los Consumidores y Usuarios y también en el 1.101 1.104 y 1.902 del Código Civil.

La sentencia de la Audiencia estimó que el retraso de 1,45 horas en realizar la cesárea no fue imputable al ginecólogo, sino al sistema inadecuado de guardias del centro médico. El Tribunal Supremo declaró no haber lugar a la casación.

ANÁLISIS: La práctica de las cesáreas

Nos encontramos ante una sentencia más motivada por reclamaciones ante los tribunales por niños nacidos con parálisis cerebral por causa de sufrimiento fetal, en donde además se reclama también contra el centro médico por una deficiente asistencia sanitaria.

En el caso que nos ocupa, el origen de la condena al hospital no es otro que éste ofrecía un servicio de urgencias médico-quirúrgicas y tocologías y, por tanto, estaba obligado a instrumentar las medidas necesarias para que una cesárea pueda hacerse en un tiempo prudencial, ya que si el feto presenta amenaza de pérdida de bienestar, cada minuto que pasa es de una gran importancia.

La cesárea, una vez determinada por el ginecólogo su realización, debe de ser inmediata, salvo en los casos en que esté programada y con un feto sano y sin sospecha de que existe sufrimiento fetal, lo cual es fácil de determinar con la monitorización de la parturienta, así como la prueba del PH. Hay que señalar que, si bien el número de cesáreas ha aumentado en los últimos quince años, lo cierto es que no ha disminuido, desde el punto de vista estadístico, el número de niños que nacen con este problema, lo cual quiere decir que las anomalías pueden ser también por patologías sufridas durante el embarazo y no sólo en el momento del parto o minutos antes del mismo. ■

» La sentencia de la Audiencia Provincial absolvió al ginecólogo y condenó al centro médico demandado, lo que determinó la interposición del recurso de casación por parte de los padres y del centro médico.

» La sentencia de la Audiencia estimó que el retraso de 1,45 horas en realizar la cesárea no fue imputable al ginecólogo, sino al sistema de guardias inadecuado.

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

Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

Entregados los IX Premios ASEDEF

Jesús Papaseit y José Luís Pedraz, en las categorías de divulgación e innovación respectivamente, recogieron sendos galardones en la Real Academia Nacional de Farmacia.

La Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF) celebró recientemente en la Real Academia Nacional de Farmacia la entrega de la IX Edición de los Premios de la Asociación de Derecho Farmacéutico, en los que se reconoció la labor periodística y docente de Jesús Papaseit y José Luís Pedraz, respectivamente. Los premios, que cuentan con el apoyo y patrocinio de la compañía química farmacéutica alemana Merck, se otorgaron en una ceremonia conducida por el periodista Ramón Sánchez Ocaña, y distinguieron dos categorías: divulgación e innovación.

En la categoría "Divulgación", donde se reconoce el mejor artículo periodístico sobre medicamentos, el galardonado

recaió en Jesús Papaseit con el trabajo titulado "La muerte como negocio", publicado en la revista *DT*. Papaseit resume en el artículo el grave problema de la venta ilegal de fármacos, el insuficiente control que ha permitido que "muchas familias hayan hecho acopio de medicamentos por la red". Sin embargo, continúa el premio, "pese a existir muchos frentes abiertos aún, gracias al esfuerzo de asociaciones, colegios y demás profesionales se está limitando y controlando este tipo de actividades".

Por su parte, José Luís Pedraz, catedrático de Tecnología Farmacéutica de la Universidad del País Vasco, recogió, junto con su equipo, el premio en la categoría de "Innovación" por el trabajo titulado "Xenogeneic transplanta-



Foto de familia de todos los premiados.

tion of erythropoietin-secreting cells immobilized in microcapsules using transient immunosuppression", publicado en *Journal of Controlled Release*. Esta categoría reconoce la labor investigadora del profesional del ámbito sanitario sobre el campo de los medicamentos y su contribución a la salud de las personas. ■

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

Internet y medicina

Terminología clínica: esfuerzos de normalización



Marcial García Rojo*

Durante muchos años, diversos organismos internacionales, algunos de ellos con apoyo de la OMS, han realizado significativos esfuerzos para la normalización de la terminología clínica. Este esfuerzo ha dado frutos muy significativos como el uso generalizado de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) en gestión hospitalaria y en la codificación de la actividad clínica o en registro de tumores. Otros sistemas ampliamente utilizados en nuestros centros sanitarios son la CIE-oncológica (CIE-O) o la CIE aplicada a Odontología y Estomatología (CIE-OE). Algunas de estas clasificaciones derivan de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Todos estos sistemas proveen las bases prácticas y convenientes para clasificar y codificar los datos por parte de todos aquellos que trabajan en diversos sectores sanitarios.

La creciente demanda de información, cada vez más compleja, ha impulsado la creación de nuevas soluciones para terminología clínica, no sólo orientadas a disponer de un sistema de vocabulario controlado o una clasificación de enfermedades, sino poder disponer de un completo sistema terminológico que incluya todos los conceptos necesarios para el desarrollo de la actividad clínica, como contexto social, hallazgos clínicos, enfermedades, estadificaciones y escalas, estructuras corporales, tipos de muestras o especímenes, organismos, procedimientos y productos biológicos y farmacéuticos.

En algunas áreas específicas, por ejemplo, en anatomía humana, o en biología molecular, aún es necesario un esfuerzo significativo para definir un vocabulario normalizado y situar esos conceptos en el contexto adecuado que permita mejorar nuestro conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano sano y enfermo. En el caso de la anatomía humana, la terminología utilizada habitualmente

en los centros de salud, hospitales, libros de texto, atlas y artículos científicos puede diferir de la terminología oficial (Terminología Anatómica). Esta discrepancia puede ser fuente de confusión, malos entendidos y problemas de interpretación.

En general, la solución más adecuada es permitir a los usuarios que utilicen los términos con los que están más familiarizados (por ejemplo, arteria mamaria interna y anastomosis arteriovenosa), aunque dejando constancia de los términos oficiales (arteria torácica interna y anastomosis arteriovenular, respectivamente) y posibles sinónimos o términos oficiales alternativos (por ejemplo, válvula atrioventricular izquierda y válvula mitral).

SNOMED CT ofrece respuesta a esta necesidad de integración e interrelación entre términos, permitiendo el uso de sinónimos, ya que es un sistema racional (ontología) que representa conceptos verdaderos y no meras listas de términos inconexos, carentes de sistematización. El desarrollo de la versión castellana de SNOMED comenzó en Buenos Aires en 1996, aunque previamente se habían realizado traducciones al español del microglosario de Anatomía Patológica en algunos centros hospitalarios españoles.

España se ha incorporado recientemente a la Organización Internacional para el Desarrollo de Estándares de Terminología en Salud (IHTSDO). En la sección de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud del área de profesionales de la *web* pública del Ministerio de Sanidad y Política Social existe un área de recursos semánticos que permite solicitar licencias y descargar la edición internacional de SNOMED CT. También es posible utilizar SNOMED CT mediante la aplicación CliniClue Xplore, recientemente renovada y disponible gratuitamente en Internet, con licencia *freeware*, en <http://www.cliniclue.com/software>. ■

» Todos estos sistemas proveen las bases prácticas y convenientes para clasificar y codificar los datos por parte de todos aquellos que trabajan en diversos sectores sanitarios.

» En algunas áreas específicas, por ejemplo, en anatomía humana, o en biología molecular, aún es necesario un esfuerzo significativo para definir un vocabulario normalizado.

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

We care.



Siempre cerca de ti

En el **Hospital Xanit Internacional** queremos cuidar de ti y de los tuyos. Ofrecerte la mejor asistencia sanitaria con un trato personalizado, porque sabemos que la medicina de calidad se basa en el compromiso y la confianza.

Gracias a nuestro prestigioso cuadro médico, que cubre prácticamente todas las especialidades, a la tecnología más avanzada y al cuidado, ayuda y apoyo de todo nuestro equipo, hemos logrado que el Área de Corazón, el Área de Oncología y el Área de Neurociencias, entre otras, sean hoy una referencia en Málaga.

El **Hospital Xanit Internacional** cuenta con una reputación que crece día a día y todo para cuidarte mejor.

Más información en www.xanit.net

Xanit 
Internacional
Hospital

Xanit Internacional colabora con



Únete. 952 56 49 10

¿Quién teme a la bolsa?



un año de inversión

Por Gonzalo San Segundo
Director asociado

Siete reputados expertos bursátiles analizan para MEDICAL ECONOMICS cómo será el comportamiento de la Bolsa en el presente año y señalan las principales oportunidades de inversión. En el mercado español los preferidos son Gas Natural, BBVA, Telefónica e Iberdrola. Y en el sector farmacéutico la apuesta son las biotecnológicas.



Natalia Aguirre Vergara.



José Luis Barreras Villarias.



Víctor Peiró Pérez.



Alberto Roldán Navarro.



Antonio Sáez del Castillo.



Víctor Alvagonzález Jorissen.



David Tomás Navarro.

Los teóricos dicen que la crisis aún puede dar sustos bursátiles en 2010. Y en el escenario que dibujan aparecen nubarrones como éstos: los gobiernos poco a poco irán cerrando el grifo financiero a los bancos que necesitaron fuertes inyecciones de dinero público; resulta muy probable que suban los tipos de interés en la zona euro, fenómeno ante el cual la Bolsa es alérgica; y los altos niveles de endeudamiento de algunos países, como España, Grecia e Irlanda, pueden pasar factura. Todo ello producirá mucha volatilidad en los mercados, lo que aconseja actuar con prudencia.

Previsiones para la Bolsa

¿Se prevén cosas buenas para la Bolsa? Por supuesto que sí. Los principales países occidentales, con Estados Unidos, a la cabeza, tendrán crecimientos cada vez más positivos en sus economías, aunque España continuará claramente rezagada; la reforma fiscal en nuestro país, que grabará las rentas del capital con el 21 por ciento, ayudará a los fondos de inversión a captar más patrimonio; los resultados empresariales, en general, se comportarán mejor o igual de lo esperado; y los países emergentes, como Brasil, China y la India, darán las mayores alegrías a los inversores. Por eso, habrá que seleccionar, dentro del mercado bursátil español, aquellas empresas que tienen fuerte presencia en esos países.

De ahí que si se pretende pasar el año con sosiego y conseguir unas ganancias extra en los mercados de renta variable, los expertos recomiendan evitar los valores “muy españoles”, es decir, aquellas empresas con escasa diversificación geográfica, y huir de los valores con un PER (número de veces que el beneficio está contenido en la acción) superior a 12 ó 14.

En tiempos de crisis la Bolsa sufre una desbandada de pequeños inversores. Se huye de ella como del lobo feroz. Pero a estas alturas de la película y con el horizonte puesto a finales de este año 2010, el lobo no es tan fiero como algunos lo pintan. Al menos eso es lo que dicen los expertos, que sitúan el Ibex-35 entre los 13.000 y 13.800 puntos en diciembre. Sus análisis y recomendaciones se muestran en las páginas siguientes. ■

Pronóstico de los expertos para diciembre de 2010*

S&P 500⁽¹⁾

| Compañía | Objetivo | Potencial (%) |
|-----------------|--------------|---------------|
| JP Morgan | 1.300 | 14,53 |
| Bank of America | 1.275 | 12,33 |
| Goldman Sachs | 1.250 | 10,13 |
| RBC | 1.200 | 5,72 |
| Credit Suisse | 1.125 | -1,12 |
| <i>Media</i> | <i>1.223</i> | <i>7,75</i> |

⁽¹⁾ Partiendo de los 1.135 puntos.

IBEX-35⁽²⁾

| Compañía | Objetivo | Potencial (%) |
|--------------------|---------------|---------------|
| Ahorro Corporación | 14.600 | 21,66 |
| GVC Gaesco | 13.700 | 14,16 |
| Renta 4 | 13.500 | 12,50 |
| Banco Sabadell | 13.150 | 9,58 |
| Banesto Bolsa | 13.000 | 8,33 |
| <i>Media</i> | <i>13.396</i> | <i>11,63</i> |

⁽²⁾ Partiendo de los 12.000 puntos.

Fuente: Bloomberg y elaboración propia.

Estrategia: rentabilidades por dividendo superiores al 5 por ciento



Natalia Aguirre Vergara, directora de Análisis y Estrategia de Renta 4.

RECOMENDAMOS

En España: Telefónica, BBVA, Gas Natural, Iberdrola y Grifols.

En Europa: Totalfina (Italia), E.On (Alemania) y France Telecom (Francia).

En Wall Street: Pfizer y Wal Mart.

Podríamos decir que lo peor de la crisis financiera ha pasado: las medidas de apoyo (rescates financieros, políticas monetarias y fiscales extremadamente laxas) han evitado el riesgo sistémico. De cara a 2010, y asumiendo un escenario de moderada recuperación a nivel global (aunque con grandes diferencias por zonas geográficas, con los emergentes actuando como motor del crecimiento mundial, los desarrollados creciendo claramente por debajo de su potencial y España manteniendo tasas negativas de crecimiento en el conjunto de 2010), bajas presiones inflacionistas, recuperación de beneficios empresariales (+15 por ciento en Ibex), moderado repunte en TI-Res (4,25 por ciento y prima de riesgo en niveles medios históricos (4,5 por ciento), apreciamos valor en las bolsas para el conjunto del año (objetivo Ibex: 13.200-13.500 puntos). Será no obstante un año no exento de volatilidad, propiciada por “ruidos” (ejemplo: moratoria de Dubai,

rebaja del rating de Grecia, “outlook” negativo para España) y por la progresiva retirada de los estímulos económicos: las autoridades apoyarán las bolsas en caídas (manteniendo los estímulos mientras sean necesarios) pero también limitarán los avances en subidas (retirando los estímulos en la medida en que ya no sean precisos).

El hecho de que los tipos de interés vayan a estar bajos durante una larga temporada favorecerá la inversión en renta variable. Ahora bien, seríamos extremadamente selectivos en la composición de nuestra cartera: durante 2009, las compañías cíclicas y financieras han subido al menos el doble que los valores defensivos. De cara a 2010, el binomio rentabilidad-riesgo es más favorable para compañías defensivas, con dividendos importantes: en un entorno de tipos bajos (1 por ciento), la búsqueda de rentabilidades por dividendo superiores al 5 por ciento es la estrategia a seguir (Telecos, Utilities, Petroleras). ■

La renta variable es ‘a priori’ el activo más atractivo



Alberto Roldán Navarro, director de Análisis de Inverseguros.

RECOMENDAMOS

En España: Gas Natural, Gamesa, Enagás, Iberdrola Renovables y Europac.

En Europa (Euro Stoxx 50): Vivendi, E.On, ArcelorMittal, Alstom y Munich Re.

Empezamos un nuevo año y de nuevo la renta variable afronta un ejercicio complicado y difícil, que igualmente lo es para aquellos que a través del análisis intentamos dar una referencia sobre cómo pensamos que pueden evolucionar los mercados. La clave para entender 2010 está en comprender bien de dónde venimos. Básicamente, y de manera muy resumida, hemos atravesado una profunda crisis financiera que por su carácter pandémico se ha transmitido con una fuerza insospechada, provocando la mayor crisis económica desde la década de los 30, aunque sobre esa aseveración leída hasta la saciedad me reservo mis dudas, ya que creo firmemente que ninguna gran crisis es comparable por el diferente contexto en el que se produce. Igualmente importante es entender

que no estamos al final de ese túnel por el que nos hemos movido y que el tramo que falta es importante. Ese aspecto es fundamental, entender que no se puede dar por cerrada una crisis hasta que la misma da pie a un nuevo ciclo de crecimiento, que a día de hoy se muestra muy débil y frágil. Si asumimos, por tanto, que el entorno se muestra incierto y la visibilidad sobre la recuperación muy baja, podemos ir anticipando qué nos puede ofrecer 2010.

El gran catalizador de la renta variable son los beneficios y lo que estamos dispuestos a pagar por ellos. Sobre lo primero hay una gran incertidumbre en la medida que ese ciclo, que hemos comentado es frágil, no permite garantizar un crecimiento sostenido en los resultados de muchas compañías. Sobre lo segundo, existe la falsa creencia de que la renta varia-

ble está barata por el efecto de las fuertes caídas que hemos visto en 2008 y parte de 2009. Otro aspecto capital para entender 2010 está en la importante liquidez acumulada. En España, por poner un ejemplo, la tasa de ahorro se sitúa en su máximo histórico (14 por ciento) lo cual no significa que la misma vaya a revertir íntegramente en forma de inversión. Ese es un error largamente observado y de nuevo me remito a las cifras que nos da el mercado. Sólo en 2009, en España han salido de la industria de los fondos de inversión más de 15.000 millones de euros por un motivo básico, el inversor busca y seguirá buscando a toda costa preservar su capital. Esa máxima es la otra gran clave de mi visión sobre 2010. El úni-

co gran sostén de esa liquidez de cara a la renta variable puede estar en la actividad corporativa, pero no en una recuperación de activos gestionados mediante la vuelta del pequeño inversor a los mercados, ya que la misma será gradual y muy tendencial.

En definitiva, a nivel general la visión que puedo aportar sobre 2010 es muy moderada en términos de potencial. Indudablemente la renta variable se presenta como el activo *a priori* más atractivo para un inversor, pero las incertidumbres son considerables. Por ese motivo, alertamos sobre la necesidad de buscar buenas vías de análisis y una gran coherencia para obtener lo que todos buscamos en la inversión en renta variable: rentabilidad y seguridad. ■

Comprar, seguir el precio y vender cuando el valor deja de ser alcista

El mañana es una indeterminación que a pesar de los siglos que lleva en existencia la vida del ser humano no ha sido capaz de determinarlo. Hasta que no llega el momento preciso la realidad no toma cuerpo y en seguida desaparece. La realidad es un instante y no es nada más, por eso estimado lector, ¿sería usted capaz de afirmar que llegará con vida a la próxima navidad?

Predecir los precios de los productos cotizados en los mercados organizados y reglamentados (las Bolsas) ya se hace con bastante aproximación, pues el conocimiento ha ido aumentando hasta ya poderlo considerar como una ciencia más, pero todas las ciencias tienen un campo de validez y como norma general no dan resultados fiables más allá de donde llega el conocimiento, por eso hacer una predicción ahora para el resto del año o simplemente para tres meses e, incluso, un par de semanas es un acto voluntarioso, más que científico. La voluntad varía y por eso lo que les diga respecto a comprar o vender valores, ni siquiera será una aproximación, será, repito, un acto voluntarioso de querer agradar o querer resolver una petición que con mucho gusto complazco.

Considere que comprar una acción en un momento determinado supone abrir una indeterminación para el tiempo futuro, pues el concepto sólo de comprar no existe, lo que sí existe es analizar en un momento determinado y comprar, a continuación hacer el seguimiento al precio de esa acción y utilizar unos determinados parámetros de control por abajo, de tal manera que siempre que los cumpla se sigue comprado o manteniendo la posición comprada, pero en un momento determinado el precio lo giran, viola los parámetros de control y la solución inmediata es vender.

Se trata de comprar, hacer el seguimiento al precio y cuando deja de ser alcista, entonces vender, lo que se entiende por cerrar la posición, por lo tanto, simplemente comprar y dejarlo ahí para medio y largo plazo, sepa que eso no existe; hay cosas que son verdad y otras que son mentira y otras que no existen, pero aún no he acertado a saber por qué el ser humano no instruido con dinero e ilusión desmesurada se afana por querer hacer y hacer lo que no debe hacer, pero así es una parte importante de cómo el ser humano derrocha o tira el



Antonio Sáez del Castillo,
presidente de Gesmovasa.

RECOMENDAMOS

En España: BBVA, Santander, Endesa, Iberdrola, Compañía Auxiliar de Maquinaria y Antena 3.

En Europa: Sanofi Aventis.

En Wall Street: Merck, Hewlett Packard, Citigroup, 3M, Colgate, Alcoa, Altria, IBM y General Electric.

dinero conseguido siempre con gran esfuerzo. Este concepto no es sólo para las acciones, también para los fondos de inversión o cualquier producto co-

tizado en los mercados. Con respecto a la economía real, que nada tiene que ver con los mercados, el año 2010 igual o peor que 2009. ■

Objetivo del Ibex: 13.000 puntos en diciembre



José Luis Barrera Villarias, director de Análisis de Banesto Bolsa.

RECOMENDAMOS

En España: Telefónica, Gas Natural, BME, Iberdrola Renovables y Técnicas Reunidas.

Después de la fuerte revalorización registrada por las bolsas desde el pasado mes de marzo de 2009, los mercados se enfrentan a una nueva fase en 2010, caracterizada por un contexto en el que los agentes tendrán que ser capaces de consolidar la recuperación económica, con menor apoyo de las políticas públicas, tanto fiscales como monetarias. En este sentido, 2010 será el año en que las economías deberán hacer la transición desde un “vuelo dirigido” a un “vuelo sin motor”, con los riesgos e incertidumbres que eso supone.

En este contexto, pensamos que la bolsa española, apoyada en un crecimiento de los beneficios cercano al 6 por ciento, tiene recorrido al alza, aunque los múltiplos se mantendrán por debajo de sus valores medios de ciclo ante las incertidumbres que to-

avía permanecerán sobre el entorno económico.

Situamos nuestro objetivo para el Ibex-35 en 13.000 puntos en diciembre 2010, lo que supone un múltiplo PER ([número de veces que el beneficio está contenido en la acción] de 12 sobre nuestro BPA10 [beneficio por acción en 2010]). Vemos el recorrido de las bolsas durante 2010 más centrado en los primeros meses del año, donde el flujo de noticias puede ser más positivo e ir empeorando progresivamente a medida que avance el ejercicio. Esperamos que el año en bolsa sea, por tanto, de más a menos, por lo que la selección de valores concretos irá gradualmente teniendo un mayor peso en el diseño de las decisiones de inversión a medida que avance el año, ante la ausencia de una clara tendencia alcista una vez transcurridos los primeros meses. ■

Objetivo de los fondos: superar la rentabilidad de los depósitos



Víctor Alvargonzález Jorissen, consejero delegado de Profim*.

RECOMENDAMOS

Para una inversión conservadora, los fondos de renta fija privada seguirán siendo una buena opción de inversión.

Para inversores conservadores, o para la parte más conservadora de la cartera, los fondos de renta fija privada seguirán siendo una buena opción de inversión. Ahora bien, que nadie espere que se obtenga la altísima rentabilidad que se obtuvo el año pasado ni que lo hagan todos los fondos del mercado. Para este año el objetivo se limita a superar la rentabilidad de las inversiones más conservadoras, como depósitos, letras del tesoro, etc., y habrá que centrarse en productos que aguanten bien una subida de tipos. Los fondos de retorno absoluto de carácter conservador que sepan aprovechar la volatilidad del mercado también podrían batir la rentabilidad de las inversiones sin riesgo.

En el apartado de la renta variable, el cambio más importante de estrategia que hemos realizado para este año

es reducir el peso de los mercados emergentes —que el año pasado fueron nuestros preferidos— para aumentar el de las economías avanzadas. Somos de la opinión de que el fuerte crecimiento de los emergentes ya está descontado en los precios, pero no así que países como EEUU, Francia o Alemania entren en la senda del crecimiento. Está descontado que no se metan en un proceso “a la japonesa” (bajo crecimiento y deflación) y que salgan de la recesión, pero no que vuelvan al crecimiento. Obviamente esto no incluye a España, cuyo modelo económico basado en la construcción y la especulación inmobiliaria supone un lastre que tardará mucho tiempo en superar.

El comportamiento de las bolsas será positivo durante los primeros meses del año, y con ellas el de los fondos de renta variable, pero luego creemos que habrá una corrección importante si los ban-

cos centrales suben los tipos de interés para adaptarlos a un escenario económico normalizado. Como no pensamos que las subidas de tipos sean muy importantes, una vez se hayan producido, el mercado podría retomar la senda alcista antes de acabar el año y acabar en positivo, aunque no creemos que la rentabilidad vaya a ser tan alta como la de este año. De hecho pensamos que será muy inferior.

Finalmente, unas líneas en relación con la inversión en nuestro país. España tomó hace diez años una decisión: crecer en base al sector inmobiliario y de la construcción.

Otros países apostaron por la tecnología (Estados Unidos) o por la industria (Alemania). Ciertamente España

cuenta con bancos que han crecido internacionalmente, pero incluso esos bancos, y no digamos el resto, dependen en gran medida del sector inmobiliario. En otras palabras, donde otros países tienen un problema coyuntural porque una vez se reanime la economía global se reinicia su ciclo de producción aquí ya no quedan pisos que construir, sino que sobran. Y los que sobran los tienen en sus balances bancos y cajas, lo cual representa una pesada carga para su actividad financiera.

Todo ello conforma un problema estructural y no coyuntural que nos lleva, desgraciadamente, a recomendar invertir en zonas geográficas mejor situadas para participar de una eventual vuelta al crecimiento económico. ■

* Empresa independiente de análisis y asesoramiento de fondos de inversión.

Vigilar la evolución de los beneficios empresariales

Nuestras perspectivas para la Bolsa para el año 2010 son positivas. Pensamos que una revalorización de alrededor del 15 por ciento en el año es factible, aunque pensamos que al igual que el año 2009 el mercado no estará exento de volatilidad, lo que significa que podría haber tomas de beneficios importantes. El escenario macroeconómico que manejamos para respaldar estas estimaciones es de una recuperación generalizada pero tímida en los grandes bloques económicos (EEUU y Europa) apoyada por el mantenimiento de crecimientos fuertes en los principales países emergentes (China, Brasil e India).

En este contexto, las empresas, sobre todo aquellas más ligadas al ciclo económico y con balances fuertes, saldrán reforzadas, ya que ha habido una importante reestructuración en muchos sectores, y al mismo tiempo los costes financieros y laborales seguirán contenidos. La razón de que los costes financieros sigan bajos, es que no vemos subidas de tipos de interés en Europa ni EEUU en la primera parte del año, y si las hay, será porque la recuperación esté siendo más vigorosa de lo que habíamos previsto.

Las variables clave que hay que vigilar para que el escenario positivo para los mercados se cumpla son la evolución de los beneficios empresariales y la continuidad de una fuerte disponibilidad de liquidez en el mercado.

¿Cuáles son los riesgos y los factores que pueden producir la volatilidad que hemos mencionado? El principal sería que las autoridades monetarias se precipitaran en lo que se llama retirada de los estímulos monetarios. La razón es que los bancos aún tendrán poca capacidad de prestar en 2010, y por lo tanto la principal fuente de liquidez es la que se deriva del ahorro y de los bajos tipos de interés.

La otra amenaza es el deterioro fiscal que se ha producido en muchos países a causa de los planes de estímulo que los Gobiernos han realizado, que ha producido un fuerte aumento de la deuda y déficits públicos. Damos por hecho que la necesidad de controlar las finanzas públicas va a llevar a una subida de impuestos que, junto con la escasez del crédito, son las dos losas que harán que la recuperación sea tímida y lenta. ■



Víctor Peiró Pérez, director de Análisis de Caja Madrid Bolsa.

RECOMENDAMOS

En España: Gas Natural, Banco Popular, Indra, OHL, Sol Meliá y BBV.
En Europa: Veolia (Francia), Vodafone (RU), Arcelor, BNP (Francia), EDP (Portugal) y Daimler (Alemania).

Sector farmacia: apostar por las biotecnológicas



David Tomás Navarro, gestor de Renta Variable de Inversis Banco

RECOMENDAMOS

En España: Baxter, Zeltia, Almirall y Rovi. Parece un buen año para tener en cartera el sector biotecnológico, mejor en EE.UU.

El sector farmacia a nivel general suele tener un comportamiento defensivo en Bolsa, ya que la demanda de estos productos es inelástica para el consumidor final. En principio, esto es así por definición, ya que la decisión de comprar o no el producto final de una farmacéutica, no es como comprar o no, ropa, coches o electrodomésticos. De ahí, que sectores como el farmacéutico o el de la alimentación, sean por excelencia los sectores más defensivos en Bolsa.

¿Pero dentro del sector farmacéutico, todo es inelástico?

Es evidente que no, ya que las empresas que se dedican a fabricar y vender máquinas de diagnóstico, material quirúrgico, en definitiva “mobiliario” de salud, han visto mermada la demanda de los hospitales. Otro sector, que no depende de la demanda final es el sector biotecnológico, ya que se tratan básicamente de centros de investigación y tardan grandes períodos de tiempo en lanzar medicamentos al mercado. Otro sector relacionado con el sector de la salud, el asegurador, sería el subsector más dependiente del ciclo económico, sobre todo en Europa en donde la sanidad pública cubre prácticamente al 100 por cien de la población, pero en cambio el mismo sector en Estados Unidos ha sido el más favorecido durante el año 2009, tras la llegada de Obama a la presidencia y el voto favorable para la nueva Ley de Sanidad Pública en Estados Unidos, donde compañías como Cigna terminaron el año con revalorizaciones de triple dígito.

¿Y en el año 2010 qué podemos esperar?

Las grandes farmacéuticas se quedan sin patentes, el ciclo de patentes comenzado la década pasada, llega a su fin, y el *pipeline* de las grandes compañías no parece vaya a poder sustituir los ingresos generados, sobre todo en un tiempo en donde los

genéricos van ganando cuota de mercado. El *pipeline* se antoja elemento clave para la rentabilidad futura de las grandes compañías, de ahí que esperemos un año de fusiones, adquisiciones y compras de grandes sobre pequeñas. ¿Y de qué pequeñas hablamos? Pues por intentar generalizar, compañías del sector biotecnológico, son las que más papeletas tienen de ser compradas, debido a su mejor posición futura en el *pipeline* de medicamentos. Lo que esperamos también es un buen año para las compañías proveedoras de “maquinaria médica”, favoreciendo principalmente a aquellas con presencia en economías emergentes, el crecimiento de economías como China, Brasil o India, con más de 2.500 millones de habitantes, conllevará crear un mayor número de hospitales, mejorar la calidad de los ya existentes, que unido al gasto esperado en Estados Unidos, la demanda de este tipo de productos aumentará de manera exponencial en los próximos años.

¿Cómo está el sector farmacéutico en España?

La farmacia en España está de enhorabuena, el plasma de Grifols no tiene rival en Baxter, la gallega Zeltia comienza a recibir buenas noticias desde Europa, y esperamos que la FDA termine de aprobar el Yondelis este año. Y dentro de nuestras compañías favoritas para tener en cartera son los dos laboratorios españoles, Almirall y Rovi, este último con la promesa del Gobierno de 200 millones de euros para la fabricación de vacunas.

¿Dónde invertir por tanto en el sector de la salud?

Parece un buen año pues, para tener en cartera el sector biotecnológico, mejor en Estados Unidos, a través del algún fondo cotizado (ETF, en inglés), compañías como Philips, donde el sector de la salud supone ya el 23 por ciento de sus ingresos. Haría que evitar las grandes farmacéuticas tanto en Europa como en Estados Unidos, ya que pueden lanzarse de compras y mermar los ingresos por dividendos que esperamos y apostar por una recuperación del sector seguros de salud en el viejo continente. ■

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

www.institutoroche.es

PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

24 de febrero

Hotel NH Centro Convenciones

MURCIA

4 de marzo

Hotel Nelva

VIGO

11 de marzo

Hotel Pazo los Escudos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad

“Medical Economics representa con estos premios a la Sanidad española”

MEDICAL ECONOMICS entregó el pasado 28 de enero sus Premios VII Aniversario en un acto presidido por José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad, quien aseguró que “Medical Economics tiene la virtud de representar con estos premios a toda la Sanidad española”. A la entrega de los galardones, que reconocen a las entidades que más han destacado en sus áreas de actuación en el año precedente, acudieron destacadas personalidades del sector sanitario.

Por Cristina García Blanco



Los galardonados posan tras la entrega de Premios Medical Economics 2010.

Más de cuatrocientas personas pertenecientes a diversos sectores de la Sanidad en nuestro país acudieron a la fiesta que, con motivo del VII Aniversario de MEDICAL ECONOMICS, tuvo lugar el pasado 28 de enero. En el marco de este evento, se entregaron los galardones anuales que distinguen a las entidades que más han destacado en las áreas de gestión profesional y atención al paciente en el año precedente.

El acto, celebrado en el madrileño hotel Palace, estuvo presidido por el secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, quien aseguró que “estos premios ya se han consolidado en la Sanidad española, a la que MEDICAL ECONOMICS tiene la virtud de representar con ellos”.

Asimismo, se refirió al Premio Especial que en esta ocasión la publicación concedió a Ernest Lluch *in memoriam*, asesinado por la banda terrorista ETA en el año 2000. “Es una decisión justa, sobre todo ahora que se cumplen diez años de su muerte”. Y añadió: “Lluch lideró la Ley General de Sanidad que es un bien para la igualdad y la cohesión de los ciudadanos, lo que nos obliga a seguir trabajando por la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, resolviendo con éxito los dos grandes desafíos actuales: el envejecimiento de la población y la incorporación de innovación tecnológica”. Y añadió: “Por ello estamos trabajando mediante el diálogo con las comunidades autónomas para lograr el ansiado Pacto por la Sanidad”. No se olvidó Martínez Olmos de recordar que “el Ministerio de Sanidad, lo es también ahora de Po-

lítica Social, lo que eleva nuestro compromiso con los ciudadanos”.

Por su parte, Manuel García Abad, editor de MEDICAL ECONOMICS, inició el acto agradeciendo su asistencia al público y felicitando a todos los premiados. “Esta fiesta nos permite reunir a protagonistas cualificados de todos los sectores, que han hecho de nuestra sanidad un modelo equilibrado, en el que tienen cabida organizaciones públicas y entidades privadas de cuyas sinergias se beneficia el Sistema Nacional de Salud, cuyas prestaciones tienen garantizadas todos los ciudadanos sin excepción”. Asimismo, hizo referencia a los problemas que asolan a la sostenibilidad del sistema y a la necesidad de un acuerdo de todos los agentes implicados: “Nuestro modelo está dando signos de agotamiento. Se duda de su sostenibilidad, aún reconociendo la contribución positiva de la iniciativa privada. Creemos que es necesario un pacto por la sanidad que garantice la sostenibilidad del sistema dentro del cual no sólo se tenga en cuenta la contención del gasto, sino también la probable insuficiencia presupuestaria”.

Los galardonados

Los Premios Medical Economics 2010 han sido otorgados por el Consejo Editorial de la revista, reconociendo de este modo la labor de las instituciones premiadas a lo largo del año 2009. En esta ocasión los galardones han recaído en: el Centro 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 y Consumo de Castilla y León y la Fundación Ernest Lluch (Premio Especial Medical Economics) han sido los galardonados de esta edición.

La entrega de los galardones comenzó con el Premio al Hospital Público con Mejor Gestión, que recayó en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. José Luis Sancho, gerente del centro, recogió el galardón de manos del secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos. Sancho aseguró que “este pre-



Enrique González, José María Martínez y Manuel García Abad, de *Medical Economics*, junto a José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad, que presidió la entrega de premios.

mio nos anima a seguir adelante con las iniciativas que hemos desarrollado durante los últimos seis años con el esfuerzo de todos los profesionales del hospital, sin los que no sería posible lograr la eficiencia y la eficacia de nuestro modelo de gestión tradicional”.

El editor de MEDICAL ECONOMICS, Manuel García Abad, fue el encargado de entregar el galardón a José Miguel Fernández Ramil, director de Relaciones Institucionales de Celgene España, entidad premiada por su apoyo a pacientes. En este sentido, Fernández Ramil, explicó que “este galardón es querido y deseado por todos los que trabajamos en Celgene, ya que es el reconocimiento a la pasión que sentimos por los pacientes, uno de nuestros pilares fundamentales junto con la investigación. Es por ellos que debemos seguir investigando y a ellos dedicamos este premio que hoy nos conceden”.

En tercer lugar, se hizo entrega del Premio Medical Economics al Hospital Público con Mejor Gestión Privada, que recayó en el Hospital madrileño Infanta Leonor. José María Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, entregó este galardón a César Pascual, gerente del centro. “Como todos ustedes saben, hablo en representación de un hospital público y todos los profesionales que trabajamos en él, estamos de enhorabuena, pues este es el premio al compromiso de unos profesionales que se han entregado en los años que llevamos en funcionamiento para lograr el compromiso ético de la sostenibilidad y el equilibrio presupuestario. Y añadió: “Sin duda, esto es un incentivo para seguir trabajando”.

Sanitas fue también premiada por la publicación, al recaer en este grupo el Premio a la Mejor Aseguradora, que recogió Iñiqui Ereño, consejero delegado, de manos de Gonzalo San Segundo, director asociado de MEDICAL ECONOMICS. Ereño hizo hincapié en la importancia de recibir un galardón de estas características en un año marcado por la crisis económica en el que también ha habido buenas noticias. “Nosotros concretamente, hemos de celebrar muchas cosas, porque todos nuestros hospitales han sido reconocidos como universitarios y hemos invertido en investigación y en formación continuada de nuestros profesionales”.

El Premio a la Mejor Campaña Sanitaria en esta ocasión fue para “Cada dolor tiene su historia. EVALúalo”, campaña promovida por la Plataforma Sin Dolor, de la Fundación para la Investigación en Salud y la

Fundación Grünenthal. Antón Herreros, director general de la Fundación para la Investigación en Salud (Fuinsa) y Guillermo Castillo, director de la Fundación Grünenthal, recogieron el galardón, entregado por José Martínez Olmos. Antón Herreros, tras agradecer la confianza depositada por el Ministerio de Sanidad y Política Social en este proyecto, excusó la presencia en el acto del presidente de Fuinsa, el doctor Alfonso Moreno, en cuyo nombre reiteró una vez más el agradecimiento a la publicación.

Por su parte, Guillermo Castillo, tuvo palabras de gratitud para Fuinsa “por haber contado con nosotros para llevar a cabo esta campaña y entender, al igual que lo hacemos desde la Fundación Grünenthal, que debemos formar al paciente para que sea capaz de transmitir al médico su dolor”.

El Premio Medical Economics 2009 a la entidad más destacada en el Fomento de la Investigación en Salud y Medicina, fue otorgado a Roche Farma. Su directora médica, Carmen Marqués, recogió el premio de manos de Manuel García Abad. “Agradecemos



Destacadas personalidades del mundo sanitario acudieron a la entrega de Premios Medical Economics.

este premio enormemente porque se nos concede por lo que hacemos. Desde 1896 nuestra compañía está hablando de fármacos para cubrir enfermedades que no están cubiertas. Nosotros pensamos en buscar soluciones, en mitigar enfermedades o cambiar su curso y esto es de alguna manera lo que se nos reconoce aquí”.

El complejo asistencial Centro Integral Oncológico Clara Campal/Hospital Madrid Norte Sanchinarro fue galardonado en la categoría de Innovación en Medicina Privada.

María Luisa Calderón Calleja, directora de Relaciones Institucionales y Protocolo, del Grupo Hospital de Madrid, que recogió el premio entregado por Gonzalo San Segundo, explicó que “individualizar la Oncología ha sido un *leit motiv* para nosotros desde siempre; por eso estamos centrando todos nuestros esfuerzos en seguir impulsando la innovación y la medicina personalizada”.



Los Premios Medical Economics constituyen una cita anual imprescindible en el sector sanitario.

Los pacientes volvían a ser de nuevo protagonistas con el Premio a la Mejor Información a Pacientes realizada por una asociación de pacientes, que en esta ocasión se entregó a la Confederación Española de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes). José Manuel Sánchez Monge, presidente de Feafes, recogió este galardón de manos de José María Martínez. Tras agradecer el premio en nombre de “todos los que trabajan en Feafes”, Sánchez Monge abogó por la erradicación del estigma de la enfermedad mental, asegurando además, que es necesario que los pacientes, sus familias y la sociedad sepan que esta es una enfermedad como otra cualquiera, que con el tratamiento adecuado y prevención en muchos casos permite hacer una vida normal, y en ningún caso, se debe excluir al paciente”.

El Grupo Hospital de Madrid repitió galardón al ser reconocido como Mejor Grupo Hospitalario. En esta ocasión, recogió el premio Juan Abarca Cidón, director general de la entidad, de manos de José Martínez Olmos, a quien le pidió “que no se olvide del sector privado que trabaja para aliviar la presión que sufre la sanidad pública, en un año de crisis en el que este sector ha cumplido

con las expectativas y ha dado la cara”.

El Premio a la Consejería Sanitaria con Mejor Actividad fue otorgado en esta edición a la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Francisco Javier Álvarez Guisasaola, consejero de Sanidad, recogió el galardón entregado por Manuel García Abad. Guisasaola recalcó que “37.000 personas han hecho posible este premio; todas ellas trabajan en esta Consejería con el objetivo de mantener la salud de las personas mediante la prevención y la curación de enfermedades”. Asimismo, recordó que “un tercio del presupuesto de la Junta de Castilla y León se dedica a la sanidad, y esta es una inversión que influye en el desarrollo económico y social de nuestra Comunidad, y nuestro deseo es que mejore”.

A continuación, se entregó el Premio Especial con motivo del VII Aniversario de MEDICAL ECONOMICS. Este galardón fue concedido, *in memoriam*, a la figura de Ernest Lluch, ministro de Sanidad y Consumo en el período 1982-1986, y responsable, entre otros importantes logros, de la Ley General de Sanidad, base de la sanidad moderna española. El ex ministro de Sanidad, Julián García Vargas, fue el encargado de glosar la figura de Ernest Lluch, “intelectual, político, profesor y comentarista de la realidad que no callaba ante nada ni ante nadie, lo que le llevó a encontrar la muerte a manos del nacionalismo vasco por defender sus ideas y las de todos los españoles”. Tras unas emocionadas palabras, García Vargas entregó el galardón a Enric Lluch i Galera, vicepresidente de la Fundación Ernest Lluch, entidad heredera y difusora de la obra y el legado de Ernest Lluch. “Si las personas siguen vivas en nuestra memoria es porque podemos proyectar a futuro su compromiso e inquietudes, y este es nuestro objetivo”, matizó Enric Lluch.

Por último, en esta edición se entregaron los galardones del I Certamen de Relatos Medical Economics, patrocinado por Pullmantur. La dermatóloga Aurora Guerra, autora de “Manuel me mira a los ojos”, Gran Premio del Certamen, y el urólogo Luis Llanes, autor de “Una cuestión de autoridad”, Premio Médicos Jóvenes, recogieron los galardones entregados por Rafael Riestra de Noreña, director de Ventas y Grandes Cuentas de Pullmantur.

Tras la entrega de galardones, los asistentes al acto y los premiados departieron en un animado cóctel para celebrar el VII Aniversario de la revista. ■



De izda. a dcha., Gonzalo San Segundo, Manuel García Abad, José Martínez Olmos y José María Martínez.



Guillermo Sierra (izda.), director de los *Jueves de Medical Economics* con Pedro Sabando, del Consejo Consultivo de la CAM.



El ex ministro Julián García Vargas (dcha.) con Luis Delgado, de Sanitas (izda.) y José María Martínez.



De izda. a dcha., Fernando Gutiérrez de Guzmán, de PSN; Diego López Llorente, de Club Médico; el Dr. Antonio Urbistondo; Felipe Aguado, director asociado de *El Dentista*; el Dr. Lorenzo Espiga y Marisa Calderón, del Grupo HM; Manuel García Abad, y Honorio Bando, vicepresidente de Idepro.



José Ignacio Catalán, vocal de Asistencia Privada de la OMC (izda.); Manuel García Abad; Pedro Hidalgo, presidente del Colegio de Badajoz; y Gonzalo San Segundo.



Manuel García Abad con Fernando Gutiérrez de Guzmán, José Martínez Olmos, Felipe Aguado y Francisco Antonio García Gómez, de la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).



Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo HM (izda.), con Julián Ruiz Ferrán, de Medical Finders y su esposa, Irini Mandyla.



Mariano Avilés, presidente de ASEDEF (izda.) con Rafael García Gutiérrez, de ANEFP; Manuel García Abad y Pedro Vidal, subdirector de la Oficina del Defensor del Paciente de la CAM.



Por filas, de izda. a dcha.,
 José Luis Sancho, José Miguel Fernández
 Ramil, César Pascual, Iñaki Ereño, Antón
 Herreros y Guillermo Castillo, Carmen
 Marqués, Mª Luisa Calderón, José Manuel
 Sánchez Monge, Juan Abarca Cidón,
 Francisco Javier Álvarez Guisasola, Enric
 Lluch i Galera, Aurora Guerra y Luis Llanes,
 posan con los galardones entregados.





De izda. a dcha., Felipe Aguado, Francisco A. García Gómez, Carmen Rodríguez, presidenta del Colegio de Odontólogos de Asturias; Manuel García Abad, Miguel Carrero, presidente de PSN; José Martínez Olmos y Fernando Gutiérrez de Guzmán.



Rogelio Pardo (izda.), de Madrid Biocluster, con Manuel García Abad.



Julián García Vargas con José Martínez Olmos.



Antonio Castillo Ojugas (izda.) con Santiago Martínez-Fornés, vicepresidente de la Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas y su esposa, el doctor Venancio Díaz Castán y Enrique González, de *Medical Economics*.



De izda. a dcha., Iñaki Ferrando, de Sanitas; Eduardo García Rojo, director de teatro; Benilde Serrano, de la Sociedad Castellana de Medicina del Trabajo; Manuel García Abad y Miguel Ángel Vargas, de la SEMST.



Luis Aguilera (dcha.), presidente de SemFYC; con Felipe Chavida (izda.) y José A. Martínez, de Idepro.



Pedro Hidalgo (dcha.) con Juliana Fariña y Rafael García Plata.



El Dr. Gómez Benito, presidente del Colegio de Médicos de Salamanca y su esposa, junto a Guillermo Sierra y Marisa Calderón.



José María Martínez (izda.) con José Martínez Olmos, Manuel García Abad y Gonzalo San Segundo.



Lucía Fernandez Castillejo, de la revista *El Dentista*, con Fernando Gutiérrez de Guzmán y Felipe Aguado, directores asociados.



Antón Herreros, de Fuinsa, y Guillermo Castillo (izda.) con el resto de los miembros de la Fundación Grunenthal tras recibir el premio.



José Martínez Olmos (izda.), con Alan Le Voguer, Luc Dirckx y Jaime del Barrio, de Roche.



De izda a dcha., Abraham Herrera, de Bayer Healthcare; Mercedes Pastor, directora de la Fundación FEDER; Mariano Avilés y Pedro Vidal.



De izda a dcha., José Luis Enríquez y Ana Céspedes, de Merck Farma y Química; Luis Truchado, director de Eurogalenus; y Rafael García Gutiérrez.



Enrique González (izda.), con Santiago Palacios, director del Instituto Palacios, e Iñaki Ferrando, de Sanitas.



Miembros de la Consejería de Salud de la Junta de Castilla y León tras recibir el premio entregado por *Medical Economics*.



Manuel García Abad y Carlos Hernández Gil.



Jaime del Barrio (dcha.), director general del Instituto Roche; con Carmen Marqués, directora médica de Roche y Lucas Urquijo, director de Comunicación.



De izda. a dcha., Irma Moro y Guillermo Castillo, de Grünenthal; Beatriz Rodríguez y Raúl del Mazo, de *Medical Economics*; y Rosa Moreno, directora de Comunicación de Grünenthal.



Fernando Gutiérrez de Guzmán (izda.) con Francisco Porras, del departamento de RR.II. de Roche.



José Ramón-Luis Yagüe, de Farmaindustria; con Serafín Romero y Jerónimo Fernández Torrente, de la OMC.



Jaime del Barrio (dcha.), director general del Instituto Roche, con Alan Le Voguer (izda.) y Luc Dirckx, de Roche; y Manuel García Abad.



Marisol Berbés (izda.) con Rafael García Gutiérrez, Cristina García Blanco, de *Medical Economics*; y Yolanda Martínez, de la UCM.



Carmen González (izda.) y Concha Álvarez, de AstraZéneca.



Enrique González Morales (dcha.); Helena Álvaro, de TVE; Miguel A. Vences, director general adjunto de CSA; M^a Luisa González y Paula Fuertes, de NRG.



Marisa García (izda.) y Manuel Martín, de Chiesi España; con Carmen Marqués, de Roche.



Aurora Guerra (dcha.) con sus compañeras del Servicio de Dermatología del Hospital Doce de Octubre (Madrid).



Mercedes Giménez (izda.), de Drug Farma; con Rogelio Pardo, de Biocluster; y su esposa, Paloma de la Vega, de Endesa.



José Miguel Fernández Ramil (izda.), de Celgene España, conversa con Manuel García Abad durante el cóctel.



Diego López Llorente (izda.), presidente de Club Médico, con Santiago Palacios.



De izda. a dcha., Jaime del Barrio con Miriam Rufino, Carmen Marqués y Lucas Urquijo, de Roche.



Carmelo Guerrero, de Bayer Healthcare, y Manuel García Abad.



José María Martínez con Mª Luisa González, patóloga del Hospital de la Cruz Roja.



Francisco Antonio García Gómez (dcha.), Francisco Gutiérrez de Guzmán, con Miriam Maroto (izda.), de la UCM; y Elena Barbería, catedrática de la UCM.



Guillermo Sierra (dcha.) con Carlos Nicolás (izda.), de Acta Sanitaria, y Manuel García Abad.



De izda. a dcha., Fernando Gutiérrez de Guzmán, Carmen Rodríguez y Miguel Carrero, de PSN.



De izda. a dcha., Jerónimo Fernández Torrente, de la OMC; Rodolfo Castillo, presidente del Colegio de Médicos de Murcia y Serafín Romero, secretario de la OMC.



Manuel García Abad con Enrique Catalán, consejero delegado de Xanit Hospitales.

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 Montepíncipe

•
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, sultes, 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
TEL. 91 627 60 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID MONTEPÍNCIPE
TEL. 91 208 00 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID TORREBLODONES
TEL. 91 267 51 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID SANCHINARRO
TEL. 91 254 28 00



CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO
CLARA CAMPAL 33000
TEL. 910 817 469

HM
HOSPITALES



www.hospitaldemadrid.com

Capital Riesgo

Historia típica de una 'start-up' biotecnológica



Luis G. Pareras*

» Inversores privados financian los primeros pasos de esta nueva start-up en su larga marcha hacia los primeros beneficios, todavía muy lejanos en el futuro.

» Tras un proceso de negociaciones, una compañía farmacéutica clásica licencia la molécula y se convierte en nuestro socio temporalmente.

El sector biotecnológico es un sector muy joven, y muchos desconocen de dónde salen las compañías biotecnológicas, cómo aparecen en el mercado. No todas las *biotechs* nacen igual, pero si existiera una historia "típica" del nacimiento de una *start-up* biotecnológica, ésta bien podría ser esa historia:

1. Un investigador o profesional sanitario descubre algo en el marco de sus investigaciones.
2. La universidad o el centro en el que este profesional trabaja licencia la prometedor investigación a una compañía de nueva creación (*start-up*) de la que el profesional sanitario es el máximo responsable científico, otorgándole un porcentaje de propiedad de ella a través de acciones.
3. Inversores privados financian los primeros pasos de esta nueva *start-up* en su larga marcha hacia los primeros beneficios, todavía muy lejanos en el futuro.
4. Tras un período muy variable, de 2 a 4 años, el trabajo sobre esas investigaciones iniciales (supongamos, a efectos de completar el ejemplo, que se trata de una nueva molécula) puede empezar a interesar a la industria farmacéutica, que tratará de licenciar la molécula como una oportunidad en fase preclínica.
5. Tras un proceso de negociaciones, una compañía farmacéutica clásica licencia la molécula y se convierte en nuestro socio temporalmente.
6. Mientras tanto, nuevas investigaciones allanan el camino a la *start-up* para desarrollar tal vez una segunda molécula, y aquélla recibe nuevas rondas de financiación.
7. Al buscar una nueva compañía farmacéutica clásica como socia para esta segunda molécula, y una vez que ha

rentabilizado en parte sus inversiones, decide dotarse de recursos cada vez más próximos a los de una compañía farmacéutica estándar.

8. En ocasiones, incluso consigue integrar la investigación con el desarrollo y el marketing de sus propios productos y se convierte en un embrión que en el futuro será una farmacéutica de distribución global, incluso en un escenario final de salida a bolsa.

El marco donde se desarrolla la innovación consta por tanto de distintos protagonistas:

- La administración y el gobierno que incentivan la investigación y la innovación financiando estas actividades en las universidades y los centros sanitarios.
- Las universidades y centros sanitarios aportan la investigación básica que descubre nuevos aspectos de las enfermedades y nuevas tecnologías científicas valiosas en el proceso de descubrimiento de nuevas moléculas y proteínas.
- La compañía biotecnológica, que es típicamente el vehículo empresarial a través del que las universidades y centros sanitarios, juntamente con los profesionales sanitarios que han liderado cada investigación, rentabilizan su esfuerzo, participando directamente de su accionariado.
- Los inversores en general y el capital riesgo en particular, que hacen posible el desarrollo inicial de estas *start-up* en la época en la que todavía no existen ingresos.
- Las compañías farmacéuticas clásicas, que transforman estas investigaciones en productos reales, evalúan su eficacia y seguridad en un proceso de análisis largo, complejo y costoso, y los llevan al mercado. ■

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

Inaugurado el Laboratorio Clínico de la Comunidad de Madrid

Desde el Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes se da cobertura a seis hospitales públicos de la Comunidad de Madrid y se ofrece servicio a más de 1.100.000 habitantes.

La presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, inauguró recientemente las instalaciones del Laboratorio Clínico Central de la Comunidad de Madrid, gestionado por BRsalud, un centro de excelencia pionero en la colaboración público-privada en toda España y un referente en cuanto a innovación, investigación y calidad en la atención sanitaria. Ubicado en el Hospital Infanta Sofía de San Sebastian de los Reyes (Madrid), el laboratorio ofrece servicio a más de 1.100.000

habitantes de la Comunidad de Madrid.

“Se han incorporando progresivamente diferentes servicios de manera que, actualmente, estamos en disposición de dar cobertura a los hospitales públicos madrileños Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo, así como a sus respectivas áreas de in-

fluencia”, señala la doctora Elena Miravalles, directora del laboratorio Clínico Central. En concreto, la instalación ofrece servicio a 47 centros de salud, a 95 consultorios, y a cien residencias geriátricas y centros asistenciales. “Se trata del primer laboratorio en España en el que conviven en un mismo recinto todas las especialidades de laboratorio clínico y todas las tecnologías disponibles de estas áreas de conocimiento”, asegura la doctora Miravalles. En una extensión de 2.500 metros cuadrados distribuidos en tres plantas, este servicio da cobertura de manera integral en las áreas de Análisis Clínicos, Bioquímica, Hematología Clínica, Inmunología, Genética, Microbiología y Parasitología, además de realizar pruebas de compatibilidad de sangre y de componentes sanguíneos. A nivel global, el laboratorio dispone de un catálogo de más 800 pruebas lo que permite dar respuesta en el día y en un mismo espacio a más del 95 por ciento de la demanda de analíticas. ■



De izda. a dcha., Juan José Güemes, consejero de Sanidad de la CAM, Esperanza Aguirre, presidenta de la Comunidad; y la directora del laboratorio, Elena Miravalles.



La realidad de la depresión: clínica y farmacoeconomía

Organización Médica Colegial

Plaza de las Cortes, 11

Madrid, 2 de marzo de 2009

Organiza

Medical Economics

Con la colaboración de



Información e inscripción: Rosana Sánchez

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

www.medecon.com
Medical Economics
 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.º • 28041 MADRID
 Telf: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
 suscripciones@drugfarma.com

Convocados por Chiesi España y Sedisa

II Premios a los Mejores Artículos sobre Gestión en Salud

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa) ha convocado la edición de los II Premios a los mejores artículos sobre Gestión en Salud, que se publiquen en la revista *Sedisa s.XXI* y que son patrocinados por Chiesi España. El jurado, como en la primera edición, estará formado por miembros de la sociedad y un miembro de Chiesi, quienes seleccionaran la mejor publicación en cualquiera de las áreas de interés de dicha sociedad, que será galardonada con el primer premio. También habrá dos accésit para la segunda y tercera publicación seleccionadas. La entrega de premios se celebrará en el acto de clausura de la Jornada Nacional de la Sociedad, que se celebrará en Madrid el próximo mes de octubre. El fomento de estos premios, es fruto del Convenio que firmó Chiesi con Sedisa el pasado año, en el que ambas partes se comprometían a promover iniciativas de interés mutuo de apoyo, motivación y formación de sus asociados. ■

Plazo de admisión hasta el 31 de marzo

La Fundación Félix Delgado Bocos convoca los Premios a la Mejor Aplicación de las TIC

La Fundación Feliz Delgado Bocos comenzó sus actividades el pasado año con el objetivo de promover la innovación en la Sanidad española, y dentro de ella, dar el empujón que les falta a las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Por este motivo, ha instaurado los Premios a la Mejor Aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la Sanidad española, con una dotación de 12.000 euros. El jurado estará compuesto por al menos ocho miembros elegidos entre expertos de reconocido prestigio en el ámbito de las ciencias de la vida, empresarial, medios de comunicación y académicos. El plazo para la recepción de originales concluye el próximo 31 de marzo. ■



John de Zulueta,
 presidente de la
 Fundación.

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

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), rifampicina, Hypericum perforatum) La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucemiantes orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámida. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfa-bloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfa-bloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hipotensión. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuente. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: 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.

Los jueves de Medical Economics

Despolitización de la Sanidad: Pacto sanitario



La Sanidad española está politizada, ¿quién la despolitizará? Muchos confían en que ese papel lo desempeñe el Pacto por la Sanidad, que se encuentra en fase de discusión con el fin de llegar al mayor consenso posible entre las partes implicadas. Otros, en cambio, recelan de que el pacto se consiga, pero todos, sin excepción, lo ven necesario y urgente. Posturas encontradas que los ponentes reunidos por MEDICAL ECONOMICS desgranaron ante más de 150 médicos y expertos en asuntos sanitarios. Bajo la batuta de Guillermo Sierra, director de Los jueves de Medical Economics, y moderados por Gonzalo San Segundo, director asociado de la revista, intervinieron Alberto Infante Campos, director general de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad y Política Social; Ana Pastor Julián, ex ministra de Sanidad; Rafael Bengoa Rentería, consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, y Patricio Martínez Jiménez, portavoz del Foro de la Profesión Médica.

Suplemento coordinado por G.S.S.

Con la colaboración de





ANA PASTOR JULIÁN

Ex ministra de Sanidad y miembro de la Subcomisión para el Seguimiento del Pacto de Estado por la Sanidad.

“Tenemos un sistema sanitario tan burocrático como el modelo bismarckiano del siglo XIX”

“El sistema no satisface ni a los médicos ni a los enfermeros ni a los pacientes. Una cosa es que se sientan bien atendidos y otra que se sientan tratados humanamente. Los profesionales tienen que participar en la toma de decisiones de lo que es relevante para su profesión”.

Para hablar de pacto sanitario hay que hacer un poco de historia de cómo se ha comportado el sistema. De las cosas más relevantes que han pasado es que la Sanidad en España ha mejorado muchísimo. Somos uno de los países más eficientes, porque con el PIB que destinamos tenemos una cartera de servicios muy razonable y amplia. Tenemos un sistema en el que nuestros profesionales tienen una vinculación con grandes rigideces, con pocas expectativas profesionales.

Nuestro sistema por resultados es muy razonable, porque tenemos una buena calidad en la salud de los ciudadanos, es una medicina muy resolutiva.

En España hay un buen clima para que haya un pacto sanitario, y hay que agradecerse a todos los que contribuyen a ese clima. En política, como en la vida misma, a veces hay que perder para ganar, porque la vida y la política te tratan de tal manera que unas veces te dan más de lo que te mereces y otras menos. Y estando, tanto en Gobierno como en oposición, tienes que mantener el equilibrio para que se puedan producir pactos y encuentros.

El déficit del sistema sanitario supera ya los 6.000 millones de euros. Si las cosas se comportan como hasta ahora, sobre todo si tenemos en cuenta que el presupuesto del año 2010 de las comunidades autónomas no refleja el gasto efectivo que se prevé gastar, estamos ante un déficit que se puede colocar en 10.000 millones. Ya le hablábamos al entonces ministro Bernat Soria de la financiación suficiente y estable; ya se le decía que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias hay que ponerla en marcha; que hay que hacer el desarrollo profesional, que no es la carrera profesional, porque el desarrollo profesional en la LOPS se hizo precisamente para que haya un sistema más

atractivo, que premie a quien más trabaja y que se le reconozca a los profesionales el trabajo. Hay un campo en el que podría extenderme una noche entera, el de la planificación de los recursos humanos. Tenemos un conjunto de médicos ahí fuera que nos están diciendo: “Oiga, ¿qué va a pasar con mi titulación?”. Por otro lado, estamos importando, con perdón de la expresión, profesionales de otros países. Algo hay ahí que chirría y ése es uno de los temas grandes del pacto. Como ven, yo ya he entrado al pacto, o sea, entro a los temas que tiene que contener y que ha de contener el pacto.

Nuevo modelo organizativo

Luego está la cartera de servicios en función de los avances científicos y que sea la misma para todos los ciudadanos. Una cartera actualizada es actualizarla de forma permanente y es, a mi juicio —también tendría que estar en el pacto—, introducir dos elementos clave: la Agencia de Calidad, que está en la ley y que se está trabajando desde el ministerio, y la cartera de servicios como verdaderos elementos de conservar la equidad en el sistema. Y yo incluso exploraría el ir a un modelo de agencia similar al que tienen otros países, que sea una agencia donde los miembros que evalúen sean profesionales independientes y que sean los que velen por la calidad del sistema sanitario y por la equidad en el sistema. Y lo mismo podríamos decir de la Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías. Ahora hay bastantes más de una. Y es fundamental que sea esa agencia la que previamente informe de qué es lo que es coste eficiente y de cuáles son las incorporaciones.

Es necesario también un cambio en el modelo organizativo del sistema. Tenemos un sistema que no satisface ni a los médicos ni a los enfermeros ni a los pacientes. Una cosa es que se sientan bien atendidos y otra cosa es que se sientan tratados humana y personalmente. La Medicina tiene que evolucionar hacia una

“En España hay un buen clima para que haya un pacto sanitario, y hay que agradecerse a todos los que contribuyen a ese clima”

personalización, no solamente el test genético y tu ADN, no, no, la personalización y la atención. Tiene que haber un oncólogo tutor que sea el que lleve a una paciente que tiene un cáncer de mama. Nuestro trabajo tiene que estar centrado, para empezar, en lo que es más prevalente y en hacer una atención personalizada.

Tenemos un sistema burocrático como el modelo bismarckiano del siglo XIX. Nosotros no podemos tener a los ciudadanos yendo hasta ocho veces a un centro sanitario a hacerse pruebas diagnósticas, eso es imposible. Humanizar la Sanidad es cambiarla, cambiar el modelo de funcionamiento, de tal manera que la gestión clínica sea una organización en la que los profesionales participan en la organización y en el diseño de cómo se presta la asistencia. Pero con una organización diferente a la que tenemos en este momento, porque se ha demostrado que es burocrática, que genera insatisfacción en profesionales y en pacientes. Eso es la gestión clínica: la gestión de lo ordinario desde los clínicos.

No podemos perder de vista que tenemos un modelo que pivota sobre dos cosas, que se llaman Atención Primaria y atención especializada, que a pesar de lo mucho que hablamos siguen a día de hoy, todavía, una mirando para Francia y otra para Aragón, que decíamos hace años. Y es que es así y, a pesar de que decimos, no tenemos pasarelas entre Primaria y el hospital, no tenemos pasarelas entre lo social y lo sanitario, y todos somos capaces de escribir 200 artículos hablando de la coordinación sociosanitaria. Por ejemplo, una historia clínica que sea compartida por todos, que sea un sistema, no 17; como la receta electrónica, que sea intercambiable. Ésa es una parte del sistema sanitario que se puede humanizar y personalizar.

Sigo sin entender por qué los profesionales de Primaria no pueden acceder a determinada tecnología. ¿Por qué llenamos los hospitales de áreas donde hacemos pruebas diagnósticas que se pueden hacer en la Atención Primaria? Pues éste es otro cambio. Pues estas cosas concretas son las que tiene que decir el pacto sanitario, no puede decir generalidades. El pacto tiene que entrar a lo mollar.

El pacto también tiene que hablar del modelo de investigación biomédica que queremos, porque los profesionales sanitarios contribuyen en una buena parte a la investigación biomédica en nuestro país; y su papel en la docencia, y cómo pueden estar en dos o tres sitios a la vez, o cómo pueden repartir su tiempo. El pacto tiene que hablar del papel de las corporaciones y

organizaciones profesionales y su participación activa en temas tan importantes como, por ejemplo, la definición de la prescripción. En esto tiene que haber una colaboración de los profesionales y un acuerdo. Los profesionales tienen que participar en la toma de decisiones de lo que es relevante para su profesión.

Pacto político

El registro de los profesionales tiene que ser un registro único, no puede haber 17. Sigo preguntándome cómo es posible que en este momento las farmacias de nuestro país, que juegan un papel fundamental en el sistema, no tengan acceso a una base de datos donde estén los profesionales sanitarios de este país. Estoy hablando de cosas tan elementales como eso, de que las corporaciones, los colegios profesionales tienen que tener un papel fundamental, como lo tienen en otros países. Las organizaciones profesionales han de velar también por los códigos éticos en una profesión como la nuestra, eminentemente social y, por lo tanto, tienen un papel fundamental. Tan fundamental que de ellos debería depender la autorregulación en muchos aspectos. Ese papel lo tienen que tener y habrá de defenderlo también desde las instituciones.

La sostenibilidad del sistema sanitario no es un tema menor. La Sanidad se financia con recursos, estamos en un momento de crisis económica, se está tramitando un nuevo modelo de financiación. Estamos en un momento delicado y, por lo tanto, uno de los temas del pacto tiene que ser cómo hacer sostenible un sistema. Tenemos que darle una financiación estable y suficiente. Y en ese punto también tiene que haber un acuerdo, un encuentro y un pacto político.

Termino diciéndoles que estar aquí a las nueve de la noche, con gente que sabe mucho de la Sanidad española y que además nos gusta porque somos de los pocos que hablamos de estas cosas, y que disfrutamos hablando y compartiendo, creo que estamos en un momento histórico para llegar a acuerdos, para que los pactos tengan contenidos. Si se quiere un pacto político, tiene que haber un acuerdo entre los grandes partidos de este país y luego tendrá que haber acuerdos importantísimos a nivel de los consejeros de Sanidad, de cómo mejorar la eficiencia, de propuestas al propio pacto. Pero que nadie piense que un pacto se puede hacer sin el acuerdo de los grandes partidos políticos. ■

“La Sanidad se financia con recursos, estamos en un momento de crisis económica, se está tramitando un nuevo modelo de financiación”



PATRICIO MARTÍNEZ JIMÉNEZ

Portavoz del Foro de la Profesión Médica y secretario general de la CESM.

“El Consejo Interterritorial es el botafumeiro de los ministros de turno y de los consejeros autonómicos”

“En el Foro de la Profesión Médica tenemos que discutir de qué forma los médicos nos vinculamos, nos reciclamos, nos recertificamos, para demostrar a la ciudadanía que su médico tiene unos determinados niveles de desarrollo profesional para darle mejor calidad”.

El Foro de la Profesión pretende convertirse en la mesa de los médicos, para los médicos y con los médicos y, fundamentalmente, con el ánimo de mantener el Sistema Nacional de Salud sin que haya la más mínima duda de que consideramos y deseamos que en este Sistema Nacional de Salud, del que todos nos hemos dotado, no se discutan lo que son los principios: seguro obligatorio, la calidad, la universalidad, la equidad y que está financiado por los Presupuestos Generales del Estado. Pero en el resto de las cosas estamos con sabor agri dulce.

Nosotros, desde el Foro, un buen día también tuvimos un sueño, el sueño de que a lo mejor un día el Pacto por la Sanidad iba a ser el pacto de pensiones, el de Toledo, el que no discute nadie. Pero, nos llaman un buen día que se va a presentar el pacto y qué tristeza, el ministro de turno estaba solo, no había nadie de su partido, de los relumbrones, no había ninguno de su Gobierno, no estaba tampoco el presidente del Gobierno.

Aquel día lo dijimos, y lo dijimos claro, de que era positiva la propuesta del pacto, de que además nos hubiera gustado que fuera el pacto de pensiones, pero que sin duda de ninguna clase este pacto debería de tener el mayor respaldo democrático y debería estar despolitizado y que, por tanto, era un pacto necesario y urgente. Y ésa fue la definición que en su momento hizo el Foro sobre esta situación.

A partir de aquí nos empezaron a entrar las dudas de que este pacto llegara a buen puerto. Y, en contra de lo que se ha dicho, algunos de los viejos del lugar siempre hemos conocido que el sistema sanitario estaba fatal. La Comisión Abril Martorell fue como fue. Entonces se hablaba de la crisis médica y de la crisis de hospitales. A partir de aquí, nadie ha he-

cho caso de Abril Martorell. La verdad es que nadie quiere entrar con la tijera.

El Consejo Interterritorial, botafumeiro de los ministros de turno y del resto de los consejeros de las comunidades autónomas, no puede funcionar en un Pacto por la Sanidad de esa forma. No es ni más ni menos que el cacareo político en donde vamos a enfrentarnos unos con otros, comunidades de un lado y comunidades de otro; y, excepto con lo de la situación de la gripe A, en donde todo el mundo nos hemos puesto las pilas, en el resto de los temas no se ha actuado de la forma más adecuada.

Sostenibilidad

El Consejo Interterritorial debería ser más operativo, tener la grandeza de que las comunidades autónomas pudieran devolver al Ministerio de Sanidad algunas de las partes de aquello que se las cedió. Pero esto ya no es posible. Algunos economistas de la salud y algunos ex ministros dicen que económicamente esto no se puede sostener. Por tanto, en este Consejo Interterritorial se deberían adoptar por mayoría y de forma vinculante aquellas cosas que se consideren básicas, y en el Pacto por la Sanidad habría que decir cuáles son las cosas básicas de este sistema. Ojalá un buen día despertáramos del sueño y apareciera la grandeza del desprendimiento de algunas competencias.

Otra de las cuestiones es que la política de recursos humanos tiene gracia. Y, además, la mayor parte de las leyes que tendrían que haberse desarrollado no se han desarrollado, y tenemos todo el mundo una empanada mental que aquí no hay quien lo aclare. Estuvimos de acuerdo con la Ley de Cohesión y con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, pero con el Estatuto Marco estuvimos bastante menos de acuerdo, porque nos metió en un camino del contencioso-administrativo que más vale que nos saquen ahora, porque no sabemos qué es lo que estamos haciendo.

“El Consejo Interterritorial debería ser más operativo, tener la grandeza de que las comunidades autónomas pudieran devolver al Ministerio de Sanidad algunas de las partes de aquello que se las cedió”

Lo que sí estamos haciendo es que los procesos se alarguen muchísimo, que no haya un ámbito para poder resolver los problemas a nivel de interautonómico. Sin embargo, en el Estatuto Marco sí hay dos cosas. Una de ellas es la Comisión de Recursos Humanos, dirigida por el ministro, la Comisión del Foro Marco para el Diálogo Social, y otro apartado que no se ha desarrollado y que debería desarrollarse en el futuro Pacto por la Sanidad, que sería el ámbito de negociación. Ahora mismo hay 17 comunidades autónomas que están negociando con sus mesas sectoriales, pero no hay una a nivel del ministerio que intente coordinar toda esta serie de cuestiones.

Todos estamos convencidos de que los sueldos no tienen por qué ser iguales. Al médico hay que pagarle por lo que hace, por cómo lo hace y con qué calidad se dedica al asunto, pero lo que no puede ser es que, dentro de esta cuestión, la carrera profesional sea, ni más ni menos, que un cajón de sastre donde se meten otras muchas cuestiones con precios absolutamente distintos. Ya le han dado carrera profesional a todo el mundo. Ahora tiene carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud todo el mundo.

Pero mire usted, yo tengo otra cosita, que es el desarrollo profesional, y no quiero discutirlo con la Administración. En el ámbito del Foro tendremos que discutir las instituciones de los médicos de qué forma nos vinculamos, nos reciclamos, nos recertificamos, hacemos o no hacemos para demostrar a la ciudadanía que su médico se está formando, que tiene unos determinados niveles de desarrollo profesional nada más que con una cuestión: para darle mejor calidad a él y un poquito de honra también al médico que va, en definitiva, progresando en estas habilidades y en esa situación.

Y está, claro, la sostenibilidad económica del sistema. ¿Es posible que hoy alguien pudiera pensar que en las pensiones, por el mero hecho de ser catalán, vasco, andaluz o madrileño, se cobrara distinto a igual cotización? Pues esto que no se piensa ahí, lo que no cabe la menor duda es que un ciudadano vasco no vale igual que un ciudadano catalán, no vale igual que un ciudadano andaluz y no vale igual que un ciudadano extremeño. La diferencia son de los 1.200 euros *per capita* a los 1.700 euros, un poquito más de 400 euros al año. ¿Y esto es lo que nosotros queremos sostener económicamente en el sistema?

Por tanto, si la financiación es a través de los Presupuestos Generales del Estado, esta

financiación debería ser finalista. No puede ser que en el Sistema Nacional de Salud cada comunidad autónoma, dentro de sus propios presupuestos y con el presupuesto de todos los españoles, pueda hacer encajes de bolillo. No me parece de recibo en este sentido que el pacto no quiera abordar con valentía esta situación.

El médico, protagonista

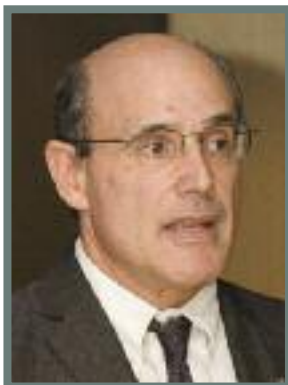
Al médico, normalmente, se le pone a gestionar, la microgestión, porque en el Sistema Nacional de Salud la mayor parte del control del gasto, será un 75-80 por ciento, pasa casi siempre por la actividad y por el ejercicio de la profesión de médico. Nosotros, en este aspecto y desde las organizaciones de los médicos, no vamos a dejar de estar presentes e intentar de alguna manera el contribuir a que este Pacto por la Sanidad tenga el mayor consenso posible y, además, que recoja por lo menos la calidad asistencial y la equidad dentro de los ciudadanos.

El otro día nos preguntaban qué pensamos del copago, y hemos dicho casi siempre las mismas cuestiones: no defendemos el copago ni la ampliación del copago, porque ya el copago es un hecho, en lo de la cuestión de la Farmacia, pero que al médico no le llamen para decirle al ciudadano que tiene que ponerse un ojal más en su cinturón si los presupuestos no son para gastarlos en asistencia sanitaria. Si son para el eje transversal de una carretera, eso se lo pide usted. No nos ponga a los médicos a intentar sostener económicamente el sistema, no nos ponga tampoco a los médicos a intentar decir al ciudadano que hemos de apretarnos más el cinturón si no hay la grandezza del desprendimiento de que las comunidades autónomas tengan en ese sentido presupuestos finalistas.

Es verdad que hay algunos consejeros que sí están hablando de la posibilidad de que cada ciudadano, tanto desde el punto de vista asistencial como desde el punto de vista social, lleve su propia mochila y que esa mochila sea inviolable. En cualquier caso, si alguna comunidad autónoma quiere autogestionarse, que sea para poner más dinero, pero no para quitarlo de ese asunto.

Todavía podemos arreglar muchas de las cosas que en estos momentos tenemos pendientes en el Pacto por la Sanidad. ■

“Nosotros no vamos a dejar de estar presentes e intentar de alguna manera el contribuir a que este Pacto por la Sanidad tenga el mayor consenso posible”



RAFAEL BENGOA RENTERÍA

*Consejero de Sanidad
y Consumo del País Vasco.*

“La gestión de la Sanidad está muy politizada, me lo encuentro en Euskadi”

“La descentralización del Insalud ha tenido muchas limitaciones que tienen que ver con la politización de la gestión y han inducido poca innovación y muy poca creatividad”.

Una cosa es el Pacto por la Sanidad, que es evidente que tiene que ser un pacto político, y otra es la gestión de la sanidad, que está muy politizada. Una gestión en la que en los últimos 30 años hemos ido hacia un modelo donde el ámbito político decide sobre jefaturas de servicio, decide el marco de gerentes que tiene que haber. ¿Qué quiere decir buena o mala política? Es evidente que, si una persona o una organización está en un marco absolutamente dirigido por un partido político, o en una situación en la que no hace una lectura del entorno político adecuado, pues de ahí sale un acuerdo político bastante ineficaz. Hay que estar con aquellos que consiguen hacer una buena lectura del entorno político y donde estemos centrados en el interés colectivo. El pacto de Sanidad necesita una política constructiva.

Gestión de la sanidad

Yo me encuentro en Euskadi una Sanidad politizada. He estado en esa Sanidad politizada dos veces. Probablemente he ayudado a politizarla en ciertos momentos de forma explícita o implícita. En los últimos 20 ó 30 años se nos ha politizado el sistema y eso no se discute. ¿Cómo se despolitiza? El modelo de liderazgo, obviamente, está muy politizado y es probable que no nos sirva. Entonces, ¿qué opciones tiene un gestor que esté en el ministerio o en una comunidad autónoma? Creo que lo que hemos hecho en los últimos 20 años lo hemos hecho bastante bien, pero igual nos hemos pasado, y es aquí donde ha entrado la politización del sector.

En el País Vasco vamos a dejar que otros nos digan qué es lo que ha pasado y, si ha funcionado muy bien, pues lo incorporaremos. Sí vamos a jugar mucho más fuerte a tener más conexión con los profesionales y dar más voz a los pacientes. ¿Qué cambios son necesarios? Hay que empezar a abandonar el esquema que la

gestión del sistema de salud está muy interiorizado en la mayor parte de los gerentes. O sea, *el status quo* no me gusta, necesito un cambio. Los gerentes senior crean un plan, elaboran una estrategia nueva, se desvela el plan y se buscan adhesiones. Hay que repensar si éste es el modelo para que el sistema avance. Esa gestión de arriba abajo nos ha permitido organizar la descentralización del Insalud, (que ha sido muy positiva), ha reforzado lo que es la regulación, el rendimiento, los estándares, mucha infraestructura local, y pocas personas cuestionan la descentralización que ha habido en el país y que eso ha mejorado muchas cosas. Pero ha tenido muchas limitaciones que tienen que ver con la politización de la gestión, que ha inducido poca innovación y muy poca creatividad.

Hemos enajenado a los profesionales. Yo no tengo a los profesionales en el País Vasco a bordo; hacen sus cosas, pero no están a bordo de las inquietudes de gestión o racionalizadoras con las decisiones que hay que tomar en el sistema. Ha aumentado la burocracia y ha abierto la puerta a esa microgestión política del sistema. Y la gente dice: ¿por qué esto ha llegado a estos niveles tan bajos? ¿Por qué se me están politizando unas organizaciones que en teoría tienen que estar haciendo otra cosa? Hay que ir hacia una cultura de desarrollo, que no es homogénea, que promueve la innovación, la experimentación, mucha innovación.

¿Y cómo se hace eso? Sin quitar enteramente al de arriba y desde una jerarquía organizada, hay que hacer una provisión de espacios y autonomía para experimentar e innovar de abajo a arriba, lo que se hace permitiendo que los profesionales del sector que puedan buscar nuevos modelos organizativos, que es donde están muchas eficiencias que todavía no hemos ido a buscar. Pero no las vamos a encontrar nosotros arriba, sino que las van a encontrar ellos con nuestra ayuda. Somos creadores de un entorno para que ellos puedan avanzar. ■

“El objetivo del Pacto por la Sanidad es garantizar una asistencia pública de calidad y equitativa”

“Hay consenso entre el ministerio y las comunidades autónomas en que la futura Ley de Salud Pública es una ley fundamental para añadir sostenibilidad al sistema”.



ALBERTO INFANTE CAMPOS

Director general de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Ministerio de Sanidad y Política Social.

El Pacto por la Sanidad nació sustentado en seis principios básicos: la cohesión, la equidad, la calidad, la innovación, la seguridad y la sostenibilidad. El objetivo del pacto, por tanto, sería garantizar a los ciudadanos ahora y en el futuro una asistencia sanitaria pública de calidad y equitativa que, si es posible, sostenga y mejore los niveles de calidad y eficiencia que tiene actualmente. Luego, las comunidades autónomas, en un Consejo Interterritorial en junio de 2009, decidieron aprobar la constitución de seis comités, encargados de elaborar los documentos base del pacto, trabajando sobre la cartera común de servicios sanitarios, recursos humanos, racionalización del gasto sanitario, calidad e innovación, salud pública y consumo de drogas. Comités en los que han participado más de cien representantes de las comunidades autónomas y el ministerio.

El tema central en el documento que ha preparado el Comité de Cartera Común de Servicios es el compromiso de respetar entre ministerio y comunidades autónomas el pacto para la modificación de cualquier elemento sustancial de la cartera. Esto ya existía, pero en algún caso en el pasado no había sido respetado con la lealtad con la que se suponía que debía serlo. Hay que cumplir lo establecido por la Ley de Cohesión y Calidad y cualquier ampliación tiene que contar con dos cosas fundamentales: suficiente evidencia científica de utilidad y suficiente análisis del impacto económico y de su viabilidad.

Se ha trabajado en cuatro áreas: registros fiables, necesidad de mejorar procesos de homologación y reconocimiento de títulos garantizando calidad formativa y competencial a los profesionales, definición de un modelo de formación troncal de médicos especialistas e impulso a la formación continuada como un elemento central de fidelización y de desarrollo profesional de los profesionales en el sistema.

El Comité de Racionalización del Gasto Sanitario tiene también un documento con propuestas, que van desde compartir información y transparentar información sobre precios, características y productos que se adquieren en el conjunto de las comunidades autónomas para disminuir la variabilidad y mejorar la gestión, realizar estudios *ad hoc* sobre este tipo de procedimientos de compras y trabajar de manera conjunta para establecer tarifas unificadas para el reembolso de la atención a los pacientes extranjeros.

Equidad y participación

Otro comité ha trabajado los temas de calidad e innovación. Aquí los ejes son: equidad, participación de los agentes implicados, gestión del conocimiento de una manera democrática y efectiva con líneas que tienen que ver con las estrategias de salud y profundizar el trabajo desarrollado sobre formación de los profesionales en sistemas de información. A este respecto, somos uno de los seis países que ha sido elegido por la Unión Europea para desarrollar el proyecto de la historia clínica digital, que puede permitir mejorar la atención a los 4,5 millones de personas españolas que son atendidos cada año fuera de su comunidad autónoma de residencia.

En el ámbito de la salud pública el punto clave es la Ley de Salud Pública. Hay consenso en que es una ley fundamental para añadir sostenibilidad al sistema. Algunos de los retos que tenemos tienen que ver con comportamientos y hábitos enraizados en la población, como el consumo de sal y la permanencia de la obesidad en los niños. Y está el tema de los sistemas coordinados de información en materia de salud pública, y el establecimiento de patrones comunes en hábitos que nunca debieron haber sido polémicos pero que lo fueron en algún caso en el pasado, como es el tema del calendario vacunal común. ■



Manuel García Abad con Ana Pastor.



De izda. a dcha., Patricio Martínez, Ana Pastor, Gonzalo San Segundo, Rafael Bengoa y Alberto Infante.



Carlos Velasco Iglesias y Victoria Ayala, de Oximesa.



Joaquín Estévez (dcha.), pte. de Sedisa; con J. Rafael Bengoa, y Fernando Gutiérrez de Guzmán, de PSN.



Honorio Bando (dcha.) con Marisa Calderón, del Grupo HM; y Alfonso Monfort.



De izda. a dcha., Manuel Martín, de Chiesi; Lourdes García; y Paulino Cubero, de SoMaMFyC.



Pedro Vidal (izda.), del Defensor del Paciente; con Abraham Herrera, de Bayer Healthcare.



Jerónimo Fernández Torrente (dcha.), de la OMC; con Alberto Infante y Guillermo Sierra.



De izda. a dcha., Fernando Gutiérrez de Guzmán, Manuel García Abad, José A. Martínez, de Idepro; Luis Aguilera, pte. de SemFYC; y Felipe Aguado.



Enrique Catalán (dcha.), de Xanit Hospitales; con Gonzalo San Segundo, Julian R. Ferrán, de Medical Finders; y Felipe Aguado.



De izda. a dcha., Héctor Jausás, de Jausás Abogados, con compañeras del bufete.



De izda. a dcha., Jerónimo Fernández Torrente, Julián Fariña, Marisa Calderón y Guillermo Sierra.



Mercedes Giménez (izda.) y Maribel Ruiz (dcha.), de Drug Farma, con miembros de Idepro, el Dr. Miguel A. Vargas y Benilde Serrano, de la Soc. Castellana de Medicina del Trabajo.



Los asistentes a la jornada siguieron con interés las ponencias y el posterior debate.

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: Adalgaamiento, Medicina Preventiva, Medicina Estética Avanzada y Chequeo Médico.

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 alternar el ejercicio con el más placentero de los descansos.

Belleza, bienestar, salud, deporte y los 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 - 29603 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

SERVICIO [SECRETO]

Kathleen Barry no se podía creer lo que vio en la evaluación de una de sus médicos. “La joven respondió al teléfono móvil en la sala de reconocimiento con el paciente ahí mismo. ¿Se imagina?”, dice Barry, directora médica de Bright Health Physicians, una consulta de Atención Primaria formada por once médicos en el sur de California. Dos años después del incidente, todavía habla de él con gritos exasperados. “Respondió al teléfono móvil: ¡y habló en una lengua extranjera!”

La evaluación se creó por un observador de pago o “paciente ficticio”, la versión del mundo sanitario de los programas de servicio de atención al cliente utilizados durante años por comerciantes de venta al por menor y otras corporaciones. Una evaluación típica implica “compradores” que representan a pacientes potenciales, y que luego critiquen cada una de las fases de la visita, desde la primera llamada de teléfono para concertar la cita hasta la salida tras haber concluido la consulta.

En 2007, Barry, médico de familia durante 25 años, buscó pacientes ficticios para mejorar la satisfacción y retención del paciente en Bright Health. Sabe que muchas consultas confían en las encuestas a pa-

Algunas personas pueden hacerse pasar por pacientes, y ayudarle a resolver problemas que usted ni siquiera sabía que tenía.

Por Morgan Lewis JR.

cientes para su falta de parcialidad. “Las encuestas sobre la satisfacción del paciente no resultan muy útiles para los médicos”, comenta. “Los pacientes están furiosos cuando las responden, y apuntan cosas que resultan muy desalentadoras. Las encuentros odiosas, en su mayoría”.

De 2003 a 2004 (los años más recientes para los que existe información disponible), la compra misteriosa se duplicó en una industria de 900 millones de dólares, según la Mystery Shopping Providers Association.

Examine Your Practice, una empresa de pacientes ficticios afincada en San Diego y fundada por Jodi Manfredi, informó de un aumento del 40 por ciento en clientes de 2007 a 2008. La empresa fue adquirida en febrero por la empresa de compradores ficticios TrendSource, y ahora Manfredi dirige su nuevo departamento de asistencia sanitaria.

“Cuando empezamos con esto a finales de los años ochenta, había un número de médicos ahí fuera que todavía creían que lo que importaba era la calidad clínica y ¡Dios nos libre de emplear las palabras servicio de atención al cliente!”, dice Meryll Luallin, fundadora de SullivanLuallin



Healthcare Consulting en San Diego. “La actitud es lo más importante ahora”. Tal vez se haya planteado contar con pacientes ficticios para su consulta, pero no estaba seguro de los costes o de los beneficios probables de dicho servicio. A continuación, le presentamos

¿Esto está bien?

La ética de los pacientes ficticios

En noviembre, la Asociación Médica Americana votó contra la adopción de directrices éticas para los pacientes ficticios. La política fue rechazada, en parte, debido al testimonio de los representantes de la Medicina de Urgencias y Emergencias que dijeron que era una “práctica engañosa” que quita recursos a los pacientes reales, sobre todo en los departamentos de Urgencias.

Las directrices rechazadas advertían a las consultas que utilizan pacientes ficticios que mantuvieran la privacidad de los datos del paciente y que no emplearan la evaluación con fines punitivos, como reprender o despedir a los empleados.

La Academia Americana de Médicos de Familia y la Asociación de Gestión de Grupos Médicos han publicado artículos animando al uso correcto de los pacientes ficticios como parte de un programa de mejora, pero no han respaldado ni rechazado la práctica de manera oficial. El Colegio Americano de Médicos no ha publicado ninguna directiva con respecto a los pacientes ficticios.

Las empresas de pacientes ficticios instruyen a sus pacientes para presentarse con síntomas que no precisan procedimientos invasivos o pruebas costosas. Se anima a los pacientes ficticios a seguir con la atención si durante su visita se descubre alguna enfermedad real.

una guía que le acercará a los pacientes ficticios, que incluye una visión detallada de una visita típica e información acerca de lo que un observador imparcial en su sala de espera puede revelar sobre su consulta.

Descubra lo que aún no sabe

A menudo, los pacientes ficticios revelan facetas de su consulta que usted no puede ver. Cuando Perception Strategies S.A. de Indianapolis evaluó el departamento de pacientes externos de St. Vincent Health System, formado por 50 consultas y 170 médicos, puso de manifiesto una necesidad desesperada de racionalizar el proceso de ganarse nuevos pacientes.

“En una consulta, para ser un nuevo paciente exigían un número de llamadas recíprocas”, comenta Richard Hansen, director de operaciones en St. Vincent Physician Network. “Tras un par de llamadas, usted o yo habríamos buscado un médico en cualquier otra parte”.

Brooke Billingsley, vicepresidente de Perception Strategies, recuerda a un médico que les daba las gracias a sus eficaces empleados por permitirle salir de la consulta a las cinco de la tarde cada día. Gracias al paciente ficticio descubrió que sus empleados nunca aceptaban citas más allá de las tres y media de la tarde.

“Había una desconexión entre lo que hacían en recepción y lo que hacían en la consulta”, añade Billingsley. “No siempre sabes cómo estás siendo representado”.

En Jackson Siegelbaum Gastroenterology, una consulta formada por seis médicos en Harrisburg, Pensilvania, se advirtió de una violación potencial de la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud. “Nuestros documentos en recepción no se rellenaban como debían haberse hecho”, explica Lisa Scicchitano, administradora de la consulta. “Realmente hizo falta que alguien de fuera viniera y lo viera. Fue una perspectiva completamente diferente”.

Pero a veces no sale barato. Los servicios de pacientes ficticios se encuentran entre los 1.150 y los 5.000 dólares, según la complejidad y duración de la evaluación. Algunas firmas simplemente ofrecen realizar citas, preguntas y evaluar el sistema telefónico, lo que puede costar menos de 500 dólares. Se recomiendan al menos tres o cua-

¿Quién es el paciente ficticio?

Los pacientes ficticios enviados por empresas para evaluar su consulta no son diferentes de la gente que atraviesa su puerta cada día, excepto porque estos pacientes suelen estar bien entrenados para observar, reciben entre 40 y 220 dólares por informe, según el tipo de consulta, complejidad de la visita y mercado.

Normalmente, los pacientes ficticios no son antiguos profesionales médicos, pero han sido instruidos para valorar los factores únicos que se ven implicados en una evaluación sanitaria.

“Además de los compradores ficticios con certificación, los profesores y los profesionales jubilados son pacientes ideales”, según Jodi Manfredi, directora de salud de TrendSource, una empresa de compradores ficticios.

Las consultas pueden pedir el tipo de paciente que quieren atraer



o mantener: hombre o mujer, joven o viejo, de clase alta o baja. Tal vez sorprendentemente, los médicos y enfermeros no suelen estar especializados en ver la visita a través de los ojos del paciente.

“Es muy duro para los médicos salir de su pensamiento clínico y no valorar al médico según sus destrezas clínicas”, asegura Meryl Luallin, paciente ficticia. “Tienden a identificarse y pueden no ser objetivos”.

tro visitas por médico durante varias semanas para garantizar una evaluación válida, pero si el número de llamadas y visitas aumenta, también lo hace el precio.

Los servicios disponibles varían considerablemente: algunos programas sólo consisten en entrar, para lo cual el paciente ficticio interactúa con los empleados, hace preguntas sobre la consulta y sobre cuánto tardarían en atenderle y evalúa la sala de espera. Si los pacientes ficticios quedan satisfechos con la visita, y algunos incluso han cambiado médicos basándose en sus evaluaciones, es muy posible que sus verdaderos pacientes también lo estén.

Kathleen Barry, harta de la perspectiva limitada que ofrecían las encuestas a pacientes propios de Bright Health, contrató en 2007 a la empresa de Luallin para que hicieran unas 50 visitas y al menos las mismas llamadas telefónicas durante varios meses. Todos sabían que habría visitas ficticias y que serían evaluados. Los empleados de oficina estaban preocupados por si dichas evaluaciones provocaban reprimendas o despidos, pero los médicos de Barry estaban

ansiosos por empezar con el programa. “Todos esperaban hacerlo bien”, dice.

Bajo el microscopio

Cuando Luallin evalúa una consulta, lo primero que hace es realizar una llamada telefónica para concertar una cita utilizando su verdadero nombre, a menos que esté investigando varios departamentos de la misma consulta. Con una lista de control de sí/no en la mano, juzga si la persona al otro lado del aparato ha saludado de la manera adecuada o si la ha puesto en espera, y si le han dado alternativas para la hora de la cita. Las evaluaciones telefónicas son rigurosas, Luallin incluso refleja el número de veces que suena el teléfono hasta que alguien responde y cómo es el tono de voz del telefonista.

Normalmente, Luallin representa a una recién llegada a la ciudad que busca un médico habitual. Evita hablar del seguro diciendo que todavía no cuenta con un plan sanitario, pero que puede pagar al contado. De esta manera, asegura, ofrece una oportunidad para poner a prueba las políticas

de pago de la consulta: “¿Cómo manejan a los pacientes no asegurados?”

El día de la cita de Luallin comienza con una crítica de si las señas para ubicar el lugar fueron claras, si la señalización era visible y si el estacionamiento estaba en perfecto estado.

Una vez dentro, valora si es recibida de inmediato y de manera agradable. Determina si los empleados van vestidos apropiadamente y toma nota de cómo se tratan entre ellos. Discretamente examina la sala de espera en busca de suciedad, apunta el estado de los muebles y los servicios y cuántos pacientes más esperan ser atendidos. Únicamente anotará las cosas allí mismo si nadie puede verla.

Dentro de la sala de reconocimiento, Luallin juzga cómo se protege su privacidad y si los ayudantes o enfermeros llaman antes de entrar, se presentan y aseguran que el paciente lo haya comprendido todo y no tenga dudas. También se registran las actualizaciones del tiempo de espera.

Durante el encuentro con el médico, Luallin toma nota de si el médico se lava las manos o parece tener prisa, y cuánto tiempo pasa con ella. No juzga las habilidades clínicas, pero tiene en cuenta si el médico proporciona instrucciones claras y resume el plan de tratamiento.

“Es la manera en la que el médico interacciona contigo. ¿Volverías a ver a este mismo médico?” añade. “He visto a médicos de los que me he enamorado y por los que me encantaría mudarme a su área y ser su paciente”.

Misterio resuelto. ¿Ahora qué?

Las valoraciones iniciales de los pacientes ficticios se emiten en las primeras 24 horas después de la visita. En Bright Health, los elementos del informe no específicos para médicos se comparten con todo el personal al completo, aunque se elimina la información que pueda identificar a la persona que ha emitido un comentario desfavorable. Algunos comentarios correctivos se ponen en común con los empleados en privado y pueden ser incluidos en evaluaciones de rendimiento anuales.

“No quiero decir que sea algo punitivo”, dice Barry. “Pero creo que si te fijas en la misión y la visión que tienes para tu organización, entonces puedes descubrir si esas

personas cumplen esas expectativas antes”.

Tras la primera evaluación de Bright Health, rápidamente se llevaron a cabo cambios sencillos: los empleados empezaron a llevar las placas con sus nombres a la altura del pecho, los empleados de recepción comenzaron a dar las gracias a los pacientes al llegar y al salir, y los médicos fueron animados a presentarse y explicar todos los pasos y pruebas necesarias, manteniendo informados a los pacientes de los tiempos de espera.

Barry obtuvo una buena puntuación en su propia evaluación. “Tengo mucha energía y me encanta ocuparme de los pacientes”, comenta. “Enriquecen mi vida de verdad”. La médico que atendió la llamada personal durante el encuentro con el paciente ficticio fue despedida por un sinnúmero de infracciones y otros médicos dimitieron después de haber recibido una mala evaluación antes que someterse a una formación de sus habilidades.

“Descubrimos que algunos de nuestros nuevos médicos no se presentaban por su nombre a sus nuevos pacientes y que no entablaban un buen contacto visual”, comenta. “Son cosas que esperas que un médico se sienta cómodo y confortable haciendo”.

Ahora, Barry contrata pacientes ficticios para sus nuevos médicos al menos una vez en los primeros dos meses desde su llegada para asegurarse de que se comportan conforme a las políticas centradas en el paciente de la consulta. Valora la evaluación de cada médico y, si es necesario, establece nuevas metas o expectativas. Con cada uno de los médicos, Barry enfatiza que el informe es una simple tarjeta en la que se apuntan los resultados de sus habilidades interpersonales, no sus conocimientos clínicos. “No se trata de lo buen médico que seas, sino de cómo te ve el paciente. Se trata de la interacción personal. La meta final es mejorar la satisfacción del paciente en todos los frentes. ¿Hemos mejorado la manera en la que el paciente ve su experiencia en nuestra consulta y le dirán a la gente que hemos hecho un buen trabajo ¿Y volverán?” ■



Puntos clave

» Durante mucho tiempo utilizados por comerciantes en la venta al por menor, los “compradores ficticios o en este caso, pacientes ficticios” son cada vez más populares en la sanidad.

» Muchas empresas ofrecen servicios de pacientes ficticios, que normalmente cuestan entre 500 y 5.000 dólares.

» Los defensores de los servicios de los pacientes ficticios dicen que ofrecen una nueva percepción que resulta valiosa, pero sin la parcialidad típica de las encuestas a pacientes.

(Ver ficha técnica en pág. 42)

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

J O R N A D A

Medical Economics



La realidad de la nutrición en el anciano

**Centro Cultural
de Caja Castilla La Mancha
Palacio de Benacazón
C/ Recoletos, 1**

Toledo, 23 de marzo de 2010

Con la colaboración de



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



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

Una muerte en la familia

Los médicos no somos inmunes a los acontecimientos que nos cambian la vida, aunque se supone que sabemos manejarlos de manera diferente.

Por Blythe Sanders Winchester

Siempre pensé que era buena dando malas noticias. Incluso hice un curso en la facultad de Medicina en el que simulábamos comunicar la muerte de un paciente a un ser querido. Desde entonces, me he encontrado en muchas situaciones en las que mis palabras cambiaron vidas.

Durante la residencia, informé a pacientes y familiares de muertes inminentes y declaré y confirmé la muerte de muchas personas. A veces conocía al paciente lo suficiente para establecer una conexión con él y su familia. Otras, como interno, no conocía de nada al paciente cuyo silencioso pecho yo intentaba escuchar a las tres de la mañana, cuyos párpados no se movían, cuyas pupilas no respondían y quien, tal vez en el indicativo más desconcertante, no se estremecía o retiraba cuando intencionadamente le provocaba dolor.

En el escaso tiempo en que ejercí la medicina, me sentí verdaderamente seguro de mi capacidad para discutir tranquila y sosegadamente sobre cuestiones relacionadas con el final de la vida. Sin embargo, nadie enseña a los médicos jóvenes la manera de decirles a sus propias familias que alguien se muere, o la manera de equilibrar la pena y la tristeza con la petición de consejo y conocimiento médico de tu familia.

Mi abuelo, el soldado Edward Sanders, era un vigoroso miembro de la nación cherokee y ex prisionero de guerra de la Segunda Guerra Mundial. Durante varios años, luchó contra el Alzheimer y la demencia senil. Mi abuelo se fue debilitando progresivamente, pero empeoró aún más y se fracturó el fémur. Cuando mi madre me lo contó, empecé a comprender la cantidad de vocabulario que como médicos damos por sentado. Me enorgullezco de lo bien que traduzco “el lenguaje médico” a lo que mi

marido llama “el habla de la gente normal”. Pero durante esta conversación me descubrí, por primera vez, dependiendo de mi madre para resumir una situación médica. Mi abuelo se había fracturado el trocánter mayor y había que operarle; llamé a mi madre para que me pusiera al día.

“Oye, Blythe, el abuelo ha sido operado hoy y todo fue bien, aunque ha estado como loco desde entonces”.

Traducción: El paciente desarrolló un delirio postoperatorio.

“Ha estado revolviéndose, gritando, inquieto y sudoroso. No quieren darle demasiados calmantes, pero está fuera de control”.

Traducción: El delirio fue a peor, el paciente está ahora taquicárdico, probable restricción de 4 puntos.

“Anoche tu padre lo escuchó hablar en che-rokee; susurraba el Canto de la Muerte, pero es la única vez que tiene neumonía. No respira bien sin oxígeno y su corazón late raro”.

Traducción: El paciente tiene fiebre, posibles etiologías que incluyen neumonía, sepsis, infección del tracto urinario, hemorragia y ha habido que ponerle oxígeno. Posibilidad de derrame pulmonar, sobrecarga de fluidos, insuficiencia cardíaca y/o atelectasia. Continúa insensible. Todos son indicadores de un mal pronóstico. También puede estar desarrollando una arritmia.

Encontré a mi padre a los pies de la cama de mi abuelo en la UCI del hospital de Virginia. Vi la mascarilla atada con las corre-



as bien fuertes a la cara del abuelo y oí no sólo el sonido del BiPAP, sino el espantoso ruido del aire y las burbujas mezclándose, el oxígeno entrando a la fuerza en un espacio lleno de fluido. Mi abuelo ya no era ese paciente. Era un hombre pálido, silencioso, vacío y agnizante.

Mi padre me pidió ayuda: “¿Le echarás un vistazo a todo y me ayudarás a tomar una decisión? El médico quiere hacer más pruebas y empezar con otros antibióticos, pero no creo que eso sea lo que papá quería”.

Nunca había visto a mi padre tan cansado, tan triste y agotado. Había cuidado al abuelo durante años. En los últimos tiempos, el abuelo había vivido en una Unidad de Alzheimer en una residencia de ancianos. Sus divagaciones y caídas eran demasiado para mi padre y sus dolores de espalda crónicos. Visitaba al abuelo al menos una vez al día. Lo ayudaba a comer y se aseguraba de que fuera al baño. Siempre que yo iba a de visita parecía que entraba a ver a una celebridad. A los pocos minutos de hablar con mi padre, comprendí lo triste que la situación era para él.

Mi padre llamó al médico de la UCI y nos presentó: “Esta es mi hija, Blythe; es la médica de la que les hablé”. ¡Genial! No estaba en absoluto impresionado por mis sandalias brillantes y mi ropa más bien informal. No obstante, me proporcionó un panorama de la situación actual, lo que me resultó deprimente.

Intimidación y angustia

Le dije que mi familia lo discutiría, pero que no queríamos más tratamientos o pruebas invasivas. Estuvo en desacuerdo con la decisión y la desaprobación atravesó su cara como una sombra.

En la conversación verbal que vino después, yo le habría explicado por qué decidiría detener la investigación para a continuación sentirme como una estudiante interrogada por el médico responsable hasta que reconociera mi derrota. Pero en esa ocasión, le comuniqué claramente que apoyaría a mi familia en su decisión y que no les empujaría a llevar a cabo pruebas innecesarias que prolongarían la vida de mi abuelo sin motivo. Pensé, ¿cómo puede estar pasando esto? El abuelo tenía insuficiencia orgánica múltiple, pero por las palabras y el tono del médico parecía que yo era la acusada en el estrado. Era mayor que yo y su experiencia me intimidaba. Con mis emociones pendiendo de un hilo, empecé a dudar de mis instintos.

¿Y si me estoy precipitando? ¿Y si estoy hastiada? ¿Y si todavía puede recuperarse? Lo vi en su cama, ordené mis pensamientos, me senté y lloré. Le conté a mi padre mi incómodo encuentro con el médico. “Oh,” dijo, “Su padre murió después de una dura batalla contra la enfermedad, así que seguramente sea una situación difícil para él”.

Cuando llegaron las hermanas de mi padre, les expliqué el estado de mi abuelo. Lloraba y me secaba la nariz mientras les decía que se iba a morir. Les dije que teníamos que hacer que se sintiera cómodo. Teníamos que retirarle la mascarilla que tanto se ajustaba a su cara. Teníamos que parar los monitores, dejar de sacar sangre y sacarle de la UCI. A cada momento, la gente a la que acudía en busca de un guía, me miraba en busca de respuestas. Estaban a favor de lo que yo creyera mejor para mi abuelo.

Responsabilidad imprevista

Mi abuelo murió pocas horas después en una habitación tranquila y privada junto a la compañía de sus seres queridos. Había sobrevivido a demasiadas cosas: su B-7 fue derribado en la Segunda Guerra Mundial, vivió ocho meses como prisionero de guerra en un campamento alemán y escapó cuando se dirigía al campamento para prisioneros de Nuremberg. Aunque había advertido a mi familia sobre las posibles respiraciones y episodios agonizantes, nada de eso ocurrió. Por suerte, fue una muerte tranquila, como si se quedara dormido.

Los médicos somos vulnerables a los cambios que alteran nuestras vidas, igual que cualquier otra persona. Pero cuando se trata de urgencias médicas o de asuntos sobre el final de la vida, se espera que reaccionemos de manera diferente. Nunca conté con que esto formara parte de mi vida como médico.

Los amigos y miembros de la familia siempre me han preguntado sobre sarpujidos o me han pedido una “segunda opinión”. Nunca pensé sobre la responsabilidad que recaería sobre mí cuando alguien cercano se estuviera muriendo. A veces, nuestro conocimiento médico se vuelve vital de una manera que nunca hubiéramos esperado. He aprendido que a los médicos no nos hace falta hablar otra lengua para actuar como intérpretes en momentos de necesidad.

Blythe Sanders Winchester, *Máster en Salud Pública, trabaja como médico en Cherokee, Carolina de Norte.*

Compromiso de Novartis con España

Comprometidos

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



Innovación

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

Fomentamos la intervención en proyectos de investigación transnacional.

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

Cuidamos y Curamos

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

Las personas y su cuidado son nuestra razón de ser.

Apuesta por el talento

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

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

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

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

Responsabilidad y gestión ética

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

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

Innovación responsable para ti

Cultura

LIBROS

Las claves del dolor y su prevalencia

Cerca de 9 millones de españoles (el 11 por ciento) sufren dolor crónico, según el estudio *Pain in Europe*. Una condición que, debido a las devastadoras consecuencias que trae consigo en la calidad de vida de las personas que lo padecen, ha dejado de ser considerado un síntoma para llegar a convertirse en una patología en sí misma. Los avances que se están produciendo en el campo del abordaje del dolor, están propiciando un aumento de la aparición de artículos a este respecto. Sin embargo, la importancia del dolor en la sociedad es un tema complejo que implica no sólo un abordaje clínico y farmacológico, sino que se trata de un serio problema sanitario con consecuencias muy negativas desde un punto de vista social, psicológico e incluso económico y laboral. La *Guía para periodistas. Entender el dolor*, elaborada por la Fundación Grüenthal, aborda las claves necesarias para conocer qué es el dolor, dónde tratarlo, cuál es su prevalencia, sus consecuencias psicológicas, sociales y económicas, así como los principales tratamientos utilizados para su abordaje.



Título: Guía para periodistas. Entender el dolor
Distribuye: Fundación Grüenthal
53 páginas

EXPOSICIONES

Camboya más cerca que nunca

Tras su paso por el Caixaforum madrileño, la exposición *Camboya, tierra de esperanza* recalca en Barcelona donde se podrá visitar hasta el próximo 28 de febrero. A través de las fotografías de Gervasio Sánchez (Premio de Periodismo Rey de España 2009 y Premio Nacional de Fotografía 2009) y los documentales de Oriol Gispert, la exposición pretende contribuir a un conocimiento mejor de la realidad en la que viven los camboyanos. Estos documentos, que se presentan por primera vez en esta muestra, reflejan desde muy cerca la vida cotidiana de este pequeño país del sureste asiático cuyo pasado reciente está marcado por la tragedia. Después de tres décadas de conflictos y siendo uno de los países más afectados por las minas antipersonas, hoy, Camboya mira hacia adelante y trabaja para construir un futuro mejor.



Los íberos, cultura y moneda

Las monedas acuñadas por los íberos son un testimonio magnífico de la historia de estos pueblos que, entre los siglos VI y I a. C., desarrollaron una de las culturas más importantes de la península Ibérica. El Museo Nacional de Arte Cataluña (MNAC) acoge hasta el mes de mayo una muestra sobre el pueblo íbero, que pretende analizar todo lo que su numerario aporta al conocimiento de su cultura. Las monedas llevaban siempre grabado el nombre de la ciudad o de la tribu emisora y, en ocasiones, también el nombre de personajes. Estas inscripciones son a menudo el único testimonio que ha quedado del nombre de sus ciudades y de los magistrados que las gobernaron.



CINE

El Mandela de Clint Eastwood

La última película de Clint Eastwood ya está en los cines españoles. *Invictus* cuenta la verdadera y ejemplar historia de cómo Nelson Mandela (Morgan Freeman) se alió con el capitán del equipo de rugby de Sudáfrica, Francois Pienaar (Matt Damon), para ayudar a unificar su país. El recién elegido presidente Mandela sabía que, tras el apartheid, su país seguía dividido racial y económicamente. Con la confianza de que puede reconciliar a su pueblo mediante el lenguaje universal del deporte, Mandela se une al débil equipo sudafricano de rugby cuando, de forma inesperada, consigue llegar a la final de la Copa del Mundo de Rugby de 1995. Aquellos hechos los plasmó el periodista John Carlin (Londres, 1956) en *El factor humano*, y ahora son llevados al cine por Clint Eastwood.



Internet

La publicidad por el móvil será 'inteligente'

Ya es sabido que en plena crisis el único segmento de publicidad que crecerá significativamente en 2010 será Internet, y –más concretamente– la publicidad en los móviles. La consultora MMA pronostica para España un incremento del marketing móvil del 40 por ciento anual hasta 2012, después de haber crecido más del 13,3 por ciento en 2009, el año más crudo de la crisis internacional.



El sector de automoción encabeza el ranking de anunciantes a través de telefonía móvil.

Automoción encabeza el ranking de anunciantes, seguida por el sector de viajes; y a continuación gran consumo, con el sector belleza como punta de lanza, y en las últimas posiciones energía, equipos y servicios varios. La operadora líder española ha lanzado un servicio –Movis-

tar Toc-Toc–, con el que pretende marcar el rumbo de la publicidad en servicios móviles, poniendo a disposición del consumidor final un total de 50.000 terminales que llevan integrada de fábrica una herramienta para recibir e interactuar con material publicitario, de modo que la publicidad podrá incorporar una URL para añadir más contenidos; y –además– el usuario podrá elegir cuándo quiere recibir los mensajes y en qué formato.

Telefónica obsequiará a los usuarios de los nuevos terminales con una serie de puntos que podrán canjearse por regalos, y también a aquellos usuarios que no dispongan de los nuevos terminales pero que decidan descargarse las mismas aplicaciones desde la página web de la compañía, garantizándose muchos servicios avanzados, inexistentes hasta ahora en este competitivo mercado.

La última generación de teléfonos inteligentes, llamados smartphoes, está generando una dura pugna por captar cuota de mercado, lo que ha llevado a Google y Verizon a aliarse para acabar con la hegemonía del iPhone de Apple, con una herramienta talismán: el sistema operativo más avanzado en estos momentos, el Android. ■

Sección patrocinada por



Ayuda urgente para Haití

La terrible catástrofe que afecta a la población haitiana no puede dejar-nos indiferentes. Esta web recopila las distintas organizaciones que actúan en la coordinación de la ayuda a un pueblo en estado crítico.

<http://www.ayudahaiti.es>

La sociedad científica más antigua

Salen a la luz por primera vez los archivos de la Royal Society de Londres, que cumple 350 años, donde habían permanecido escondidos los detalles del 'eureka' de Newton (1643-1727) para formular su teoría de la gravedad.

<http://royalsociety.org/>

CIBERCONSEJOS

El Gobierno, contra las apuestas en Internet

El Gobierno está decidido a acabar con la alegaridad que, a día de hoy, supone el juego por Internet, un negocio a espaldas de la Hacienda Pública y un camino para el blanqueo de dinero y por ello, la Secretaría de Estado de Hacienda ha elaborado un documento en el que se recogen las líneas generales de la política que quiere desarrollar. Sólo podrán hacer publicidad las casas de apuestas o juego habilitadas, previa autorización del nuevo regulador que creará el Gobierno.

Hugo Chávez ataca a la Play Station

El presidente venezolano, Hugo Chávez, en un discurso contra el sistema capitalista, al que llamó "camino al infierno", citó que los juegos Play Station, son un veneno, y que hay unos que te enseñan a matar y tirar bombas, unos valores que vende el capitalismo para sembrar la violencia y garantice que luego pueda vender armas. La Asamblea Nacional venezolana, aprobó el año pasado una ley que castiga con hasta cinco años de cárcel a quien comercialice juegos y videojuegos "bélicos".

Golf



III ProAm María García-Estrada

El equipo de Larrazábal se impuso en Abama

Joan Laporta: "Me gustaría jugar mejor al golf, pero apenas tengo tiempo de practicarlo"

El equipo del profesional Pablo Larrazábal, integrado además por los *amateurs* Antón Brufau, José Carceller y Demetrio Carceller, se ha impuesto en el III ProAM Memorial María García-Estrada que se ha disputado en Abama Golf Resort (Tenerife), evento de carácter benéfico que tiene por objeto 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.

El conjunto ganador concluyó con 51 golpes netos, cuatro menos que los equipos de los profesionales Eduardo de la Riva, Carmen Alonso, José Rodríguez, Gonzalo Fernández-Castaño y Carlos Rodiles, todos ellos empatados con 55 golpes netos. En séptima posición quedaron clasificados, entre otros, los equipos de Sergio García y Paula Martí, éste último integrado por Joan Laporta y Txiki Beguiristain, presidente y secretario técnico del FC Barcelona.

Joan Laporta manifestó su satisfacción "por participar en una iniciativa de este tipo. He tenido la oportunidad de conocer a la familia García-Estrada y de conocer en mayor profundidad su proyecto, que me parece muy interesante y loable". Laporta, que formó parte del equipo de la profesional Paula Martí, reconoció haberse divertido mucho. "Es una gran experiencia jugar con una golfista de la categoría de Paula. En mi caso me gustaría jugar mejor, pero apenas tengo tiempo para practicarlo", dijo el presidente barcelonista.

La recaudación total de este III ProAm Memorial María García-Estrada ha ascendido a 134.000 euros, de los cuales 18.830 euros proceden de la subasta benéfica celebrada en la jornada previa al ProAm, con mención especial para los 4.500 euros que fueron ofrecidos por las zapatillas que



El evento recaudó fondos para la investigación contra el cáncer.

utilizó Rafael Nadal en la pasada final de la Copa Davis y los 3.000 que se ofertaron por una bolsa de palos de Sergio García firmada por el golfista castellanense.

Una camiseta de Cristiano Ronaldo, una camiseta de Messi, otra del FC Barcelona de los seis títulos rubricada por toda la plantilla azulgrana, unas botas del baloncestista Ricky Rubio y una muleta de Enrique Ponce, figuraron también entre los artículos subastados. ■

Geoff Ogilvy, primer ganador de la temporada en EE UU

Ogilvy necesitó de 67 golpes, con tan solo un fallo y siete *birdies*, para finalizar el recorrido con victoria y poder revalidar el título del torneo que también logró el año pasado. El australiano concluyó la prueba con un total de 270 impactos, 22 bajo el par del campo, uno por delante del surafricano Rory Sabbatini, quien completó la mejor actuación de la jornada con 63 golpes y remontando 10 posiciones respecto a la tercera jornada del torneo. El estadounidense Lucas Glover, quien lideraba la prueba desde la primera jornada, tuvo un día negro y entregó una tarjeta con tres *birdies*, tres fallos y dos dobles fallos, lo que le provocó una caída en la clasificación de 13 puestos, quedando en decimocuarto lugar. El argentino Ángel Cabrera consiguió por poco mantenerse en los diez primeros puestos y terminó la competición con un acumulado de 277 golpes, 15 bajo par. El torneo de golf de Kapalúa repartió 5,6 millones de dólares en premios, según informa la organización de la PGA, y en él no participaron ni Tiger Woods ni Phil Mickleson.

Valencia
5,6,7 Mayo 2010



XIII CONGRESO
de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA
Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

**Palau de la Música
y Congressos 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: lpanizo@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

