



# Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 126 26 de febrero de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

## I Certamen de Artículos

## Los relatos galardonados en 2009



**Una cuestión  
de autoridad**

Pág.: 44

**Manuel me  
mira a los ojos**

Pág.: 38

## ADEMÁS

JORNADA AUTONÓMICA  
La investigación sanitaria  
en la Región de Murcia  
(págs. 10-13)

JORNADA ASISTENCIA PRIVADA  
Un nuevo modelo  
de aseguramiento  
(págs. 32-35)

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATION S.L.



# Changing tomorrow

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

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

TRASPLANTE  
UROLOGÍA  
DERMATOLOGÍA  
ANTI-INFECIOSOS

 **astellas**  
Leading Light for Life

37

I Certamen de Artículos

Los relatos galardonados en 2009

Manuel me mira a los ojos



Una cuestión de autoridad

MEDICAL ECONOMICS publica en este número los artículos galardonados en el I Certamen de Relatos Medical Economics, patrocinado por Pullmantur. El artículo Manuel me mira a los ojos, de Aurora Guerra, ha recibido el Gran Premio del Certamen de Artículos; mientras que el Premio Plus Médicos Jóvenes ha sido para Luis Llanes, por Una cuestión de autoridad.

JORNADAS AUTONÓMICAS

10 La investigación sanitaria en la Región de Murcia

MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de Astellas Pharma, organizó recientemente en la capital murciana una jornada sobre investigación sanitaria. Al encuentro acudieron un centenar de profesionales, integrantes de los grupos de investigación de los centros sanitarios de la Región de Murcia.

JORNADA ASISTENCIA PRIVADA

32 En busca de un nuevo modelo de aseguramiento

El sector privado de seguros de salud en España, que podría aliviar sustancialmente la presión que soporta el sistema sanitario público, necesita un nuevo modelo de aseguramiento que potencie la clientela, rentabilidad y la satisfacción de pacientes y de médicos.

GESTIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

22 Gestión integral: ¿quién debe llevar el liderazgo?

En la búsqueda de iniciativas que minimicen la discontinuidad de la atención del proceso en las derivaciones entre Atención Primaria y atención especializada, han emergido con mucho impulso nuevos modelos de gestión integrada.



DÍA MUNDIAL DE LA SALUD 2009. PARA SALVAR VIDAS

# PLAN SALUD 2015



Cada día 17.000 profesionales se esfuerzan para atender a 47.000 pacientes en nuestra Comunidad. Este año el Gobierno de la Región de Murcia invierte más de 1.800 millones de euros para garantizar la asistencia sanitaria a todos los murcianos. Estamos elaborando un Plan de Salud que pone a tu disposición todos los recursos con los que cuenta nuestra Sanidad... Pero nada de ello será suficiente si no te cuidas. Porque tu salud, depende, sobre todo, de ti. Por eso, queremos contar contigo para cuidarte:

**Cuídate en 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: 1696-6163  
D.L.: M-35829-2003  
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por



## ACTUALIDAD

- 5 Carta del editor
- 6 Opinión de los lectores
- 8 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 **Gestión Profesional**  
Medir la satisfacción de los pacientes
- 16 **Gestión de Calidad. Medio Ambiente**  
El suelo, recurso vital (y III)
- 20 **Sanidad autonómica**  
Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña
- 22 **Gestión en AP**
- 24 **Economía de la Salud en el Área del Dolor**
- 31 **Tecnología**

## Y ADEMÁS...

- 50 **Journal Scan**
- 53 **Tres de últimas**



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Está de acuerdo con el modelo de seguro privado existente en España?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

\* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

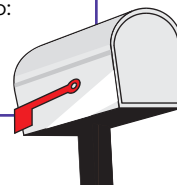


## ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de [www.medeco.es](http://www.medeco.es) 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.medeco.es](http://www.medeco.es)



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 RRLL 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

# Sigan escribiendo

**H**a llegado el anhelado momento para el que hemos estado animando a nuestros lectores durante todo el pasado año. Nuestra portada recoge el acontecimiento: el de la publicación en este número de los ganadores de los premios correspondientes al I Certamen de Artículos que convoca la edición española de *Medical Economics*.

Nos planteamos el certamen español como un reto. ¿Seríamos capaces de lograr vencer la acreditada resistencia de nuestros médicos a compartir su escaso tiempo libre, condicionados por la conocida presión asistencial, obligada burocracia organizativa y necesaria actualización de conocimientos, con la deseada paz exigible para escribir un artículo?

Esta era la cuestión y no la falta de casuística; porque quién no ha vivido alguna experiencia como las que se sugieren en las bases (ver convocatoria II Certamen en páginas 42 y 43): cómo logró solucionar un problema en la práctica clínica; una buena idea para optimizar su consulta; los temores, confirmados o no, ante un juicio o demanda profesional; o las emociones sentidas en situaciones especiales ante sus pacientes por miembros de su familia enfrentados a la enfermedad.

La duda hamletiana, perdón por la expresión, la resolvimos en positivo. Si nuestros colegas de la edición americana lo vienen consiguiendo desde hace muchos años (pueden consultar los relatos ganadores de 2009 en [www.medeco.es](http://www.medeco.es), nº 122-11, diciembre de 2009), nosotros no podíamos quedarnos a la zaga.

Y así ha sido. Hemos recibido numerosos artículos, la mayoría de ellos de calidad suficiente para su publicación en diferentes números de 2010. Y en este nos cabe el honor de ofrecerles los dos elegidos por el jurado, reforzado éste con la participación de dos invitados de excepción: el médico y académico de la Real Academia Española, Prof. Pedro García Barreno; y el Prof. Diego Gracia Guillén, de la Real Academia Nacional de Medicina y catedrático de Humanidades Médicas de la Universidad Complutense.

Es por todo ello un placer presentarles los artículos de la doctora Aurora Guerra y del doctor Luis Llanes, dos de los médicos que, aun com-

partiendo con el resto de sus colegas las dificultades para dedicar el tiempo a la escritura, se las han arreglado para hacerlo y, lo que es mejor, para conseguir los premios.

Aurora Guerra, que ha conseguido el Gran Premio, trabaja como dermatóloga en el Hospital 12 de Octubre, de Madrid, y además de su actividad en la Universidad y de sus responsabilidades en la Academia Española de Dermatología, es autora de numerosos libros y artículos. “Manuel me mira a los ojos” refiere la turbación que produce a la autora la compleja mirada de un paciente que le exige una solución para su incurable enfermedad, y su postrera aceptación de la dura evidencia.

El ganador del Premio Plus-Médicos Jóvenes, Luis Llanes, urólogo del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), es profesor universitario y ha realizado diversos máster de dirección médica y gestión sanitaria. Su artículo galardonado, “Una cuestión de autoridad”, recrea la absoluta entrega del cirujano ante un caso muy complicado y la descorazonadora reacción posterior de algunos familiares del paciente.

Lo más difícil se ha conseguido, y los participantes han obtenido buena nota. Mi agradecimiento y enhorabuena a todos ellos, a quienes esperamos con nuevos relatos; y, cómo no, una vez abierto el fuego literario, vuelvo a animar a nuestros lectores para que, en un gesto de generosidad, compartan sus experiencias con sus colegas en *Medical Economics* ya que, como les decía el pasado año con ocasión del I Certamen, “recuerden que no es lo más importante escribir bien, sino escribir a menudo para adquirir la habilidad deseada”.

Y estoy seguro de que en enero de 2011, cuando celebremos la fiesta del VIII Aniversario de *Medical Economics*, estaremos entregando los premios a otros tantos médicos e iniciaremos la publicación de los que, sin conseguir galardones, también nos hayan llegado al corazón. ■



Manuel García Abad  
[mga@drugfarma.com](mailto:mga@drugfarma.com)

Manuel García Abad

# Opinión de los lectores

## Médicos de mutuas, aún más desconocidos

Soy médico de mutua por casualidad; leí una oferta de empleo en la revista del Colegio de Médicos y me animé el que no tenía que desplazarme. Por entonces hacía suplencias en Primaria, cada día en un centro de salud distinto. Y así empecé.

Las mutuas se definen como “entidades colaboradoras con el sistema de la Seguridad Social en la gestión de las contingencias del accidente de trabajo y de las enfermedades profesionales, bajo la dirección, tutela y vigilancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales”. Esto es, nuestra labor fundamental es atender al trabajador que ha tenido un accidente en su trabajo o enfermedad relacionada con él, prestándole la cobertura sanitaria completa y precisa para lograr una rápida y total recuperación de la lesión. Pero no sólo atendemos clínicamente, sino que gestionamos económicamente fondos públicos, cuando emitimos las bajas y altas laborales. Ello es también un acto médico.

Y también hacemos medicina cuando valoramos a los pacientes de contingencia común, y colaboramos con los médicos de cabecera y especialistas del Sescam, en nuestro caso, adelantando pruebas y incluso tratamientos (quirúrgicos y de rehabilitación, fundamentalmente) utilizando nuestros recursos humanos y materiales, en situaciones donde el paciente está en la “desesperante” lista de espera del Servicio Público de Salud.

Y realizamos los informes de incapacidad laboral de los pacientes que han quedado con secuelas, y emitimos las bajas para la prestación del embarazo y hacemos propuestas de alta y también de incapacidad cuando esas secuelas son en pacientes Sescam, y emitimos la valoración para el INSS en pacientes que llevan casi los 12 meses de incapacidad laboral.

Asimismo, trabajamos codo con codo, por lo menos en mi caso, con las otras mutuas y con la inspección médica, realizando juntos incluso cursos para los médicos de Atención Primaria, aunque se que dicha colaboración no existe en otras comunidades autónomas.

Afortunadamente, para muchos de nuestros pacientes no somos nada extraños; nos conocen, y nosotros a ellos, por nuestros nombres y apellidos. Desde aquí invito a toda aquella persona que deseé conocernos y compro-

bar nuestra labor, a venir una semana, o una mañana, a nuestras consultas y a que descubra lo que es un médico de mutua. Muy probablemente también le guste nuestro trabajo. A mí me apasiona.

**María Teresa López Guijarro**  
*Servicio Médico Mutua FREMAP*  
(Ciudad Real)

## La solución no es el copago

Mucho se viene hablando de que la única solución para que el sistema sanitario siga siendo sostenible es introducir el pago por consulta, como ya hicieran países de nuestro entorno; Alemania, por ejemplo cobra diez euros o más por consulta. En mi opinión, este es un elemento disuasorio, que introduce diferencias, pues ni todos los españoles cobran lo mismo, ni todos podrían ir al médico si no tuvieran dinero para pagarlo. No hemos trabajado 30 años para llegar a esto.

**E. López Carrillo**  
(Madrid)

## Sobre los nombramientos de jefaturas

De aquellos polvos vienen estos lodos, dice un viejo refrán castellano y es posiblemente la mejor forma de ejemplificar lo que ha sucedido recientemente en Traumatología del Hospital Ramón y Cajal donde los médicos han entrado en conflicto y luego conseguido la dimisión de un jefe de servicio nombrado “a dedo” desde la Consejería de Sanidad madrileña. El asunto viene de lejos. Hace años, unos 20, se inició un camino hacia el gerencialismo en los centros sanitarios, potenciando el poder de los equipos directivos, nombrados por “libre designación” desde las distintas administraciones sanitarias, que en realidad acaban recayendo en los más adictos políticamente o los más amigos del gobierno de turno, creando, bajo la excusa de la eficiencia, un sistema fuertemente centralizado y con amplios poderes en los hospitales. Lógicamente estos equipos han tenido empeño en laminar otros “contrapoderes” en los centros, primero las juntas de gobierno o comisiones

de participación que rara vez se reúnen, si es que lo hacen, y luego los órganos de representación profesional (juntas y comisiones) y los cargos de carácter técnico-profesional (jefaturas de servicio, sección, etc).

Es un mal camino, que está teniendo resultados negativos y que debería de volverse a recorrer en el sentido contrario. Los nombramientos por concurso público deben garantizar que los puestos recaen en los más capaces y con más conocimientos, y para evitar que si dejan de serlo continúen en el puesto, pueden realizarse evaluaciones periódicas por comisiones profesionales independientes que garanticen su idoneidad. La otra alternativa ya la estamos viviendo, una selección adversa en la que no prosperan los mejores, sino los más obedientes o los que tienen más padrinos, con los efectos perniciosos que ello tiene sobre el funcionamiento de la Sanidad pública.

**Marciano Sánchez Bayle**

*Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.*

### Desarrollo y carrera en la profesión médica

Bajo un enfoque de aspectos económicos el desarrollo profesional es una inversión en forma de pasión, dedicación, energía y dinero. Como tal representa un tesoro personal del médico que se materializa en el “saber y saber hacer” y representa una autoridad en la materia de la medicina. Es riqueza intelectual, técnica y práctica mensurable en dinero. En cambio, la carrera profesional consiste en hacer socialmente útil este patrimonio. La sociedad y sus individuos premian esta inversión del médico que se expresa en los servicios indispensables que presta a la sociedad, mediante remuneración conforme a la seguridad, la calidad, la adecuación y la continuidad de los servicios, expresión directa del nivel y de la calidad del desarrollo profesional. La carrera profesional es una prestación de servicios a la sociedad. Habiendo hecho esta diferenciación fundamental entre el desarrollo y la carrera de la profesión médica llegamos a la conclusión de que el desarrollo profesional tiene que estar exclusivamente en manos de la profesión médica. Es intrínsecamente suyo. La carrera profesional en cambio debe de estar en manos de la sociedad donde los diferentes actores sociales suelen elaborar conjuntamente modelos de inserción del patrimonio médico en

la sociedad y donde ninguno de los actores sociales es autorizado a monopolizar los procesos de integración en una sociedad democrática como la nuestra. De igual manera la elección de los modelos de financiación de los servicios que prestan los médicos deben estar en manos de los ciudadanos que forman una sociedad democrática. Ninguno de los actores sociales es autorizado a monopolizar los procesos de financiación. El desarrollo profesional, la carrera profesional y la financiación de los servicios médicos tienen que estar claramente separados e identificados como tales si queremos evitar monopolios y colusiones ilegales de intereses.

**André Bolliger Horisberger**

*Presidente de Aspromel.*

### ¿El paciente, centro del sistema?

Acabo de leer el titular de la portada de su último número en el que la ministra de Sanidad, según ustedes, reconoce que el centro del sistema sanitario son los pacientes y los médicos. Aparte de estar en profundo desacuerdo en que un colectivo profesional se atribuya el protagonismo en la prestación de servicios sanitarios en los que tantas otras disciplinas intervienen, considero que precisamente este es uno de los problemas que arrastra nuestro sistema sanitario. Lo que me ha sorprendido es leer esta afirmación en boca de nuestra ministra, por lo que he leído íntegramente la entrevista convencido de que no era posible esa afirmación por su parte. Compruebo así que, en la página 11, a la pregunta de Gonzalo San Segundo: “El centro del sistema nacional de salud, ¿son los pacientes o los médicos?”, la ministra responde “Sin duda ambos. No se puede elegir una alternativa u otra. Sin pacientes no hay sistema y sin profesionales tampoco hay sistema”. En fin, creo que es obvia la manipulación interesada de esta respuesta en beneficio de la preponderancia de un colectivo profesional por encima del resto como si únicamente de ellos dependiera el Sistema Nacional de Salud. No creo que ésta sea la manera de prestigiar una profesión, sino la excelencia en el desarrollo del trabajo diario y la asunción de la complementariedad con el resto de trabajadores de la Sanidad pública.

**Juan Ángel Infantes Rodríguez**

*(Madrid)*

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 8,73

millones sumaban los partícipes de planes de pensiones particulares a finales de 2009.

### 0,99

por ciento más que el año anterior.

### 5,6

millones de partícipes tenían los fondos de inversión el año pasado.

### 7,53

por ciento menos que en 2008.

### 45

años es la edad media de los partícipes en los fondos de pensiones.

Fuente: Inverco.

## RECONOCIMIENTO A LA LABOR SOLIDARIA

### El Consejo General de Colegios de Médicos homenajea a las organizaciones sanitarias de ayuda humanitaria

El Consejo General de Colegios de Médicos ha hecho entrega de la "Condición de Colegiado de Honor con emblema de oro" a cinco organizaciones sanitarias, en representación de todas las organizaciones sanitarias y de todos los médicos cooperantes en las mismas, a fin de reconocer el trabajo de cooperación y ayuda médica solidaria en todos y cada uno de los casos de catástrofes o situaciones de emergencia. El acto estuvo presidido por la subsecretaria del Ministerio de Sanidad y Política Social, Consuelo Sánchez Naranjo, el concejal de Seguridad y Movilidad del Ayuntamiento de Madrid, Pedro Calvo, y el presidente del Consejo General de Colegios de Médicos, Juan José Rodríguez Sendín. Ante una audiencia que abarrotó el salón de actos, se concedió esta distinción a DYA, Médicos sin Fronteras, Medicos Mundi, SAMUR y SUMMA.



Representantes de las organizaciones galardonadas.

## XIII CONGRESO NACIONAL DE INFORMÁTICA DE LA SALUD

### Un convenio de la SEIS y el ministerio ayudará a impulsar el uso de las TIC

La Sociedad Española de Informática de la Salud y el Ministerio de Sanidad han decidido unir sus fuerzas para impulsar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en España. Para ello, y en el marco del XIII Congreso Nacional de Informática de la Salud, han firmado un convenio según el cual se comprometen a desarrollar iniciativas conjuntas con el objetivo de contribuir a la difusión y fomento de los sistemas de información sanitarios. Uno de los puntos fundamentales del acuerdo es la colaboración en la futura *Conferencia eHealth 2010*, que se celebrará en marzo en Barcelona y se tratará el desarrollo de "actuaciones encaminadas a modernizar el sistema sanitario público, a mejorar de forma significativa la calidad de la asistencia prestada a los ciudadanos y a facilitar la movilidad geográfica de éstos por todo el territorio nacional".



## MERCADO FARMACÉUTICO

### Las adquisiciones de Sanofi-Aventis disparan el beneficio



La farmacéutica francesa Sanofi-Aventis encabezó un año más el ranking de los laboratorios que más han vendido en España en 2009. Según IMS Health, la compañía ha vendido en las farmacias más de 615 millones de euros, un 2,3 por ciento más que en el año anterior, en el que también encabezó esta lista. Acapara una cuota del 5,7 por ciento. Estos buenos resultados, teniendo en cuenta el impacto de la crisis y la expiración de algunas patentes importantes, se deben, sobre todo, al rendimiento de los 6.600 millones de euros invertidos en 2009 en 33 operaciones de compra de laboratorios y participaciones en proyectos.

## QUEJAS DE CADA ESPECIALIDAD

## Trece especialidades médicas, tras reunirse en el Foro de la Profesión, elaboran un documento de rechazo a la troncalidad

Representantes de trece especialidades médicas (sociedades científicas y comisiones nacionales), que han acudido a la reunión auspiciada por el Foro de la Profesión Médica para debatir sobre el desarrollo del sistema troncal, el gran cambio que se prepara para la formación médica especializada en España, han elaborado un documento común en el que muestran su rechazo a la troncalidad "tal como se está desarrollando". Manuel Crespo, presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría, ha señalado "que la posición de las trece especialidades no es de oposición a la troncalidad, pero sí a la que se está haciendo". Las trece especialidades médicas que han firmado el documento de rechazo son las de Anatomía Patológica, Dermatología, Ginecología, Medicina Nuclear, Neurofisiología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Psiquiatría, Radiodiagnóstico, Radiología y Rehabilitación.



## PROFESIÓN MÉDICA

## Las plazas en facultades de Medicina se incrementan un 30 por ciento desde 2004 ante el déficit de profesionales

El secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, ha asegurado que "la oferta de plazas en las facultades de Medicina se ha incrementado un 30 por ciento de 2004 a 2010, con el objetivo de adecuar el número de profesionales médicos a las necesidades del sistema sanitario nacional". Martínez Olmos comentó que el déficit de especialistas médicos es una cuestión que "preocupa al Gobierno central", que trabaja en la planificación de estas necesidades. El secretario general de Sanidad explicó que el actual Gobierno se encontró en 2004 con "un déficit de un número determinado de especialistas médicos" y "cuatro años después", una vez realizado un estudio al respecto, esta carencia de profesionales se estima "en torno a 2.800 ó 3.000 médicos año, más en algunas especialidades que en otras, consecuencia del crecimiento del sistema sanitario y del crecimiento poblacional que no se había planificado nunca".



José Martínez Olmos.

## DÉFICIT SANITARIO

## El 70 por ciento de las plazas públicas de difícil ocupación son de médicos

El catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura que ha publicado el Ministerio de Trabajo para el primer trimestre del año está copado por plazas destinadas a profesionales del sector de la salud, especialmente médicos. Así, el 70 por ciento de las 86 plazas que contempla el catálogo, se refieren a especialistas de todas las ramas, incluida la cirugía. Diez comunidades autónomas: Asturias, Canarias, Baleares, Castilla y León, Murcia, Cataluña, Valencia, Galicia, La Rioja y Ceuta ofrecen plazas disponibles con el objetivo de que puedan ser cubiertas por extranjeros.

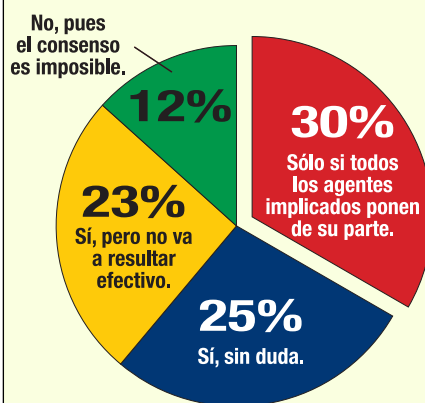


## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

## Medical Economics

¿Cree que será posible alcanzar el Pacto por la Sanidad?



Un elevado porcentaje de los encuestados, un 30 por ciento, considera factible alcanzar el Pacto por la Sanidad sólo si todos los agentes implicados ponen de su parte, mientras que un 25 lo creen sin duda. Un 23 por ciento creen que se alcanzará consenso, pero no resultará efectivo; mientras que sólo un 12 por ciento creen que el consenso es imposible.

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

La investigación sanitaria en la Región de Murcia

# Competir en investigación requiere publicar trabajos de máxima calidad

*El Instituto Murciano de Investigación Sanitaria, de próxima creación, será el corazón de la actividad investigadora en salud que se realice en la comunidad autónoma de Murcia en la próxima década, según desveló la consejera de Sanidad y Consumo, María Ángeles Palacios Sánchez, en una jornada organizada por MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de Astellas Pharma, celebrada recientemente en la capital murciana.*



## Gonzalo San Segundo

Para salir a competir en investigación, para poder compartir proyectos de investigación con los mejores grupos de investigación, para que nuestros grupos sean aceptados como pares por los mejores investigadores nacionales e internacionales, necesitamos generar, producir y publicar trabajos de la máxima calidad posible”, afirmó la consejera de Sanidad y Consumo del Gobierno murciano, María Ángeles Palacios, en la inauguración de la jornada *La investigación sanitaria en la Región de Murcia*, organizada por la MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de Astellas Pharma.

En dicho acto, celebrado en la capital murciana ante un centenar de profesionales, integrantes de los grupos de investigación de los centros sanitarios de la Región de Murcia, así como de diversos departamentos de las universidades de Murcia y Politécnica de Cartagena que realizan proyectos de investigación en salud, Palacios presentó el futuro Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB), cuya creación ha de dar comienzo antes del próximo verano, en estos términos: “Ha de ser capaz de integrar e intercambiar todas las iniciativas y líneas de investigación que en este momento se desarrollan en la región y proyectar



De izda. a dcha., Gonzalo San Segundo, Honorio Bando Casado, Asunción Somoza, la consejera de Sanidad y Consumo María Ángeles Palacios, Manuel García Abad y José Antonio García Córdoba.



De izda. a dcha., Victoriano Soria, Vicente Vicente García, Rocío Álvarez y Juan Pedro Serna.

todo el trabajo de investigación en salud que hemos de realizar en la próxima década”.

Para ello, la consejera se comprometió a “buscar recursos, para que este gran reto de la investigación pueda alcanzar sus frutos pronto”. Actualmente, en Murcia hay una treintena de grupos de investigación en los centros sanitarios y en las dos universidades públicas, que podrán incorporarse y trabajar con el Instituto, que se ubicará en el entorno del complejo sanitario Virgen de la Arrixaca. El IMIB generará proyectos conjuntos con las empresas privadas interesadas en realizar investigación de calidad en dicha comunidad autónoma.

Mientras llegan esos recursos y se pone en marcha el IMIB, destacados expertos catalanes y locales en investigación sanitaria, presentados y moderados por Manuel García Abad, editor de la revista, y Gonzalo San Segundo, director asociado de la misma, expusieron y debatieron diversos aspectos relacionados con la investigación sanitaria, los centros donde ésta se desarrolla y las personas que la protagonizan, es decir, los investigadores.

Así, Juan Rodés Teixidor, director del Instituto de Investigación Sanitaria IDIBAPS del Hospital Clínic de Barcelona, mostró el *Presente y futuro de los institutos de investigación sanitaria*, ponencia en la que desarrolló la importancia que la investigación biomédica tiene para la práctica clínica. En este sentido afirmó que “hay que superar el *gap* que muchas veces existe entre los investigadores básicos y los clínicos, y recalzó que menos del 5 por ciento de los estudios publicados son válidos.

Asimismo, incidió en la investigación traslacional o “institutos frontera”, señalando que la

investigación sanitaria tiende en los últimos años a la agrupación de investigadores e infraestructuras en centros especializados. Como el caso del IDIBAPS, donde trabajan más de 300 investigadores y otros tantos becarios y técnicos, todos ellos agrupados en 58 equipos de investigación.

La creación del IDIBAPS facilitó en gran manera el desarrollo de plataformas tecnológicas como genómica, proteómica, bioinformática, metabolómica, citómica y biobancos, entre otras. También ha potenciado el desarrollo de la investigación “al dar un apoyo administrativo, técnico y metodológico apropiado a los investigadores”, según Rodés. Se trata de un Instituto altamente competitivo en Europa y, por lo tanto, a nivel internacional. En el año 2008, sus investigadores publicaron más de 700 artículos internacionales en prestigiosas revistas, con un factor de impacto que supera los 3.000 puntos.

“La investigación biomédica en España –dijo Rodés– es competitiva. La producción científica ha aumentado en cantidad y calidad en estos últimos cinco años, lo que es debido a la política científica realizada por el Instituto de Salud Carlos III. El máximo exponente de esta política científica es la creación de los institutos de investigación sanitaria”.

Hasta el momento presente se han acreditado seis institutos: cuatro en Barcelona, uno en Salamanca y otro en Sevilla, y es de esperar que en un próximo futuro se puedan acreditar algunos más. “La acreditación de estos institutos facilita la conexión entre investigación básica y clínica, para favorecer de este modo la investigación traslacional”.



De izda. a dcha., Concepción Violán, Gonzalo San Segundo, Juan Rodés i Teixidor y Pascual Parrilla en la primera de las mesas de la jornada.



Rocío Álvarez trazó un panorama de lo que las ciencias básicas han aportado a los hospitales.



Vicente Vicente García inició su intervención cuestionando el término “excelencia”.

Concepción Violán Forn, directora del Instituto de Investigación de Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol de Barcelona, disertó acerca de la *Necesidad de la investigación en Atención Primaria*, que ofrece claras oportunidades para la investigación: trabajo en equipo, historia clínica, poblaciones bien definidas, accesibilidad, longitudinalidad, atención a personas sanas, con factores de riesgo y/o enfermas, y en condiciones reales (comorbilidad). “Su enfoque biopsicosocial hace esencial la evaluación de la

**Rocío Álvarez marcó las características que debe reunir un grupo de excelencia en investigación traslacional**

efectividad de las intervenciones, y no sólo de su eficacia, además facilita la participación de los pacientes en la toma de decisiones”, adjugó Violán.

Añadió que la Atención Primaria (AP) constituye un área de conocimiento propio; sin embargo, la investigación que en su ámbito se desarrolla, comparada con la de otras áreas es “débil”. Como dato de lo anterior, desveló que la participación en proyectos financiados por agencias externas no supera el 4-5 por ciento, ni en número de proyectos, ni en presupuestos conseguidos. ¿Por qué esta desproporción entre el peso asistencial y el investigador de la AP?, se preguntó. Dió tres razones:

1. La falta de una política de apoyo a la investigación en AP, la escasa sensibilidad de los gestores, así como la poca tradición investigadora, han comportado la insuficiente financiación de infraestructuras para la misma.

2. La falta de relación entre la AP y la universidad al no existir un área de conocimiento propio de la Medicina de Familia. No hay sim-

biosis de producción, diseminación y traslación de conocimiento que se produce en otros ámbitos asistenciales y en otros países.

3. La evaluación estándar de la investigación de la AP substancialmente basada en el factor de impacto, dada la poca implantación de otras estrategias de evaluación del impacto socioeconómico de la misma.

Luego, Violán pasó a explicar el funcionamiento del IDIAP, que durante el período 2005-2008 elaboró un plan estratégico que tenía como ejes fundamentales de actuación la creación de las unidades de soporte a la investigación, cuyas funciones principales son: la formación de grupos estables de investigación y el asesoramiento en proyectos de investigación.

Asimismo, se crearon áreas de investigación, que agrupan al conjunto de profesionales que investigan sobre nueve áreas temáticas: estilos de vida, cardiovascular, envejecimiento, respiratorio, salud mental, endocrino-metabólicas, servicios de salud, infecciosas y medicamentos.

*La Evaluación de Acreditaciones de Institutos de Investigación Sanitaria* corrió a cargo de Pascual Parrilla Paricio, jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca y miembro de la Comisión de Evaluación de Acreditaciones de Institutos de Investigación Sanitaria. Una exposición muy técnica que concluyó con esta frase: “La investigación traslacional es el futuro de la Medicina”.

La segunda parte de la jornada giró en torno al camino para conseguir grupos de investigación de excelencia, tanto en el ámbito de la clínica como en la medicina traslacional, pasando por la formación y selección del personal investigador sanitario. En este campo, Juan Pedro Serna Mármod, director de la Fundación



Manuel García Abad, la consejera María Ángeles Palacios y Asunción Somoza, de Astellas, en la inauguración de la jornada.



Pascual Parrilla declaró que “la investigación traslacional es el futuro de la Medicina”.



Juan Pedro Serna aseguró que la investigación sanitaria es muy competitiva.

para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, dijo que “la investigación sanitaria es muy competitiva, pero adolece de financiación suficiente e inversión en infraestructuras”.

Recalcó que el investigador precisa de libertad de actuación, retribución adecuada vinculada a resultados, motivación para desarrollar su cometido y seguridad en el puesto de trabajo. Su formación debe de estar sujeta a la Carta Europea del Investigador, de 2005, y vinculada a la carrera profesional. Y destacó los valores clave del investigador: experiencia, potencial, creatividad e independencia.

Vicente Vicente García, jefe del Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, inició su intervención cuestionando el término “excelencia”, que lo sustituyó por “buena” investigación clínica. Señaló que en el siglo XXI se impone la medicina ómica: genómica, proteómica, etcétera, y pasó a enumerar algunos requisitos que debe reunir un buen grupo de investigación clínica, partiendo de que el enfermo es el centro de la actividad investigadora: formación de sus integrantes, equipos interdisciplinarios, ambiente y cultura investigadora, competitividad, colaboración entre grupos, habilidad, profesionalización, espacios adecuados y sistema transparente.

“Los buenos grupos de investigación se hacen, no se crean”, afirmó Vicente García, y sentenció: “Lo que se ha hecho es el mejor aval de lo que se va a hacer”. En cuanto a los parámetros de evaluación del investigador citó los de calidad de las publicaciones, liderazgo en su campo, financiación estable, relaciones internacionales (como la participación en proyectos

europeos), capacidad formativa e innovación e influencia en su entorno sanitario.

Y la investigadora básica Rocío Álvarez López, jefa del Servicio de Inmunología del Hospital Virgen de Arrixaca, trazó un panorama de lo que las ciencias básicas han aportado a los hospitales. Así, en los años 70 se contrataba a becarios no médicos en algunas áreas de los principales hospitales de Madrid y Barcelona, hasta que en octubre de 1972 se produjo la primera convocatoria para la formación de residentes farmacéuticos en hospitales. Y saltó al año 1989, en el que el FIS declaró a la Inmunología y sus implicaciones clínicas área preferente de investigación.

Tras apuntar que para que una investigación traslacional sea de calidad “tiene que haber un cambio de cultura científica en la administración sanitaria”, Álvarez López marcó las características que debe reunir un grupo de excelencia en investigación traslacional: afán por el conocimiento, dedicación y perseverancia, no esperar beneficios a corto plazo y espíritu ético. Mencionó una más, como condición para propiciar la excelencia: inquietud por conocer.

Inquietud de conocimiento trasladó a los asistentes Honorio Bando Casado, consejero del Instituto de Salud Carlos III y vicepresidente de Fundadeps y Fundación Idepro, en su conferencia *Avances en investigación biomédica*, así como en su último libro *Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud*, que se presentó a continuación. Clausuró el acto José Antonio García Córdoba, director general de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación de la Consejería de Sanidad y Consumo del Ejecutivo murciano. ■



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



Juan Rodés destacó la necesidad de la investigación biomédica en la práctica clínica.



Concepción Violán explicó la importancia de la investigación en Atención Primaria.



José Antonio García Córdoba clausuró la jornada.

# Gestión Profesional

## Medir la satisfacción de los pacientes



José María Martínez García\*

» La diferencia entre las expectativas del paciente antes de ingresar en una clínica y la calidad percibida una vez que se le ha dado de alta, es uno de los factores que mejor explica la bondad o no de dicha clínica.

» El bloque fundamental de la encuesta incluye 19 aspectos clave de la atención, que el cliente valora en una escala que va del 1 a 5.

**D**espués de casi seis años de permanente aparición escribiendo en esta columna de gestión profesional desde la que no he recibido más que satisfacciones, tanto en el trato epistolar con muchos de los lectores habituales como en los altos índices medidos de aceptación inicial, he decidido, previa aceptación por parte de nuestro editor, comenzar una sección de opinión nueva que vamos a titular *Con ojo clínico*, y en la que con una periodicidad bimensual, expresaré mi pensamiento propio, siempre desde el punto de vista profesional, de aspectos actuales del mundo de la gestión sanitaria. En este tiempo transcurrido he tratado de transmitir parte de mi larga experiencia en el mundo de la dirección de clínicas. Gracias de corazón a todos por el seguimiento que han realizado de mis escritos. Y como colofón de esta colaboración continuada, de esta satisfacción percibida por parte de ustedes, lectores de MEDICAL ECONOMICS, he pensado elegir como tema precisamente la medición de la satisfacción de los pacientes que es fundamental para llevar a cabo una buena gestión.

La diferencia entre las expectativas del paciente antes de ingresar en una clínica y la calidad percibida una vez que se le ha dado de alta, es uno de los factores que mejor explica la bondad o no de dicha clínica. Ese es el principal criterio que tiene en cuenta un modelo de encuesta que a mí me gusta citar siempre por sus valores docentes, diseñado por un grupo de investigadores de la Universidad Miguel Hernández y el Hospital Universitario General de Alicante y la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana. La encuesta, conocida como Servqhos, es una adaptación al mundo sanitario de la metodología Servqual (sistema de medición de la calidad percibida por los clientes en el sector servicios). Se basa este modelo en la teoría de las discrepancias o el desajuste entre las expectati-

vas del paciente y lo que percibe después de haber sido tratado. Está realizada para que los pacientes respondan a sus preguntas en función de esa discrepancia, ya que los investigadores consideran que es una información muy valiosa de la que pueden surgir incluso medidas de mejora de la calidad. El bloque fundamental de la encuesta incluye 19 aspectos clave de la atención, que el cliente valora en una escala que va del 1 (“la calidad de la asistencia ha sido mucho peor de lo que esperaba”) a 5 (“mucho mejor”).

En la segunda parte de la encuesta se incluye un bloque de cuestiones en las que se solicita la opinión global del paciente con respecto a la calidad de la atención y se le pregunta, entre otras cosas, si recomendaría el mismo centro a otra persona. Con ello sólo se trata de corroborar la congruencia y fiabilidad de las respuestas del primer apartado. En la última parte del cuestionario se piden al paciente sus datos y se le ofrece un espacio libre para que aporte su opinión. Según el modelo descrito anteriormente, los aspectos contemplados son: la tecnología de los equipos médicos, limpieza y uniforme del personal, las señalizaciones para orientarse, el interés de todo el personal por cumplir lo que promete, el estado en que están las consultas, la información que los médicos proporcionan, el tiempo de espera, la facilidad para llegar a la clínica, el interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes, la puntualidad de las consultas médicas, la rapidez con que consigue lo que se necesita o se pide, la disposición del personal para ayudar, la confianza (seguridad) que el personal transmite, la amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente, capacitación para realizar su trabajo, el trato personalizado que se da a los pacientes, la capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes, la información que los médicos dan a sus familiares y el interés del personal de enfermería por los pacientes. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Para la edición y difusión conjunta de actividades formativas

## Idepro y la Fundación Española del Corazón firman un convenio de colaboración

*El objeto del convenio es establecer el marco general de acción que seguirán el Instituto de Formación y el Desarrollo Profesional (Idepro) y la Fundación Española del Corazón en el desarrollo, edición y difusión conjunta de diversas actividades formativas.*



De izda. a dcha., Manuel García Abad, presidente de Drug Farma; Felipe Chavida, presidente de Idepro; Leandro Plaza, presidente de la FEC; y Honorio Bando, vicepresidente de Idepro durante la firma del acuerdo.

**E**l Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) –cuya secretaría ostenta el Grupo Drug Farma– y la Fundación Española del Corazón han firmado un convenio marco de colaboración con el. El objetivo de esta firma es la edición y difusión conjunta de actividades formativas.

“Uno de los objetivos que perseguimos desde la FEC es la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la educación sanitaria de la población”, afirma el doctor Leandro Plaza, presidente de la Fundación Española del Corazón. “La firma de este acuerdo con Idepro responde a un interés de ampliar nuestra oferta formativa mediante la implementación de nuevas técnicas de formación para adultos”.

Idepro es una entidad que surge como fruto de la iniciativa de un grupo de profesionales expertos en

formación con especial dedicación a todos los aspectos relacionados con el desarrollo profesional continuo. Su principal objetivo es el desarrollo y aplicación de una metodología educacional específica para esta área, para lo cual cuentan con un amplio grupo de expertos nacionales e internacionales.

### Metodología de formación

“Para el Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) la colaboración con la Fundación Española del Corazón (FEC) constituye una labor apasionante por los objetivos últimos que persigue. Contando con el asesoramiento de la FEC, pequeños cambios en las conductas de la población podrán conseguir importantes resultados en salud. Idepro aportará la metodología de formación para ayudar a que es-

tos cambios sean posibles. Comenzamos con ilusión este atractivo proyecto”, reconoce el doctor Felipe Chavida, presidente de Idepro.

El objeto del presente convenio es establecer el marco general de acción que seguirán la FEC e Idepro en el desarrollo, edición y difusión conjunta de diversas actividades formativas. Ambas entidades determinarán, de mutuo acuerdo, los cursos, jornadas o programas formativos que puedan ser objeto de edición conjunta, así como el medio de publicación que se considere más adecuado.

Se creará un comité que represente a las dos instituciones con el objetivo de analizar las propuestas que se presente en cada momento, así como acordar las distintas variantes y condiciones de edición. El acuerdo de colaboración se inicia con una duración de un año, prorrogable anualmente. ■



# Impacto Sociosanitario y Gestión de la Incapacidad Temporal

Iberostar City Hotel Mencey

C\ Doctor José Naveiras , 38

Santa Cruz de Tenerife,  
Jueves, 11 de marzo de 2010

Con la colaboración de



Información e inscripción: Rosana Sánchez

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

Patrocinado por Drug Farma y Quintiles

## Presentación del tercer estudio 'Perfil del marketer farmacéutico'

El Club de Marketing de Barcelona ha presentado el tercer estudio sobre El perfil del marketer farmacéutico con el objetivo de seguir ahondando en la realidad profesional y laboral del marketer farmacéutico.

El Comité de Marketing Farmacéutico del Club de Marketing de Barcelona ha presentado recientemente los resultados del tercer estudio *Perfil del marketer farmacéutico*, que patrocinado por el Grupo Drug Farma y Quintiles, tiene el objetivo de conocer diferentes aspectos de la realidad profesional y laboral del *marketer* de la industria farmacéutica. Una novedad destacable ha sido la inclusión del tema de la conciliación de la vida laboral y familiar entre los aspectos a investigar.



De izda. a dcha., Francisco Martín Frías, Joan Carles Serra, Miquel Àngel Jané, Sandra Durán y Anna Ylla Català.

El Comité de Marketing Farmacéutico quiso dar una especial relevancia a esta cuestión de la conciliación y por ello invitó a exponer sus experiencias a Anna Ylla-Català, product manager de Novartis, y a Sandra Durán Nogués, gerente de Desarrollo Organizacional de Recursos Humanos en Boehringer Ingelheim España. También fue un conferenciante invitado de excepción Francisco Martín Frías, presidente y propietario de MRW, una de las compañías de transportes más importantes de nuestro país y de notable proyección e implantación internacional.

Miquel Àngel Jané, presidente del Comité de Marketing Farmacéutico, presentó los resultados del estudio, con especial mención a los relativos a la conciliación laboral y familiar: sólo el 6 por ciento considera satisfactoria esa conciliación, el 54 por ciento renunciaría a incrementos salariales a cambio de más tiempo libre y casi el 70 por ciento dice no recibir compensación alguna por los viajes o trabajos realizados en días festivos. Un 57 por ciento afirma que su empresa no facilita la conciliación y que la medida más ofertada por las empresas es la flexibilidad horaria. Además, durante su exposición Miquel Àngel Jané anunció un nuevo estudio para este año. ■

# 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, suites, parking...)

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



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
DE MADRID  
Tlf. 91 667 66 00



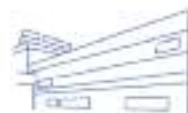
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
MADRID MONTEPRÍNCIPE  
Tlf. 91 708 99 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
MADRID TORRELDONES  
Tlf. 91 267 50 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO  
MADRID SANCHINARRO  
Tlf. 91 756 78 00



CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO  
CLARA CAMPAL (OIOCC)  
Tlf. 902 107 469

**HM**  
HOSPITALES



[www.hospitaldemadrid.com](http://www.hospitaldemadrid.com)

## Gestión de Calidad: Medio Ambiente

# El suelo, recurso vital (y III)



Elisa Herrera Fernández\*

» En España, hasta la llegada de la Ley 10/98 de Residuos, de 21 de abril, no existía normativa alguna que recogiera y regulara los suelos contaminados.

» Debemos tener en cuenta que resulta necesario acometer este problema con urgencia. Se estima que en España existen 26.440 emplazamientos en los que se desarrollan actividades potencialmente contaminantes.

**E**n España, hasta la llegada de la Ley 10/98 de Residuos, de 21 de abril, no existía normativa alguna que recogiera y regulara los suelos contaminados. Por ello resulta de especial importancia esta norma jurídica, por ser la primera de nuestro ordenamiento interno que se ocupa y ocupa de este problema, y que responde a una moderna concepción de la política de residuos asumida por la UE.

La Ley de Residuos no atribuye la condición de “suelo contaminado” a cualquier emplazamiento que se encuentra en estado de contaminación, sino que jurídicamente, sólo son suelos contaminados los que tengan presencia de componentes peligrosos procedentes de la actividad humana, que supongan riesgo para la salud humana y el medio ambiente, y que además, sean así declarados por las comunidades autónomas. Insisto en que este es el concepto desde el punto de vista jurídico, y que no estamos ahora analizando otros conceptos aceptados en otras disciplinas. Por lo tanto para que el Derecho se ponga en marcha y sancione y exija responsabilidad es necesario que la contaminación proceda de la mano del hombre, que exista un riesgo para la salud (humana o medioambiental), y que además exista un acto administrativo dictado por la administración autonómica que califique ese suelo como contaminado.

Pero aunque esta ley supone un gran avance, era necesario un desarrollo posterior de la misma para que pudiera hacerse efectiva la protección del suelo y así se aprueba el Real Decreto 9/2005, de 14 de enero, que establece la relación de actividades potencialmente contaminantes del suelo y los criterios y estándares para la declaración de suelos contaminados, y ha fijado una serie de obligaciones para los implicados, titulares de actividades industriales y poseedores de suelos.

En este Real Decreto el suelo se define como la capa superior de la corteza terrestre, situada entre el lecho rocoso y la superficie,

compuesto por partículas minerales, materia orgánica, agua, aire y organismos vivos y que constituye la interfaz entre la tierra, el aire y el agua, lo que le confiere capacidad de desempeñar tanto funciones naturales como de uso. Según algunos geólogos, esta definición puede resultar defectuosa en la medida en que el “lecho rocoso” puede en ocasiones, de hecho, estar muy cercano a la superficie, por lo que prácticamente no habría “suelo” a los efectos del Real Decreto, resultando éste inaplicable. Incluye las “actividades potencialmente contaminantes del suelo”, que son aquellas de tipo industrial o comercial en las que, ya sea por el manejo de sustancias peligrosas, ya sea por la generación de residuos pueden contaminar el suelo.

Ya han pasado varios años desde la publicación de este Real decreto de 2005, y a pesar del esfuerzo legislativo realizado, aún existen muchos escollos para resolver la contaminación del suelo. Uno de los más importantes es la dificultad por cuestiones técnicas y económicas de la recuperación de emplazamientos contaminados. No obstante, la labor esencialmente recae en las comunidades autónomas y a fecha de hoy, ya han dictado normativa al respecto y se están preparando reglamentos de suelo en muchas comunidades autónomas, con el objetivo de homogenizar los criterios establecidos por la norma estatal.

Iniciado ya el camino a seguir, es obvio que aún se requiere un gran esfuerzo por parte de la Administración y del sector privado, si bien el camino ya ha empezado a andarse, con la legislación existente y en desarrollo. Debemos tener en cuenta que resulta necesario acometer este problema con urgencia. Se estima que en España existen 26.440 emplazamientos en los que se desarrollan actividades potencialmente contaminantes, de los cuales 15.000 son susceptibles de haber producido contaminación superior a la admisible. ■

\*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

Jornada patrocinada por Chiesi España

## La evaluación de medicamentos, a debate

Casi 200 profesionales sanitarios acudieron a la jornada sobre la evaluación de medicamentos mediante revisiones sistemáticas, que organizada por Laboratorios Chiesi, tenía como objetivo reflexionar sobre la metodología de este tipo de evaluaciones y su impacto en el uso adecuado de los medicamentos. José E. Clérigues, director general de Farmacia y Productos Sanitarios, y María Luisa Carrera, directora general de Asistencia Sanitaria, moderaron dos mesas redondas donde diferentes



De izda. a dcha., José Luis Poveda, Alvaro Hidalgo, Jose Cleriges, Pablo Alonso y Joan Ramon Laporte.

ponentes dieron su punto de vista en relación con las metodologías de evaluación de medicamentos, de qué manera se comunican estas evaluaciones a los profesionales y qué repercusión tienen en la práctica clínica. Las condiciones y las poblaciones en que se realizan los ensayos clínicos no son las mismas que en la práctica habitual, y no siempre se dispone de ensayos clínicos que respondan a las preguntas que se plantean. La información sobre ensayos

clínicos, metátesis y otros estudios epidemiológicos y observaciones clínicas debe ser complementada con información sobre medicamentos. ■

Gran Canaria, 5 de marzo

## El impacto de la crisis sobre el sistema sanitario

Organizada por el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, el próximo 5 de marzo se celebrará en el Auditorio del hospital la jornada *El impacto de la crisis económica sobre el sistema sanitario*. El encuentro, que cuenta con la colaboración de Roche, será inaugurado por Mercedes Roldós, consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, y será clausurado por Guillermo Martín, director del Servicio Canario de Salud. Entre otros temas, en las tres mesas redondas previstas se debatirá sobre liderazgo en un contexto de crisis, consumo farmacéutico, gestión de nuevas tecnologías, gestión de la demanda asistencial y gestión por procesos. ■



## 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 seña 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

## Departamento de Salud de la Consejería de Sanidad de Cataluña

### Marina Geli: "Desde 2003 el presupuesto en salud de Cataluña ha crecido más del 75 por ciento"



Marina Geli, consejera de Salud de la Generalitat de Cataluña.

**PREGUNTA:** *El organigrama del departamento es muy exhaustivo y complejo. ¿Tal vez por ello no se le han unido, como en otras CCAA, las competencias de consumo y/o política social?*

**RESPUESTA:** La salud ha sido, desde 2003, una absoluta prioridad del Gobierno de la Generalitat, así como todos aquéllos ámbitos relacionados con las políticas sociales. Se ha apostado por configurar un departamento exclusivo de Salud para perseguir la excelencia del modelo sanitario.

**P.** *¿Cuáles son los objetivos prioritarios a desarrollar que se ha marcado para los próximos años?*

**R.** Es prioritario continuar el proceso de modernización del sistema sanitario catalán desde una concepción transversal e integral de la salud. El Departamento de Salud de Cataluña ha hecho en estos años una clara apuesta por la salud pública y la Atención Primaria, con la aprobación, por unanimidad, de la Ley de Salud Pública y el Plan de Innovación de la Atención Primaria y la Salud Comunitaria respectivamente, que se encuentran en pleno proceso de implementación. También debemos continuar con la apli-

cación del Plan de Inversiones Horizonte 2015, con el fin de profundizar en la garantía de equidad territorial en la accesibilidad al sistema sanitario.

**P.** *¿Qué medidas ha tomado o vana tomar para paliar el déficit de médicos en Cataluña?*

**R.** A corto plazo, de 2003 a 2008, las plantillas en Cataluña han aumentado alrededor de un 25 por ciento. Así mismo, a medio y a largo plazo se va a seguir trabajando para ampliar la oferta de médicos y enfermeras: incrementando las plazas MIR en aquéllas especialidades más deficitarias; potenciando un cambio de rol de la profesión enfermera otorgándole más competencias de acuerdo a su capacitación; aplicando las nuevas tecnologías al servicio de la mejora de la equidad y la eficiencia en la práctica clínica; e incrementando las plazas en las facultades de Medicina y escuelas de enfermería.

**P.** *¿Está garantizada la sostenibilidad del SNS? ¿Por dónde podría resquebrajarse si no se toman las medidas necesarias?*

**R.** España en general, y Cataluña en particular, disponen de un sistema sanitario de calidad, bien valorado por la ciudadanía y con buenos resultados en salud y calidad de vida que nos sitúan entre los mejores países desarrollados. El aumento de los costes vinculados al progreso tecnológico, al crecimiento y el envejecimiento de la población y a la demanda de nuevas prestaciones, y de mejor calidad ponen de manifiesto los retos a que se enfrenta el sistema en los próximos años. Personalmente, no creo que la supervivencia del sistema corra ningún peligro, se trata más bien de mantener los niveles de excelencia conseguidos en los últimos años, que nos han convertido en referente mundial en algunos campos asistenciales y de investigación, como en cáncer. Y

para mantenernos será necesario seguir haciendo un gran esfuerzo inversor, a la vez que va a hacer falta plantearse medidas que permitan mantener los elevados niveles de calidad y satisfacción, así como la eficiencia y la equidad del sistema.

**P.** *En este sentido, ¿confía en que el futuro Pacto por la Sanidad sea todo lo efectivo que se requiere?*

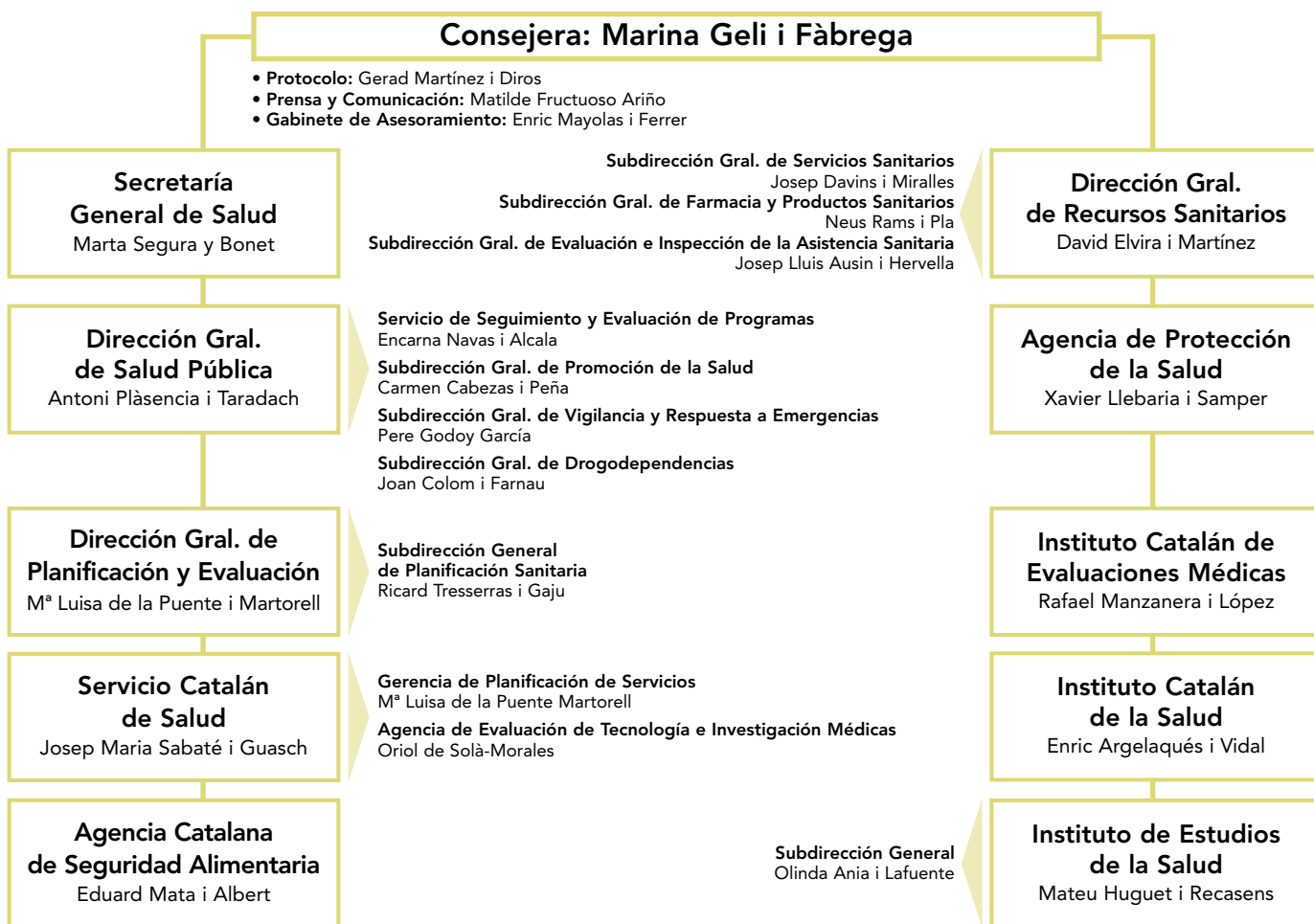
**R.** Es pronto para hacer esta valoración, pero en todo caso desde Cataluña estamos convencidos de la necesidad de este acuerdo y apostamos por que sea un gran pacto de estado, que garantice el consenso y apueste por medidas ambiciosas para garantizar la financiación y la sostenibilidad del sistema.

**P.** *¿Podría resumir las iniciativas principales que ha realizado o puesto en marcha su Consejería en la presente legislatura?*

**R.** Hace pocos meses se ha aprobado la Ley de Salud Pública de Cataluña, mientras que en los últimos años se ha puesto en marcha la implementación de la receta electrónica o la Historia Clínica Compartida, y se están llevando a cabo experiencias exitosas de telemedicina o teleasistencia y un ambicioso proyecto de digitalización de la imagen médica. Así mismo, se han puesto en marcha el Plan director de Enfermedades del Aparato Circulatorio, de Oncología, Sociosanitario, de Salud Mental y adicciones y de inmigración.

**P.** *Del presupuesto sanitario para 2010, ¿que destacaría?*

**R.** Me siento orgullosa del presupuesto que hemos aprobado para 2010. Éste es casi un 5 por ciento mayor que el presupuesto de 2009 y, respecto al de 2003, el presupuesto en salud de Cataluña ha crecido más del 75 por ciento. Creo que este dato por sí solo ya es destacable. ■



## NOTICIAS/ACTUALIDAD

### Siete nuevos centros de referencia para enfermedades graves

Una de cada tres unidades de referencia de España se encuentra en Cataluña, que se sitúa a la cabeza de España por delante de Madrid, que tiene 23 centros, de Andalucía con 14 y de Valencia con 7. La mayoría de unidades catalanas se encuentran en el Hospital Vall Hebrón, en el Sant Joan de Déu, en el de Bellvitge y en el Clínic. En estos establecimientos pueden tratarse enfermos que necesitan curas de elevado nivel de especialización tales como tumores oculares, trasplantes o tratamiento de infecciones.

### Detección de la sordera en recién nacidos

El Departamento de Salud ha presentado un protocolo para la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la hipoacusia neonatal, que consiste en una prueba y que incluye un formulario en el que ya se señala el tratamiento y el seguimiento educativo que deben seguir los niños afectados, para mejorar así el pronóstico de la enfermedad.

### Las consultas médicas por teléfono crecieron un 50 por ciento durante 2009

Las consultas médicas por teléfono crecieron un 50 por ciento en los centros de Atención Primaria (CAP) catalanes durante 2009, alcanzando las 1.041.294, en un intento del Instituto Catalán de la Salud (ICS) de facilitar el acceso al personal sanitario por esta vía, muy común entre las mutuas privadas. Este mayor acceso ha logrado estabilizar las visitas presenciales en los CAP, uno de los principales problemas del sistema actual.

### 40.000 catalanes sufrirán algún tipo de cáncer en 2010

A rededor de 40.000 personas sufrirán algún tipo de cáncer en Cataluña durante este año, de los que el 40 por ciento se podrían evitar siguiendo hábitos de vida saludables como abandonar el tabaquismo, seguir una alimentación adecuada, realizar ejercicio físico y recibir las vacunas pertinentes hepatitis y papiloma humano.

# Gestión en Atención Primaria

## ¿Quién debe llevar el liderazgo?



Marta Aguilera Guzmán\*

La continuidad asistencial es uno de los aspectos que en teoría más preocupan a políticos y gestores sanitarios, tanto por la calidad de la atención y su impacto en salud, fundamentalmente en procesos crónicos, como por la percepción de la atención en los pacientes y en definitiva por su influencia en la mejora de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

En la búsqueda de iniciativas que minimicen la discontinuidad de la atención del proceso en las derivaciones entre Atención Primaria y atención especializada, se han explorado instrumentos o medios como guías clínicas, protocolos y, más recientemente, gestión por procesos y soportes tecnológicos para una mejor comunicación e información entre ambos niveles asistenciales. Asimismo, han emergido con mucho impulso nuevos modelos de gestión integrada, pública o privada, con el argumento de mejorar la continuidad asistencial.

De hecho, se puede comprobar que existen un número considerable de estudios y artículos de opinión en la literatura sanitaria reciente sobre continuidad asistencial, coordinación e integración de niveles asistenciales, términos que son utilizados como sinónimos en muchas ocasiones, pero que pueden tener significados diferentes. En este artículo, continuidad asistencial se entiende como la no interrupción de la atención que engloba tanto la información y la comunicación como la gestión del proceso asistencial. Coordinación se refiere a la información y comunicación compartida entre los dos niveles asistenciales e in-

tegración a la fusión de ambos. La integración de niveles asistenciales (Atención Primaria–especializada) debería realizarse desde el punto de vista clínico, es decir mediante la gestión de procesos, priorizando los más prevalentes en continuidad asistencial (pluripatologías, crónicos,...) sin que esta integración suponga impedimento para la autonomía de gestión de los Equipos de Atención Primaria y facilitando el liderazgo del primer nivel asistencial en el itinerario del paciente por el Servicio de Salud. Asimismo, la gestión e integración de servicios debe permitir la coordinación con otros dispositivos sanitarios y no sanitarios (emergencias, salud mental, salud pública y recursos socio sanitarios, entre otros).

### Estructura organizativa

Sin embargo, en algunas experiencias de gestión integrada que se están llevando a cabo, no parece que esta autonomía y liderazgo se puedan desarrollar. Existen muchas incertidumbres con la gestión integrada, entre las que se encuentran la estructura organizativa y el liderazgo en la organización. En las estructuras organizativas predomina una dirección asistencial de la que dependen Atención Primaria y atención especializada, pero cabe preguntarse si Atención Primaria debe tener el igual peso que un servicio de atención especializada, o si debe ser mayor o menor. En cuanto al liderazgo, ¿debe ser directivo de Atención Primaria o de atención especializada? En el informe sobre gestión integrada que elaboró la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

» Han emergido con mucho impulso nuevos modelos de gestión integrada, pública o privada, con el argumento de mejorar la continuidad asistencial.

» Existen muchas incertidumbres con la gestión integrada, entre las que se encuentran la estructura organizativa y el liderazgo en la organización.



(SEDAP) en 2006, se recomendaba que “fueran profesionales con suficiente conocimiento, sensibilidad y experiencia en los diferentes niveles asistenciales con el fin de asegurar visiones no sesgadas de la organización y la superación de la cultura hospitalcentrista”.

Pues bien, visto el desarrollo que están teniendo las experiencias de gestión integrada, en mi opinión, tanto en las estructuras organizativas como en el liderazgo debe predominar la Atención Primaria por los siguientes motivos:

- Atención Primaria no solamente debe ser la puerta de entrada al sistema, sino el asesor del paciente en su itinerario por el servicio de salud.

- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se dirige en un porcentaje muy elevado a población sana, cuyo contacto con el sistema sanitario es con Atención Primaria. Asimismo, tiene un papel importante en la captación y detección precoz (prevención secundaria) de muchas patologías.

- El 80 por ciento de las consultas que se atienden en Atención Primaria son procesos crónicos, cuya gestión debe ser responsabilidad en la mayoría de los casos del primer nivel asistencial.

- Más del 70 por ciento de la población con necesidades de cuidados paliativos prefiere ser atendido en su domicilio, por lo que Atención Primaria tiene un papel relevante en su atención.

- La mayoría de los problemas sociosanitarios deben abordarse en el propio domicilio o en su entorno, por lo que Atención Primaria tiene gran parte de la responsabilidad de la atención.

- La formación de los profesionales de Atención Primaria, tanto de grado como

de postgrado, transcurre en buena parte en atención especializada, pero no al revés; por lo que los directivos del primer nivel asistencial tienen una mayor oportunidad de conocimiento de ambas organizaciones.

### Criterios indispensables

Los directivos de la gestión integrada deben cumplir con los siguientes criterios de función directiva: orientar la gestión teniendo como eje al ciudadano; facilitar iniciativas encaminadas a la descentralización de la gestión; impulsar el trabajo en equipo; lograr alianzas estratégicas con proveedores de servicios sociales e instituciones y organizaciones para la promoción de la salud; promover el desarrollo profesional en su ámbito de gestión e incorporar las tecnolo-

gías de información y comunicación que faciliten la integración de la atención.

En la actualidad, muchos directivos cuentan con gran conocimiento y experiencia en organizaciones sanitarias y cumplen con los cri-

terios mencionados por lo que están en disposición de llevar a cabo la gestión integrada de una organización, definiendo las competencias de los profesionales de cada nivel asistencial, estableciendo las responsabilidades y circuitos de derivación en la gestión de los procesos más prioritarios (prevalentes o de mayor riesgo de morbilidad) que mejoren la efectividad y eficiencia del sistema.

Por todos los motivos expuestos, la implantación y desarrollo de las experiencias de atención integrada deberían contemplar la Atención Primaria en un lugar predominante en la organización, ¿por qué no explorarlo? ■

**“El 80 por ciento de las consultas que se atienden en Atención Primaria son procesos crónicos, cuya gestión debe ser responsabilidad en la mayoría de los casos del primer nivel asistencial”**

Sección patrocinada por:



**Almirall**

Soluciones pensando en ti

# Economía de la Salud

## en el Área de Dolor (II)

### Aspectos socioeconómicos del dolor



Álvaro Hidalgo\*

**E**l dolor, al igual que la enfermedad, o la propia vida es un elemento inherente a la condición humana. En muchos casos, los pacientes temen más al dolor que a la propia enfermedad. El dolor, tal como lo define The International Association for the Study of Pain (IASP), es una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño.

Cuando hablamos de dolor solemos distinguir entre el dolor crónico y el agudo. El dolor agudo se correspondería con aquel que puede ser provocado por una inflamación, daño en un tejido, lesión, enfermedad o cirugía reciente y que, por lo general, se caracteriza por la presencia de dolor, enrojecimiento, temperatura local elevada y tumefacción. Este tipo de dolor es breve, aunque en ocasiones puede prolongarse mientras se mantenga o persista la enfermedad que lo origina. Por su parte, el dolor crónico se define como aquel dolor o molestia que persiste de forma continua o intermitente durante semanas, meses o años. En determinadas circunstancias el dolor mantenido puede superar a los demás síntomas y puede provocar alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, miedo, crispación) que centran al dolor como epicentro de todas sus preocupaciones y agravan la intensidad del mismo. En estos casos el dolor crónico deja de ser un síntoma para convertirse en una enfermedad con un gran impacto sobre la calidad de vida del paciente.

La importancia del dolor desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo es muy importante. El impacto económico que tiene sobre la sociedad es igualmente muy significativo. Así según el estudio *Pain in Europe*, la encuesta más amplia sobre el dolor crónico realizada en Europa, el 12 por ciento de la población española sufre este tipo de dolencia, siendo el país con más baja prevalencia de los seleccionados en la muestra.

En este trabajo se definió el dolor crónico como aquel de duración media igual o superior a 6 meses y con una intensidad igual o superior a 5 en la Numeric Rating Escala (NRS). La media europea se sitúa en el 19 por ciento, siete puntos por encima de la prevalencia española. Sin embargo, tanto el porcentaje con pacientes con dolor severo como la duración media del dolor son superiores en España. Así el 44 por ciento, de los pacientes españoles presentan dolor severo, frente al 33 por ciento, de media en Europa, siendo la duración media del dolor de 9,1 años en nuestro país en comparación a los 7 años que dura de promedio en Europa. Esto hace que casi el 50 por ciento, de los pacientes tengan dolor de forma continua, frente al 18 por ciento, que lo experimentan de vez en cuando.

#### Calidad de vida

Respecto al impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, el 22 por ciento, de los que padecen dolor crónico pierden el trabajo; un 8 por ciento, sufre cambios en las responsabilidades en su empleo; el 4 por ciento, experimentan cambios en el trabajo; y un 29 por ciento, sufren depresión como consecuencia del dolor. Estos datos implican una pérdida media de días de trabajo por paciente y año de 8,4.

En este sentido, si tenemos en cuenta que según la citada encuesta el 47 por ciento, de los casos de dolor crónico son atribuibles a la artrosis y la artritis reumatoide y que las enfermedades reumáticas suponen una pérdida anual de 3.600 millones de euros, siendo el coste medio por paciente de 10.700 euros, podemos hacernos una idea del impacto económico que el dolor tiene sobre los recursos de la sociedad. Un aspecto que debemos destacar es que la carga económica asociada al dolor es superior a otros problemas de salud debido a sus efectos sobre las tasas de absentismo, la reducción de la productividad y el riesgo de perder el trabajo. Así por ejemplo,

» La importancia del dolor desde un punto de vista cuantitativo como cualitativo es muy importante. El impacto económico que tiene sobre la sociedad es igualmente muy significativo.

» La carga económica del dolor crónico es superior a la de otras enfermedades, siendo los costes indirectos la partida más significativa, por encima de los costes directos sanitarios.

en Suecia las pérdidas de producción asociadas a la incapacidad provocadas por el dolor crónico representan 9.200 millones de euros, lo que supone el 91 por ciento, de los costes socioeconómicos del dolor crónico en 2003. En Estados Unidos el impacto de la artritis en las pérdidas de productividad se cifraban en 4.900 millones de euros.

En Dinamarca se ha estimado que se pierden 1 millón de días de trabajo como consecuencia del dolor crónico, representando los costes indirectos de pérdida de la productividad el 85 por ciento de los costes totales del dolor lumbar crónico. En esta misma línea, los costes indirectos del dolor lumbar en el Reino Unido se cifran en 6.700 millones de euros. Resultados igualmente muy importantes se han encontrado en Estados Unidos, donde el impacto del absentismo provocado por el dolor común se cifró 4.210 millones de euros por año, de los que un 77 por ciento, se explican por una reducción del rendimiento de los trabajadores en el puesto de trabajo.

Todos estos datos, obtenidos de la revisión reciente que hace Phillips *et al.* en su artículo de *Health Policy* ponen de manifiesto que los costes directos sanitarios constituyen una parte muy pequeña de la carga total que supone el dolor. Ahora bien, el consumo de recursos sanitarios y por tanto el manejo del dolor que se realiza en los diferentes sistemas sanitarios es muy diferente, lo que provoca una gran variabilidad entre países.

Ahora bien, los efectos del dolor no se limitan a efectos económicos, sino que gene-

ran pérdidas en la calidad de vida de los pacientes y en su bienestar. De hecho, el dolor crónico y las enfermedades musculoesqueléticas son las que se asocian a peores índices de calidad de vida. En un estudio con 600 pacientes con dolor crónico en Australia se aprecia una reducción muy importante en los resultados del SF-36. Diferentes trabajos muestran resultados similares en otros países o en España. Así, en el estudio EPISER, la calidad de vida, medida mediante el SF-12, era significativamente peor en los sujetos con lumbalgia frente a los que no referían tenerla en el momento de la entrevista, tanto en la escala física como en la mental. Estas diferencias, se mantuvieron después de ajustar por sexo, edad, bajo nivel de estudios, bajo nivel social y padecer una enfermedad crónica, variables identificadas previamente como asociadas con peores puntuaciones en el SF-12. En otro estudio reciente realizado en España se utiliza y valida el cuestionario EQ-5D para los pacientes con dolor lumbar crónico en comparación a población general. En dicho trabajo se puede apreciar cómo las diferencias son muy importantes, llegando a ser la diferencia de más de 25 puntos en la puntuación del VAS de las personas sanas (75,8) en comparación con la que presentan los pacientes con dolor lumbar crónico (49,2).

En resumen, la carga económica del dolor crónico es superior a la de otras enfermedades, siendo los costes indirectos la partida más significativa, por encima de los costes directos sanitarios. ■

Sección patrocinada por:



**Grünenthal  
Pharma, S.A.**

### Para saber más:

Fundación Grünenthal. *Aspectos Socioeconómicos del Dolor*.  
[http://www.grunenthal.es/cms/cda/\\_common/inc/pageelements/preview.jsp?contentItemId=58100190](http://www.grunenthal.es/cms/cda/_common/inc/pageelements/preview.jsp?contentItemId=58100190)

Phillips *et al.* *Prioritising pain in policy making: The need for a whole systems perspective*. *Health Policy* Volume 88, Issues 2-3, December 2008, Pages 166-175

Phillips C.J., *Economic burden of chronic pain*, *Expert Rev Pharmacoon Outcomes Res* 6 (2006), pp. 591-601

Pain in Europe Survey. <http://www.paineurope.com>

**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 claro, con la impresión «NVR» en una cara y «JUC» 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 dinámicamente 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 m<sup>2</sup>) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hipertensión:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases II y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente via CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketoconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoina, fosfenitoina, primidona], rifamicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos 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, glibenclámid. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfabloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnía, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hipotensiosemia. 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, <1/100); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000); muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuencia. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Síncope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaríngeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso si no se han 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, migraña, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistémica marcada, y, probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Silíce coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento: Dafiro 5 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase**

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

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. ESH-ESC Guidelines Committee. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007; 25: 1105-1187. 2. Poldermans et al. Tolerability 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.



# Club Médico

## Informativo

CLUB MEDICO: Leganitos, 35—28013 MADRID—TELS. 91 5410279—91 5481866 Fax: 91 5410009—Email: club-medico@arrakis.es Web: www.club-medico.com



## ACTIVIDADES

- **Vacaciones de Semana Santa**
- **Residencia de San Juan**
- **Residencias Asistidas**
- **Politours Viajes**
- **Pullmantur Cruceros**
- **Apartamentos Club Médico**
- **Centro Médico Gran Vía**
- **Guía de Establecimientos Recomendados**

**31 Marzo al 5 Abril  
OFERTA CIRCUITOS**

**XACOBEO  
2010**
**ITINERARIO A 1 AL 4 ABRIL  
ASTURIAS**

Salidas desde Bogotá, Castilla, Andalucía, Alicante, Murcia, Aragón y Madrid

**INCLUYE**  
 - Transporte en autocar  
 - Guía acompañante en español  
 - 3 noches hotel \*\*/\*\* en Asturias, régimen PC.  
 agua/vino en comidas  
 - EXCURSIONES DESCRITAS EN EL ITINERARIO  
 - Seguro de viaje

Precio por Persona y Cita en País. Doble

**H. \*\*\***  
 Asturias

**PC 235€**

 DTO NIÑOS 2-10 AÑOS: 5%  
 DTO 3ª PAZ: 5%  
 Spto Single: 60% paquete

**PRECIO ÚNICO, SIN SUPLEMENTOS**
**ITINERARIO A 1 AL 4 ABRIL  
CANTABRIA**

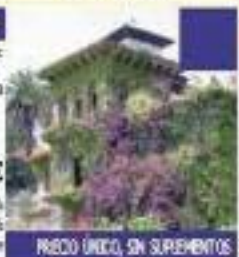
Salidas desde Bogotá, Castilla, Andalucía, Alicante, Murcia, Aragón y Madrid

**INCLUYE**  
 - Transporte en autocar  
 - Guía acompañante en español  
 - 3 noches hotel \*\*/\*\* en Cantabria, régimen PC.  
 agua/vino en comidas  
 - EXCURSIONES DESCRITAS EN EL ITINERARIO  
 - Seguro de viaje

Precio por Persona y Cita en País. Doble

**H. \*\*\***  
 Cantabria

**PC 205€**

 DTO NIÑOS 2-10 AÑOS: 5%  
 DTO 3ª PAZ: 5%  
 Spto Single: 60% paquete

**PRECIO ÚNICO, SIN SUPLEMENTOS**
**ITINERARIO A 31 MARZO AL 4 ABRIL  
PUEBLOS BLANCOS**

Salidas desde Asturias, Castilla, Castilla-La Mancha, Aragón, Rioja, Alicante y Murcia

**INCLUYE**  
 - Transporte en autocar  
 - Guía acompañante en español  
 - 3 noches hotel \*\*\*\* en Costa de Cádiz, régimen PC.  
 agua/vino en comidas  
 - EXCURSIONES DESCRITAS EN EL ITINERARIO  
 - Seguro de viaje

Precio por Persona y Cita en País. Doble

**H. \*\*\*\***  
 Costa de Cádiz

**PC 225€**

 DTO NIÑOS 2-10 AÑOS: 5%  
 DTO 3ª PAZ: 5%  
 Spto Single: 60% paquete

**PRECIO ÚNICO, SIN SUPLEMENTOS**
**descubre nuestros circuitos**
**28 MARZO AL 3 ABRIL / 4 AL 10 ABRIL 31 MARZO AL 4 ABRIL**
**PORTUGAL TURÍSTICO**
**PAÍS VASCO**
**31 MARZO AL 5 ABRIL 31 MARZO AL 4 ABRIL**
**ALPUJARRAS Y GRANADA**
**GRANADA, CÓRDOBA Y SEVILLA**
**31 MARZO AL 4 ABRIL 31 MARZO AL 4 ABRIL**
**COSTA DEL SOL**
**RUTA COLOMBINA**
**31 MARZO AL 4 ABRIL 31 MARZO AL 4 ABRIL**
**PARÍS EXPRESS**
**MARRUECOS**
**28 MARZO AL 3 ABRIL / 4 AL 10 ABRIL 31 MARZO AL 5 ABRIL**
**EXTREMADURA**
**DISNEY EXPRESS**
**ESTANCIAS  
HOTELS**


# Grandes ofertas Semana Santa 2010



BERLÍN, PARÍS, LONDRES, PRAGA, BUDAPEST, ÁMSTERDAM, BRUSELAS,  
ESTAMBUL, MALTA, DUBROVNIK, ROMA, SICILIA, FLORENCIA, GRECIA, MARRAKECH,  
JORDANIA, SIRIA, EGIPTO, ISRAEL, NUEVA YORK, CHINA, CUBA, ARGENTINA,  
CRUCERO POR HOLANDA, CRUCERO POR EL DUERO

**Consultar salidas desde otros puntos de España**

INFORMACIÓN Y RESERVAS EN SU AGENCIA DE VIAJES



# POLITOURS

CAA-19

[www.politours.com](http://www.politours.com)

# ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD

Más de 30 especialidades médicas / Unidad de Diagnóstico por Imagen /  
Unidad de Ginecología y Obstetricia / Unidad de Rehabilitación y  
Fisioterapia / Unidad de Podología / Unidad de Psicoterapia y Logopedia

CENTRO MÉDICO  
GRAN VÍA

**Condiciones Especiales  
para  
Socios de Club Médico**



CLUB  SALUD  
GRAN VÍA

**ESTÉTICA, BELLEZA Y SALUD**  
Dermatología Cosmética  
Depilación médica láser  
Dietética y Nutrición

CLÍNICA  DENTAL  
GRAN VÍA

**CLÍNICA DENTAL**  
Odontología general  
Cirugía e implantes  
Ortodoncia  
Estética dental  
RX Panorámico

GRAN VÍA  
**ANTIAGING**  
MEDICINA ANTIENVEJECIMIENTO

**MEDICINA BIOLÓGICA Y ANTIAGING**  
Tratamiento integral antiaging  
Unidad de ozonoterapia  
Unidad de rinomodelación

# Tecnología

## Atención a enfermos crónicos

**E**s conocido que el envejecimiento de la población y la prevalencia de las enfermedades crónicas son dos de los principales retos a los que se enfrentará el sector sanitario en los próximos años, debido a su impacto en incremento del gasto y la necesidad mantener servicios sanitarios de calidad a una demanda cada vez mayor de ciudadanos y pacientes.

La incorporación de dispositivos y sistemas informáticos, principalmente en el seguimiento de enfermos crónicos, permitiría sin duda una mejora en la calidad de vida de los pacientes, actuando antes de que se produzcan los episodios de desestabilización, y como consecuencia, un incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos.

Siendo esto así, y aunque existen múltiples pilotos que representan casos de éxito principalmente liderados por determinados servicios hospitalarios (Endocrinología, Dermatología, etc.), actualmente no existen en nuestro país plataformas consolidadas para el seguimiento de enfermos crónicos desde las que se presten servicios de forma masiva a los pacientes.

Sin entrar en las principales barreras de entrada por lo que esto se produce (principalmente organizativas y financieras), es importante decir que en gran medida, las herramientas informáticas que facilitan este proceso ya existen en el mercado y se pueden dividir en tres grandes grupos:

### Aplicaciones de telemonitorización.

Son las soluciones más conocidas en este campo y donde existen más experiencias. Están basadas en dispositivos que son capaces de tomar datos biométricos del paciente en su domicilio y enviarlos a una aplicación centralizada que analiza patrones de comportamiento o umbrales que desencadenan alarmas al paciente o a su médico. Estos sistemas evitan los errores de transcripción de medidas del propio paciente, y permiten al

médico tener una visión gráfica y analítica de los parámetros. Las referencias en hospitales en nuestro país son múltiples. Destacar principalmente por su reciente publicación y por el número de pacientes el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga, que utilizará la plataforma de Roche Diagnostics (Emminens Conecta), para 800 pacientes diabéticos.

**Herramientas de soporte a programas de seguimiento de enfermedades crónicas.** Sistemas específicos para cada patología (diabetes, EPOC, insuficiencia cardíaca, etc.) que implementan un programa de seguimiento de pacientes con dichas enfermedades. El servicio se presta normalmente por personal de enfermería desde un centro de llamadas desde donde hace un seguimiento de distintos elementos (adherencia al tratamiento, mediciones de constantes, dieta, etc.). Como es obvio, el principal valor de estas herramientas no está en la tecnología en sí, sino en el conocimiento clínico que contienen estos programas.

No existen referencias destacables en nuestro país de este tipo de servicios, pero sí fuera de nuestras fronteras. Un ejemplo es la iniciativa pública Sophia ([www.sophia-info-service.fr](http://www.sophia-info-service.fr)), en Francia, que atiende a más 180.000 pacientes diabéticos suscritos al programa.

**Sistemas de cribado.** Representan el eslabón más avanzado. Son herramientas basadas en sistemas de minería de datos (data mining), que son capaces de examinar las bases de datos transaccionales (historias clínicas de hospitales y Atención Primaria) y proponer una lista de pacientes susceptibles de padecer algún tipo de enfermedad crónica. Este tipo de herramientas es fundamental para poder prestar estos servicios a gran escala, más allá de los pilotos que actualmente se realizan en nuestro país, y focalizar la atención en la prevención, más que en la atención de pacientes agudos. ■



Oscar Gil García\*

» Los sistemas de cribado representan el eslabón más avanzado. Son herramientas basadas en sistemas de minería de datos.

» Las aplicaciones de telemonitorización son las soluciones más conocidas en este campo y donde existen más experiencias.

\*Ingeniero de Telecomunicación, Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.

Para contactar: [oscar.gil.garcia@es.pwc.com](mailto:oscar.gil.garcia@es.pwc.com)

Asistencia privada en España

## En busca de un nuevo modelo de aseguramiento

*El sector privado de seguros de salud en España, que podría aliviar sustancialmente la presión que soporta el sistema sanitario público, necesita un nuevo modelo de aseguramiento que potencie la clientela, rentabilidad y la satisfacción de pacientes y de médicos, según se puso de manifiesto en una reciente jornada organizada por MEDICAL ECONOMICS sobre Presente y futuro del mercado de la asistencia privada en España: mutualidades y aseguramiento privado.*



De izda. a dcha., Enrique de Porres, Arturo Chevalier, Serafín Romero, Jaime Orfila, José Ignacio Catalán y Julián Ruiz Ferrán.

### Gonzalo San Segundo

El presente y futuro de la asistencia sanitaria privada en España fueron objeto recientemente de un profundo análisis y debate por parte de destacados especialistas en cada una de las áreas afectadas: Administración, médicos con ejercicio privado, mutualidades y compañías aseguradoras, sin olvidar la colaboración entre la sanidad pública y la privada. El acto estuvo organizado por MEDICAL ECONOMICS y presidido por Serafín Romero Agüit, secretario general de la OMC, en cuya sede se celebró con la asistencia de más de medio centenar de expertos de todos los sectores implicados.

Teófilo Sáez Zazo, presidente de la Comisión Técnica de Salud de Unespa, expuso la situación en la se encuen-

tra el seguro privado de salud en este país. Inició su intervención con referencias a la situación de la sanidad pública en los países occidentales, destacando algunos de los problemas que padece: sostenibilidad, introducción de modelos de gestión privada y “deterioro en la calidad percibida” por “una gran cuota de ciudadanos que no quedan satisfechos”.

Diagnóstico que también vale para España, donde el sector privado de seguros de salud abarca al 23 por ciento de la población española (casi siempre como doble cobertura), representa el 30 por ciento de la asistencia sanitaria y su facturación está por encima del 2,5 por ciento del PIB nacional. Además, aporta al conjunto del sistema una de cada tres camas hospi-

talarias y atiende a unos seis millones de ciudadanos.

En cuanto a las cifras de negocio, dijo que la crisis está pasando factura. El sector creció a tasas del 9 y 10 por ciento en los últimos años, pero que en 2009, con datos al mes de septiembre, el crecimiento era del 5,5 por ciento, con una pérdida de 180.000 asegurados. En 2008, la recaudación de primas superó los 5.835 millones de euros, casi un 8 por ciento más que el año anterior.

Para afrontar la crisis, Sáez señaló que había que potenciar los seguros colectivos. “El IRPF –comentó– da un tratamiento interesante a las primas pagadas por las empresas para sus empleados y los familiares directos de ellos (hasta 500 euros por persona y año no

se consideran renta en especie) y, además, son un gasto deducible en el Impuesto de Sociedades". Sin embargo, "se echa en falta un tratamiento fiscal más completo".

A pesar de su peso específico, el directivo de Unespa criticó el modelo de seguro privado existente: "Tiene una cobertura paralela a la de la sanidad pública, es un duplicado, lo que no es racional", aunque reconoció que "es muy difícil que las cosas cambien". Continuó: el seguro privado de salud "está siendo muy mal utilizado por el Estado, que no le sabe sacar provecho". Y remachó: "Si se aprovecharan las capacidades del seguro privado para asumir parte de la demanda, se aliviaría la presión que soporta el sistema sanitario público".

### Colaboración público-privada

En su disertación acerca de la situación actual y perspectivas de la colaboración de la sanidad pública con la privada, el director general de Hospitales de la Comunidad de Madrid, Antonio Burgueño Carbonell, coincidió con Sáez Zazo en que el sistema sanitario privado no aporta un modelo nuevo: "Se deben introducir mecanismos de diferenciación de la gestión pública y la privada, ya que lo único que cambia es que los médicos son asalariados de un hospital".

Burgueño centró su intervención en las formas de colaboración entre la sanidad pública y privada, extendiéndose en los conocidos modelos de gestión mixta implantados en las comunidades de Madrid y Valencia, que "tratan de liberalizar el modelo de asistencia, pero cada vez nos es más difícil encontrar interlocutores". En este sentido, criticó la reciente aprobación de la propuesta parlamentaria para modificar la Ley 15/97 sobre la habilitación de nuevas formas de gestión.

Una visión de la medicina privada desde la OMC la proporcionó José María Nieto Cortijo, Representante Nacional de Medicina Privada por Cuenta Ajena. Afirmó que los colegios de médicos "pueden jugar un importante papel, sobre todo respecto al con-

trol del sistema y como garantes de que el acto profesional sea realizado correctamente, con profesionalidad y empleando los medios adecuados a cada paciente".

Nieto reconoció que, en la actualidad, se habla especialmente de medicina pública, "estando, incluso, mal visto en algunos foros la medicina que se denomina libre o privada". Sin embargo, desde la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), se habla de una modalidad de trabajo nueva: el ejercicio privado de la Medicina en un marco temporal estable diferenciado del ejercicio público.

Asimismo, confesó que los modelos actuales de asistencia sanitaria adolecen de problemas de gestión, "y a ello no son ajenas las consultas privadas, ya que al ser el último proveedor de la asistencia, asumen la mayoría de los problemas, sobre todo los económicos". Y agregó: "Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos nos preocupa la normativa de los centros, que se cumplan unas normas mínimas de seguridad sanitaria para la mejor asistencia a los pacientes".



**"Desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos nos preocupa la normativa de los centros, que se cumplan unas normas mínimas de seguridad sanitaria para la mejor asistencia a los pacientes"**

– José María Nieto

El seguro privado de salud, desde el punto de vista de las aseguradoras, fue abordado por Enrique de Porres Ortiz de Urbina, consejero delegado de Asisa. Resaltó la ausencia de estímulos fiscales y las amenazas que se ciernen sobre el sector: pérdida progresiva de rentabilidad, "canibalización interna", "incremento incesante" de los costes asistenciales y dura competencia en precio, con primas a la baja.

También De Porres señaló las fortalezas del sector: especialización en la prestación de servicios y en su gestión,

amplia estructura territorial, alta y creciente concentración y "buena valoración social". Y apuntó algunas oportunidades, como los ajustes presupuestarios en el sector sanitario público, "que tiene el compromiso de controlar el déficit", además de estar saturado con largas listas de espera; los cambios demográficos, el desarrollo de la Ley de Dependencia y las nuevas oportunidades de colaboración entre los sectores público y privado gracias a los nuevos modelos de concesión administrativa.

El consejero delegado de Asisa, tras afirmar que el modelo de seguro privado tiene que cambiar, se preguntó: "¿Qué hacer ante la crisis?". He aquí su receta: potenciar la imagen sectorial y las alianzas estratégicas por la "convergencia" política (dar más grado de libertad a la gente a la hora de elegir entre sanidad pública y privada) y aumentar la presencia del sector privado en el público.

Arturo Chevalier del Río, director general adjunto de Mapfre Familiar, desgranó el negocio de salud privado en España. Algunos datos: 4.581 millones de euros en primas a septiembre

de 2009, de los que el 80 por ciento corresponden a asistencia sanitaria; 10,7 millones de asegurados, que no aumentan, y 3.687 millones de euros en pago de prestaciones, de los que el 90 por ciento lo fueron en asistencia sanitaria. Como conclusiones de su intervención, resaltó que el número de asegurados se mantiene estable, las primas de salud crecen un 5,53 por ciento y las prestaciones lo hacen casi al 10 por ciento.

El ex director general de Evaluación y Acreditación del Gobierno balear,

Jaume Orfila Timoner, médico internista, centró su intervención en la acreditación del ejercicio médico privado desde la óptica de los colegios profesionales. Partió de lo que denominó “nueva realidad social”, consistente en el aumento y envejecimiento de la población, incremento del control de las enfermedades crónicas de la dependencia y de la reducción del soporte ofrecido por las redes familiares, la innovación tecnológica en el diagnóstico y tratamiento y la participación del paciente, para adentrarse en el futuro de la sanidad privada. Y se explayó en explicar el informe de PriceWaterhouseCoopers HealthCast 2020: creando un futuro sostenible, que nuestros lectores ya conocen.

A José Ignacio Catalán Ramos, Representante Nacional de Medicina Privada por Cuenta Propia de la OMC, le tocó disertar acerca de las dificultades de acceso al ejercicio privado de

adquirir o alquilar el consultorio y obtener la acreditación del mismo y la tecnología necesaria, cumplir la Ley de Protección de Datos sobre historias clínicas y contratación del personal necesario.

**3. Poder.** Es decir, ofertar sus servicios a las compañías aseguradoras bien de forma individual o agrupada en sociedades profesionales con otros compañeros.

Tras enumerar los problemas y vicisitudes que mantiene el médico de ejercicio privado por cuenta propia, Catalán dijo que “es el ciudadano el que invierte de una forma individual o empresarial su dinero en la contratación de asistencia sanitaria, aliviando al sistema público de su carga, pero no se ve recompensado por parte del Estado”. Y concluyó: “La agrupación de intereses en forma asociativa, como estamos realizando, no cabe duda que dará lugar a una influencia positiva en

en España ese porcentaje corresponde a pólizas de asistencia sanitaria.

– Los gastos de administración en las compañías aseguradoras se elevan al 20 por ciento en Estados Unidos, 12 por ciento en España (algunas aseguradoras llegan al 18 por ciento) y una media del 10 por ciento en Europa.

– El 5 por ciento de los ciudadanos de la Unión Europea tienen contratado un seguro de asistencia privada, y el gasto sanitario financiado por las aseguradoras privadas constituye menos del 10 por ciento del total del gasto sanitario, que en España supone el 5 por ciento.

### Un seguro de la salud ‘a la carta’

En cuanto a las tendencias que se observan, Ruiz Ferrán comentó que el seguro médico privado “será cada vez más un seguro a la carta, que conduzca a satisfacer idealmente las necesidades de los individuos”, y que “se plantearán mayores exigencias de transparencia de los mercados aseguradores y sus productos”, con el fin de que el ciudadano pueda acceder a un nivel suficiente de información “que le permita llevar a cabo una elección juiciosa del producto asegurador más conveniente para su caso”.

Y respecto a los desafíos a los que se enfrenta el sector asegurador, Ruiz Ferrán señaló que éstos dependerán de la evolución de los sistemas estatales de aseguramiento, de su financiación, universalidad, del posible establecimiento futuro de una cobertura pública europea estándar garantizada a todos los ciudadanos de la UE y de las nuevas regulaciones conducentes a limitar la selección de riesgo y la discriminación en primas basadas en edad, sexo y estado de salud.

Ello llevará al aseguramiento sanitario privado, de cara a su supervivencia a largo plazo, “a plantear como máxima prioridad estratégica el demostrar de modo fehaciente el valor añadido de su gestión de intermediación entre médicos y pacientes, sobre todo en relación con el seguro público, tanto en términos de calidad, seguridad y coste-efectividad como de satisfacción de pacientes y de médicos”. ■



**“Es el ciudadano el que invierte de una forma individual o empresarial su dinero en la contratación de asistencia sanitaria, aliviando al sistema público de su carga, pero no se ve recompensado por parte del Estado”**

– José Ignacio Catalán

la Medicina y los problemas con los que se encuentra el médico a la hora de realizar esta actividad profesional liberal. Tras recordar que más de 50.000 médicos ejercen la medicina privada, de los que unos 18.000 tienen consulta particular, enunció tres principios que debe poseer este profesional:

**1. Saber.** “Pues en el desarrollo de su actividad va a competir con otros compañeros, y el conocimiento científico, la experiencia personal y sus habilidades humanas serán las que decidan el que pueda ser escogido libremente por el paciente”.

**2. Querer.** Para lo que debe cumplir una serie de requisitos: colegiación obligatoria, contratar el seguro de responsabilidad civil profesional,

entre este atomizado sistema, las aseguradoras y el sistema público de salud”.

Visto lo expuesto, ¿cuál es el futuro del aseguramiento privado? La visión europea la proporcionó Julián Ruiz Ferrán, médico, ex presidente de la Comisión de Asistencia Sanitaria del Comité Europeo de Seguros (CEA). Dijo que el nivel de variación de primas de productos de asistencia sanitaria y reembolso a los diferentes estados miembros, así como la multiplicidad de productos existentes, “hace extremadamente difícil la comparación de primas entre países”. No obstante, y tras señalar que la situación del sector asegurador español es atípica en Europa”, proporcionó algunas cifras:

– El 90 por ciento del seguro en Europa es por reembolso, mientras que



José Manuel Rodríguez Sendín y Manuel García Abad en la inauguración de la jornada.



De izda. a dcha., Manuel García Abad, Teótimio Sáez Zazo y Julián Ruiz Ferrán.



De izda. a dcha., Teótimio Sáez Zazo, Antonio Burgueño, Manuel García Abad y José María Nieto.



Tras cada mesa redonda hubo tiempo para el debate.



Alfonso Ambel (izda.), Vocal Provincial de Medicina Privada del Col. de Badajoz, Pedro Hidalgo y José Ignacio Catalán (dcha.).



Manuel Gómez Benito, presidente del Col. Médicos de Salamanca (dcha.), con Pablo Corral (izda.) y Alicia Sánchez, de Adeslas.



De izda. a dcha., José Mª Martínez, Manuel García Abad y André Bolliger, presidente de Aspromel.



Serafín Romero (izda.), con Antonio Fernández, Vocal Nacional de Médicos de Administraciones Públicas.



Julián Ruiz Ferrán (izda.) con Arturo Chevalier.



Enrique de Porres aseguró que el modelo de seguro privado tiene que cambiar.



Antonio Burgueño explicó las perspectivas de colaboración público-privada.



Teótimio Sáez Zazo trazó el panorama del seguro de salud en España.

# PROGRAMA AAP 2010

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



MURCIA  
4 de marzo  
Hotel Nelva

VIGO  
11 de marzo  
Hotel Pazo los Escudos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: [www.livemed-spain.com](http://www.livemed-spain.com)

  
**LIVEMED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

## **I Certamen de Artículos**

# Los relatos galardonados en 2009



**Manuel me  
mira a los ojos**

Pág.: 38



**Una cuestión  
de autoridad**

Pág.: 44

MEDICAL ECONOMICS publica en este número los artículos galardonados en el I Certamen de Relatos Medical Economics, patrocinado por Pullmantur. El artículo *Manuel me mira a los ojos*, de Aurora Guerra, ha recibido el Gran Premio del Certamen de Artículos; mientras que el Premio Plus Médicos Jóvenes ha sido para Luis Llanes, por *Una cuestión de autoridad*.



*Ganador*  
**GRAN PREMIO**

# Manuel me mira a los ojos

**Por Aurora Guerra Tapia**

*Jefa adjunta del Servicio de Dermatología  
del Hospital 12 de Octubre (Madrid).*

**M**ira mis ojos de mujer apenas maquillados, mis ojos de médico ampliados y protegidos por unas gafas de pasta transparente, continuamente inquisitivos, a menudo cansados, casi siempre compasivos, tal vez hoy, algo inteligentes. Mis ojos miopes y asépticos que se enfrentan a diario al código cartesiano de las existencias dañadas, al jeroglífico absurdo de la enfermedad incurable, a las cuartillas emborronadas por el sufrimiento de cada cual.

Manuel, mi paciente más temido, el paradigma de mi debilidad, la demostración de mi fracaso, me mira a los ojos obstinadamente. Pero esta vez es un Manuel distinto que

me estremece, me perturba, me sobrecoge. Esta vez es un Manuel que inexplicablemente me conmueve y me transporta a una dimensión anónima y desconocida hasta ahora entre nosotros. Me mira insistentemente, inmóvil mientras su silueta en contraluz se perfila sobre el cristal de la ventana, que juega a ser el paisaje de la foto de nuestro encuentro. El día está gris y tengo frío. La sensación de que el cielo entumecido cae en escombros de desolación sobre las aceras de mineral y de ruido, me atenaza. Me mira incansablemente, como si fuese la primera vez que me ve. Y yo, contagiada, casi no le reconozco. Es como si el Manuel cotidiano que conocí, hubiese deshabitado el cuerpo que me saluda.



Le atiende desde hace más de veinte años, desde mis comienzos como dermatóloga. Le he visto acudir mes a mes, año a año, sin desánimo ni concesiones, displicente, provocador, gritando a media voz el orgullo y la fuerza del vencido que no se rinde. Aunque el cesto de frutas de su vida rezumaba olores agrios y sabor amargo, su boca nunca dejó de morder, intransigente como un hueso, áspera como una lija, pidiendo justicia.

Cuando vino por primera vez, me doblaba la edad, y arrastraba una historia de confusión y desesperanza. Su piel eternamente enferma le sometía a una existencia mermada y constreñida. Su envergadura imponente ejercía sobre mí más autoridad que la de mi título de médico sobre él. Me exigía el fin de su dolor, de su discriminación. La infalibilidad que yo pretendía otorgar a la medicina basada en la evidencia no era más que

tancia, habían grabado ya un destino inamovible.

Cuando Manuel finalizada la visita salía de la consulta, decepcionado y desdenguado por mi incapacidad, yo sentía un peso inmenso sobre mis hombros de pobre mujer. Hubiera querido que no volviese más, que cambiase de médico, que reivindicase en otra parte su derecho a otro mejor, al mejor de todos los médicos, a aquel que yo no era, que no sabía, que no podía ser.

Veinte años de consultas. Veinte años con la mirada de Manuel como un permanente escupitajo de humillación, como una incoherencia poderosa que derrumba al ídolo de barro que pretende sustentarme. Veinte años de claves pueriles, de firmamentos vacíos, de escarpadas espirales de oscuridad.

Pero hoy todo es diferente. Por primera vez, Manuel no ha venido solo. Su tutor de



**“Me ha mirado de nuevo, y un revuelo de luz ha brillado en sus ojos. Nos hemos asomado a la vez, el uno dentro del otro, y emboscados en el pudor y el silencio, hemos escrito la última página”**

una selva de letras en la que nos perdíamos continuamente. Su enfermedad es crónica y difícil de tratar. La ciencia no puede hacer más.

Entonces sus dedos minuciosos y felinos me enseñaban otra vez, por enésima y atormentada vez, las pústulas de miseria, los nódulos de vergüenza, las escamas de desdicha, con la rabia y determinación del toro hostigado que en la plaza sabe su suerte.

Y su mirada retadora me reclamaba, me exigía con violencia que le curase, que yo fuese el médico sublime que todo lo sabe, porque esa era mi obligación y para eso había estudiado: para hacer el milagro.

En cada visita, yo repetía mi disquisición, enriquecía mi impaciencia, acrecentaba mi desconcierto. Esa impotencia recóndita que no quería reconocer me atenazaba en su presencia. Invariablemente diseñaba y prescribía un tratamiento nuevo, una lista heterogénea de medidas que yo intuía de antemano inútiles. Su piel, su genética, su circuns-

la residencia de ancianos le acompaña y le sujeta del brazo mientras se aproxima. Su figura colosal se ha empequeñecido y su andar erguido y ligero se ha vuelto tan lento como resignado. Su porte arrogante se ha deshecho, y es ahora un fragmento de no sé qué clase grandeza rota.

“Adelante Manuel, pase y siéntese”, le digo.

Mira al suelo mientras el aire oxidado con su cansancio, invade mis pulmones de un olor amargo. Busco en su aura o en su sombra un vestigio de aquella insolencia que me hacía minúscula, de aquella fuerza que me obligaba a luchar frente a él, con él, por él, y solo encuentro el abatimiento de un viejo domado finalmente. Prefería aquel toro desafiante y pendenciero a este manso sometido.

Manuel sabe esta vez que ya está llegando al final del camino. Que ya no puede revocarse de su boca la tristeza de cada lunes, la monotonía de cada martes, la simpleza de cada miércoles. Que ya es un hombre desnudo.

do, realquilado en el abandono gris de las sábanas limpias y los yogures desnatados.

Esta vez Manuel, no enarbola orgullo o impertinencia. No reclama nada. Como un exiliado de la vida, se ha sentado frente a mí ajeno al fragor del encuentro de otras veces, y ha cruzado las piernas ayudándose con los brazos y las manos, como si sus muslos llagados pesasen más que el hierro o la mentira.

### Veinte años en mi consulta

Y entonces me ha mirado a los ojos. Por primera vez, desde hace veinte años, se me ha llenado el alma con su mirada de un frescor de patio interior en primavera. Hemos recobrado la tibieza de la inocencia, la fraternidad de los seres humanos desguarnecidos de ataduras e intereses. Me ha mirado condescendiente, amable.

“Hemos interpretado la función, haciendo cada uno nuestro papel”, parece decirme y tenía que ser así. “Tú no tenías la culpa”.

El acompañante, usurpador de nuestra intimidad, me pregunta por la nueva crema, y si el antihistamínico está contraindicado con la pastilla de la tensión. Manuel sonríe indulgente, lúcido, paladeando en su cerebro el eco de un lenguaje obsoleto e inútil. Ya no le importan sus pústulas, sus nódulos, sus escamas. Entre él y yo se ha creado un espacio nuevo, un gesto de complicidad, un entendimiento secreto.

Lentamente, con esfuerzo, comienza la tarea de alzarse del asiento intentando sujetar con un desesperado impulso, el bulto de soledad que carga sobre su espalda.

Entonces yo, me he adelantado presurosa, le he cogido con mis brazos inexplicablemente fuertes bajo las axilas, y le he levantado como si fuese una pluma, con la misma suavidad y ternura con la que sujetaría a un recién nacido. Le he sentido frágil y firme a la vez, abandonado y tranquilo en mi abrazo inesperado.

Me ha mirado de nuevo, y un revuelo de luz ha brillado en sus ojos. Nos hemos asomado a la vez, el uno dentro del otro, y emboscados en el pudor y el silencio, hemos escrito la última página.

Al llegar a la puerta, nos hemos dado la mano largamente. “Bueno doctora. Hasta la próxima”.

No sé bien si ha sido una despedida. O tal vez un encuentro disfrazado de adiós. Solo sé que al cerrarse la puerta, he sentido un escalofrío. La ventana, espectadora eterna e inmutable, empieza a hacerse opaca, empañando el cristal de respiraciones y alientos.

Fuera sigue haciendo frío.

Me arrebujó en mi bata blanca, cierro los ojos, y una tibieza reconfortante invade mi cuerpo y difunde a las recetas, a los bolígrafos, a las gasas, a la clorhexidina, a la pantalla del ordenador, a la mesa, a las sillas.

“Que pase el siguiente”.

La puerta se abre y entra un nuevo paciente. No recuerdo su cara ni su nombre. Pero no importa.

Es un ser humano.

Y me siento feliz por ser médico. ■



## 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



Castilla-La Mancha

# ESCÁPESE... con

Con la colaboración de  
**pullmantur**



## Certamen de Artículos 2010

**D**espués del éxito de participación registrado por la primera edición del Certamen, puede Vd. enviar ya sus artículos para la edición 2010 y compartir sus experiencias con sus compañeros. Medical Economics, en colaboración con Pullmantur, le llevará de vacaciones.

### **GRAN PREMIO**

Crucero 3.000 €

### **PLUS**

#### **Premio Médicos Jóvenes**

Crucero 2.000 €

#### **❖ ¿Quién puede participar?**

Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

#### **❖ ¿Qué hay que enviar?**

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

# Medical Economics®

## ◆ ¿Sobre qué se puede escribir?

Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.

## ◆ ¿Cómo participar?

Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*.

Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.

## ◆ ¿Dónde enviar su artículo?

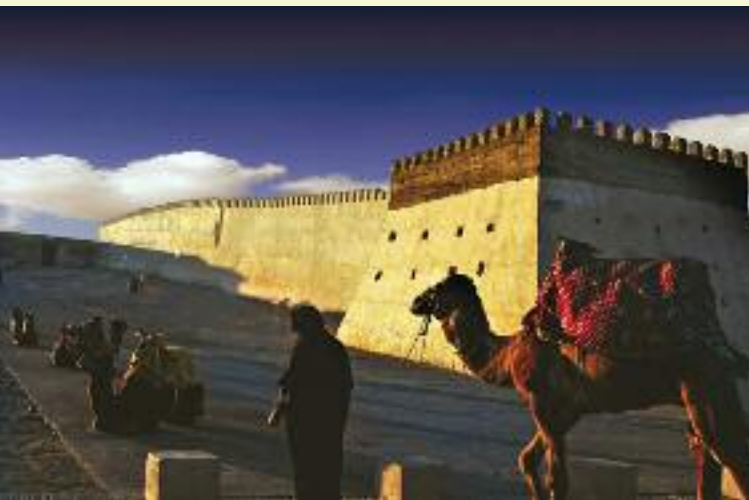
Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección:

**[medeconomics@drugfarma.com](mailto:medeconomics@drugfarma.com)\***

## ◆ Plazo de presentación de originales

El plazo de participación expira el **2 de noviembre de 2010**.

*\*Consulte las bases del certamen en [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)*





*Ganador*  
**PREMIO PLUS**  
*Médicos Jóvenes*

# Una de cuestión autoridad

Por Luis Llanes González

*Servicio de Urología del Hospital  
 de Fuenlabrada (Madrid).*

**L**levaba casi siete horas operando a aquel pobre diablo. Sus compañeros habían ido cambiando por diversos motivos, y finalmente, le tocó al recién llegado al servicio; al que se le afilaban los dientes cuando oía la palabra operar, como nos había pasado a todos, en especial cuando la responsabilidad no era tuya. Y es que ponerle el bisturí encima a alguien en los tiempos que corren es un deporte de riesgo.

Conoció al paciente en la consulta, después de que se presentara su caso en la sesión clínica de tumores del hospital. Se trataba de una monstruosidad de tumor de partes blandas que desplazaba los órganos pélvicos en las imágenes de la tomografía computerizada, TC en el argot médico, y que te explicaba de una sola

ojeada el porqué le costaba tanto, algo tan normal, como es orinar. En aquella sesión se decidió hacer una biopsia de la masa con vistas a plantear un posible tratamiento previo a la cirugía. Lo cierto es que X no se arredró como el resto de sus colegas y se cogió al enfermo debajo del brazo para hacerle la biopsia. La recompensa sería la cirugía del enfermo, y sobre todo, desde el punto de vista del honor de un cirujano urológico, no traspasar al enfermo a otro servicio del hospital con médicos de más redaños para operar.

La verdad es que llegó a tener una relación cordial con el paciente, con toda seguridad porque las desgracias ablandan el corazón, y X era un cirujano joven pero que había pasado por todas las fases emocionales de la cirugía, des-



de llorar con una familia después del fallecimiento de su ser querido en el postoperatorio inmediato de una intervención a una cierta frialdad, casi gélida en ocasiones, en su relación con los pacientes y sus familiares, en especial con estos últimos. Así es la medicina, preciosa si no fuera porque existen enfermos y, sobre todo, familiares.

Producto del cansancio de la prolongadísima intervención o de la casualidad, se desgarró la vena íliaca interna izquierda, y a pesar de que controló la hemorragia rápidamente con una sutura vascular, X envejeció en ese trance unos años más... Pero finalmente, consiguió extirpar un tumor grande como la cabeza de

con uno de los hijos que actuaba de acompañante, y le transmitió realmente todo lo que no podía contar a sus padres. Todavía quedaban lo que los cirujanos llaman maniobras de hemostasia. Había que hacer que dejara de sangrar el enorme lecho cruento de la operación. A veces, las circunstancias confluyen en la dirección correcta y ese día, X tenía en la cabecera del paciente a un anestésista que había estado haciendo su trabajo sin decir una palabra y además animándole a seguir y que no se rindiera. Fruto de ello fue que las adecuadas transfusiones alternas de sangre y de plasma mantuvieron al enfermo con su capacidad de coagular casi intacta. Y eso lo agradecía mucho X



**“No era algo que soliera hacer, pero aquel día antes de la inducción anestésica habló con el enfermo y le tranquilizó con palabras de ánimo. ¿O quizás fueran para él mismo?”**

un niño, duro como el granito y pesado como el plomo.

“Doctor, esto no tiene muy mala pinta, ¿no?”

El paciente no sabía ni lo que tenía dentro ni lo que se avecinaba. X explicó con gran tranquilidad al asustado paciente que el bulto de su abdomen era un tumor.

“¿Pero bueno o malo?”. Le inquirió rápidamente de nuevo.

“Verá. Realmente no sabemos lo bueno o malo que es, pero tiene unas lesiones en las pruebas de imagen de los pulmones que nos hacen sospechar que pueda ser maligno”. Además, la biopsia nos dice que es un tumor mesenquimal, —se quedó un rato pensando y siguió—, es decir, de los tejidos que están entre los diferentes órganos y sirven de unión entre ellos. Eso hace que sea muy difícil, sin analizar toda la tumoración, asegurar de qué tipo es.

“Pero, doctor, esto se cura, ¿verdad?”

“Por supuesto, si no se cura no íbamos a estar hablando ahora mismo, ¿no cree?”

Le fastidiaba tener que contar una mentira piadosa, no era de los médicos paternalistas que endulzaban las noticias a los enfermos, pero tampoco iba a sumir en un pozo de amargura la existencia de su paciente. Afortunadamente, pudo quedarse a solas un momento

cuando empleaba el bisturí eléctrico convencional, el armónico y las suturas hemostáticas.

No era algo que soliera hacer, pero aquel día antes de la inducción anestésica habló con el enfermo y le tranquilizó con palabras de ánimo. ¿O quizás fueran para él mismo?

Octava hora desde el comienzo de la cirugía. Le dolían las pantorrillas, y el sudor comenzaba a quedarse frío. Después de la descarga sanguínea de adrenalina en los momentos críticos, X sabía que le seguiría una sensación de cansancio físico y mental que tardaba muchas horas en recuperar. Era como la famosa pájara de los ciclistas: si pides de más a tu cuerpo, éste necesita después tiempo. Era también, lo que hace a los cirujanos adictos a operar, yonkis de la cirugía, esa sensación de saberse dioses de los que depende la vida. Ya sólo quedaba por cerrar la incisión quirúrgica. Una media hora, que en aquellas circunstancias de extenuación se hizo más larga de lo que esperaba. Pero ya estaba hecho, y el paciente vivo, cosa por la que tres horas atrás no hubiese apostado nada.

X salió del quirófano y se bebió de un tirón una botella de medio litro de agua. Se sentó y estiró las piernas en la sala de descanso, e incluso cerró los ojos. El anestésista le avisó que

el paciente estaba estable y listo para el traslado a la Unidad de Reanimación. No le quedaba más remedio, pero tenía que levantarse e ir a informar a los familiares.

¿Cómo?, que tiene un tumor, ... ¿pero maligno?

“Sí, pero esta es una circunstancia de la que el paciente estaba perfectamente informado en sus visitas a la consulta, y sus hijos también”.

“Y le has *quitao* la vejiga, pero se la habrás hecho nueva, supongo”.

“Pues no, porque le hemos hecho una derivación a la piel con un trozo de intestino”.

“Ya, pero eso luego se lo reconstruirás...”.

“No porque es una intervención definitiva...”.

“No me lo puedo creer, el *notas* me dice que no le ha hecho una nueva vejiga, pero ¡qué hospital es éste!, si le dije yo que no se operara en el seguro”.

### Enfrentarse a los familiares

X no podía dar crédito a lo que estaba oyendo. Un grupo de familiares que se habían identificado como cuñados y una hermana, estaban poniendo en duda el diagnóstico y la operación recién acabada, y además con ese toque, no ya de falta de respeto, sino de ninguneo que parte de nuestros conciudadanos aplican a los sanitarios desde hace un tiempo. Pero estuvo rápido de reflejos. Sin perder en ningún momento la corrección en el trato, y con la seguridad del que juega en su terreno, les aclaró las cosas.

“Pero, ¿realmente ustedes quiénes son?”

Se organizó un pequeño revuelo en la sala ante la pregunta.

“Ajá, o sea cuñados y usted dice que su hermana, y sus hijos... se han ido a donar sangre”. Bien, yo en todo momento he informado al enfermo y a sus hijos, y nunca les había visto antes a ustedes. Así que creo que lo que tienen que hacer es hablar entre ustedes para transmitirse correctamente la información, y yo informaré a los hijos del paciente cuando vuelvan.

X no volvió a hablar con los familiares hasta el día siguiente. Pero no obstante, esa tarde le llamaron por teléfono desde la reanimación, porque al anestesista al cargo, los familiares le estaban organizando la de los griegos a los troyanos a cuenta del cáncer maligno y las metástasis...

Una breve explicación de la evolución postquirúrgica por parte de la anestesista de reanimación de esa mañana, que a X siempre le había parecido algo más que atractiva, en es-



pecial con el uniforme quirúrgico verde oscuro. Después entró al ataque. Lo había estado pensando toda la mañana, y no podía dejar que los desherrapados del día anterior se pensaran que iban a hacer lo que quisieran con sus gritos y malas maneras.

Fue justo al final.

“Por cierto, y antes de despedirnos me gustaría decirles que lo que ocurrió ayer al informarles de la intervención, como poco, lo calificaría de descorazonador. Después de una eternidad operando; que aparezcan unas personas que no saben ni la enfermedad del paciente ni su estado, y además se permiten dudar del diagnóstico y de la técnica quirúrgica que tuvimos que emplear, con unas maneras ciertamente intimidatorias, hacen que uno piense si realmente merece la pena dedicarse a esto”.

“Verá doctor, es que esa parte de la familia no estaba informada y coincidió que fui a donar sangre porque lo pidieron por la megafonía”. Contestó rápidamente uno de los hijos. “Así que si se sintió ofendido le pedimos disculpas de corazón”, dijeron.

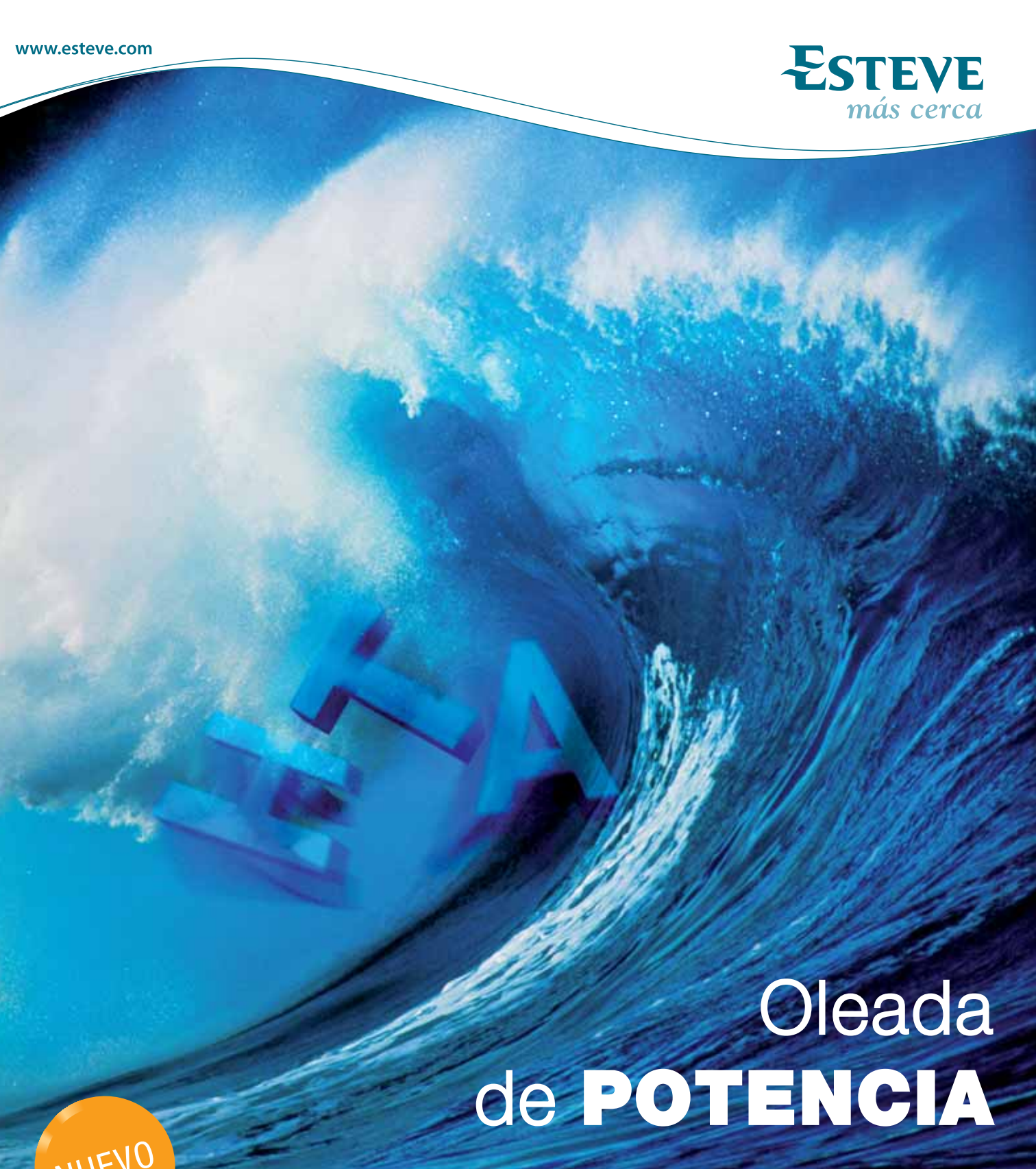
“Y yo se las acepto”, dijo X.

Cuando se iba la familia del despacho de información, uno de los hijos se volvió y les dijo: “Esta es una familia dividida, y eso provoca falta de información entre las diferentes partes, así que les vuelvo a pedir perdón por lo de ayer”.

Muy bien. Muchas gracias. Contestaron la anestesista y X.

“¿Y a qué vienen éstos entonces al hospital, al acto social de la operación o a qué?”, se fue pensando X. En esos momentos, una ligera sonrisa se esbozó en su cara mientras andaba por el pasillo de los quirófanos.

“Y es que, en ciertas ocasiones hay que sacar a relucir la autoridad...”. ■



Oleada  
de **POTENCIA**

NUEVO

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



**DAFIRO**  
amlodipino / valsartan

# Medical Economics

www.medeco.es

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

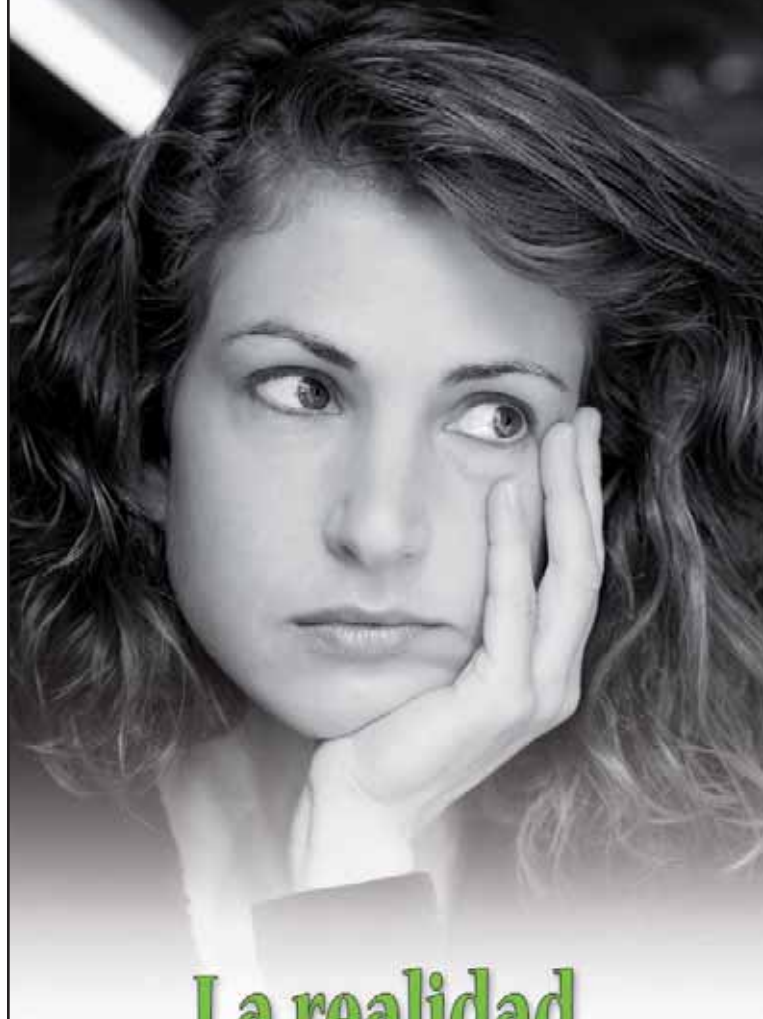


**Suscríbase  
ahora a la revista  
imprescindible  
para el médico  
del siglo XXI**

## S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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



## La realidad de la depresión: clínica y farmacoeconomía

Organización Médica Colegial

Plaza de las Cortes, 11

Madrid, 2 de marzo de 2010

Organiza

**Medical Economics**

Con la colaboración de



Información e inscripción: Rosana Sánchez

Tel.: 91 500 20 77 • info@medeco.es

# Lo mejor de lo publicado

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



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

## ATENCIÓN PRIMARIA

### *Las tasas de vacunación de adultos varían mucho en las zonas urbanas*

*Ann Fam Med.* 2009;7:534-541. [Diciembre, 2009]

Existen grandes variaciones en las tasas de inmunización con la vacuna de polisacáridos neumocócicos (PPV) y con la vacuna de la gripe entre los adultos de las zonas urbanas, y las características de la consulta del médico influyen en la probabilidad de que los pacientes se vacunen, según investigadores de la Universidad de Pittsburgh. La tasa global de vacunación con la PPV era del 60 por ciento, pero variaba de unos médicos a otros entre el 11 y el 98 por ciento, hallaron los investigadores. Las dos variables de los médicos más sólidamente asociadas a la vacunación con la PPV eran el tiempo empleado con los pacientes y el uso de una mejor documentación sobre las vacunas. La tasa de vacunaciones de la gripe era del 51,9 por ciento oscilando entre el 22 y el 96 por ciento. Las dos variables de los médicos más relacionadas con la vacunación de la gripe eran el "uso de prescripciones con renovación automática" y la "media de tiempo empleada por el médico en la consulta."

de 40 ó más años de edad. Hallaron que la prevalencia general de la retinopatía era del 11 por ciento, pero aumentaba drásticamente cuando los niveles de A1C eran del 5,5 por ciento o mayores y la glucemia en ayunas era de 5,8 mmol/L o mayor.

### ■ La obesidad asociada al riesgo de hipertrofia cardíaca

*J Am Coll Cardiol.* 2009;54:1982-1989. [Noviembre, 2009]

Investigadores alemanes han concluido que la obesidad y la hipertensión aumentan el riesgo de presentar hipertrofia de la aurícula izquierda en la población general. En el período basal, los investigadores hallaron que el 9,8 por ciento de los sujetos presentaban hipertrofia de la aurícula izquierda, definida como un volumen auricular de 35,7 ml/m o mayor en los varones y de 33,7 ml/m o mayor en las mujeres. Durante 10 años, la obesidad y la hipertensión predijeron de forma independiente la hipertrofia auricular izquierda. Las personas hipertensas con peso normal tenían un volumen medio ajustado en la aurícula izquierda significativamente menor que el de los sujetos normotensos y obesos. Los adultos hipertensos y obesos presentaban el máximo volumen auricular (30 ml/m), el máximo aumento de volumen de la aurícula izquierda (+6 ml/m) y la máxima incidencia de hipertrofia auricular izquierda (31,6 por ciento).

### ■ En la mujer se diagnostican menos cardiopatías antes de una parada

*J Am Coll Cardiol.* 2009;54:2006-2011. [Diciembre, 2009]

Las mujeres que presentan muerte súbita cardíaca tienen muchas menos probabilidades que los varones de que les diagnostiquen cardiopatías estructurales, según investigadores del Centro Médico Cedars-Sinai de Los Ángeles. Después de ajustar factores tales como la edad y las variables clínicas, los investigadores hallaron que las mujeres tenían menos probabilidades de presentar disfunción grave del ventrículo izquierdo y de tener un diagnóstico previo de enfermedad coronaria como precursores de la muerte súbita. Varones y mujeres tenían una prevalencia parecida de obesidad, hipertrofia ventricular izquierda, dislipidemia, antecedentes de infarto de miocardio y antecedentes de neumopatía obstructiva crónica o asma.

### ■ Los niveles de hemoglobina A1C podrían predecir mejor la retinopatía

*Diabetes Care.* 2009;32:2027-2032. [Noviembre, 2009]

Los niveles de hemoglobina A1C predicen la retinopatía mejor que la glucemia en ayunas, según investigadores de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de EEUU en Atlanta. En un estudio similar realizado en Australia, los investigadores afirman que la reducción rutinaria de la presión arterial y el control intensivo de la glucemia mejoran considerablemente los resultados renales y reducen la mortalidad en los pacientes con diabetes de tipo 2. Los investigadores de los CDC examinaron la asociación entre niveles de hemoglobina A1C y glucemia en ayunas en 1.066 individuos

## ■ La obesidad adolescente ligada al riesgo de esclerosis múltiple en la mujer

Neurology. 2009;73:1543-1550. [Diciembre, 2009]

Las mujeres obesas durante la adolescencia tienen mayor riesgo de esclerosis múltiple (EM) que las adultas, según investigadores de la Facultad Harvard de Salud Pública de Boston. El riesgo de EM de las mujeres obesas (índice de masa corporal de al menos 30 kg/m<sup>2</sup>) a los 18 años de edad era más del doble que el de sus compañeras sin obesidad (riesgo relativo de 2,25). Además, tener un cuerpo de gran tamaño a los 20 años se asociaba a un aumento del riesgo de EM del 96 por ciento. No se distinguieron asociaciones significativas entre el tamaño corporal a los 5 ó 10 años de edad y el riesgo de EM, ni entre la masa corporal adulta y el riesgo de EM, lo que indica que el peso durante la adolescencia es crítico para determinar el riesgo de EM.

## ■ Los ancianos que caminan despacio tienen mayor riesgo de muerte cardiovascular

BMJ. 2009;339:b4460. [Diciembre, 2009]

Los ancianos que caminan despacio tienen más probabilidades de morir de causas cardiovasculares que sus homólogos más rápidos y con independencia de la edad, el sexo, el índice de masa corporal o la cantidad de actividad física que practiquen. Realizaron un estudio en 3.208 mujeres y varones no institucionalizados de 65 ó más años de edad a los que siguieron durante una media de 5,1 años. Durante el seguimiento, 209 participantes murieron, 99 de cáncer y 59 por causas cardiovasculares, falleciendo los 51 restantes por otros motivos, según descubrieron los investigadores. Había un mayor riesgo de mortalidad en el tercio que caminaba más despacio al compararlo con los otros dos tercios que andaban a mayor velocidad, y el riesgo de muerte cardiovascular entre los caminantes lentos aumentaba unas tres veces por encima del de los más rápidos, mientras que el riesgo de mortalidad por cáncer no se incrementaba.

## ■ Es recomendable analizar antes el antígeno específico de la próstata

J Urol. 2009;339:b4460. [Diciembre, 2009]

El empleo óptimo del antígeno específico de la próstata (PSA) para detectar el cáncer de próstata en sus primeras fases, estratificar el riesgo y controlar el resultado del tratamiento es el objeto de las recomendaciones de la *American Urological Association Education and Research Inc.* en Lin-

thicum, Maryland. Esta asociación recomienda ahora analizar el PSA basal a los 40 en lugar de a los 50 años. Uno de los motivos de este cambio es que el PSA es más específico del cáncer en los varones más jóvenes, donde es menos probable que la hipertrofia prostática actúe como elemento de confusión. La asociación también desaconseja basar la decisión de biopsiar en un único valor umbral de PSA. Tal decisión debería basarse en el tacto rectal, la edad del paciente, los antecedentes familiares, la etnia, el PSA libre y total, y la velocidad y densidad del PSA.

## ■ Las colonoscopias matutinas encuentran más pólipos

Clin Gastroenterol Hepatol. 2009;7:1217-1223. [Diciembre, 2009]

La cifra de pólipos detectados en una colonoscopia decrece al avanzar el día, lo que indica que quienes realizan endoscopias podrían estar más hábiles al empezar el día, según investigadores de la Facultad de Medicina David Geffen de la Universidad de California en Los Ángeles. El recuento de pólipos era un 27 por ciento mayor en los pacientes sometidos a colonoscopia en las primeras horas que en los sometidos a la intervención después, disminuyendo el número de pólipos hiperplásicos y adenomatosos con el paso de cada hora. Al someter los datos a un análisis multivariado, los casos intervenidos a primera hora de la mañana mostraban un 20 por ciento más de pólipos por paciente que los explorados el resto del día.

## ■ La fuerza muscular podría reducir el riesgo de la enfermedad de Alzheimer

Arch Neurol. 2009;66:1339-1344. [Diciembre, 2009]

Las personas mayores con más fuerza muscular podrían tener menos riesgo de llegar a presentar deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer, según investigadores del *Rush Alzheimer's Disease Center* de Chicago. Se midió en los participantes la fuerza de numerosos grupos musculares. Los sujetos tenían una media de edad de 80,3 años y los siguieron durante una media de 3,6 años. Los investigadores hallaron que cada unidad adicional de fuerza muscular basal se asociaba a un riesgo de enfermedad de Alzheimer un 43 por ciento menor. Los que tenían una fuerza situada en el percentil 90 poseían un riesgo menor que el de los del percentil 10 en alrededor de un 61 por ciento. Además, la mayor fuerza muscular se asoció a un menor riesgo de deterioro cognitivo leve, siendo el riesgo de los situados en el percentil 90 un 48 por ciento menor.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





# Líderes en la prevención



difteria, tétanos, meningitis, rabia, sarampión, **cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano**

rubéola, **gripe**, tosterina, meningitis, sarampión, rabia, hepatitis-B, tétanos,

**cáncer de cuello de útero por virus del papiloma humano**

herpes zóster, sarampión, meningitis,

tétanos, fiebre tifoidea, poliomielitis,

**gastroenteritis pediátrica por rotavirus**, neumonía neumocócica,

difteria, rubéola, **varicela**, sarampión

difteria, tétanos, sarampión, meningitis, rubéola,

gripe, poliomielitis, rabia, hepatitis-B, varicela



**sanofi pasteur MSD**  
vacunas para la vida

# Cultura

## LIBROS

### Ética y Genética

**L**a *Medicina Genética del siglo XXI*, obra decimoquinta de la Colección Bioética y Derecho Sanitario editada por la Fundación Salud 2000, hace una revisión sistemática de la realidad de esta especialidad médica. Además, el libro analiza la situación y expectativas de la farmacogenética y la farmacogenómica, y su importancia en el diagnóstico de enfermedades como el cáncer. Paralelamente, la obra aborda la perspectiva bioética y jurídica de la medicina genética clínica y pone el énfasis en la responsabilidad como clave ética en el desarrollo de la misma. “Es una monografía indispensable para todos aquellos que quieran tener una dimensión amplia de la situación actual de la medicina genética clínica y saber hacia donde se dirige”, comenta el doctor Fernando Abellán, coordinador de la monografía junto con el doctor Sánchez Caro. “Había una necesidad de hacer un enfoque multidisciplinar de esta especialidad médica y llevarla a cabo de manera sistematizada”.



**Título:** *La Medicina Genética del siglo XXI*.  
**Distribuye:** Fundación Salud 2000  
xx páginas

## EXPOSICIONES

### Un recorrido por el impresionismo El retrato romano

**L**a Fundación Mapfre va a recibir una muestra inédita y muy completa de los fondos impresionistas del Musée d'Orsay de París. La exposición se titula *Impresionismo, un nuevo renacimiento* y viajará después a Estados Unidos, donde también adoran esta pintura. La exposición comienza y se cierra con Eduard Manet, pues representa a la perfección el espíritu de la



década de los 70 de 1800, el período que cubre la muestra. También están presentes otros talentosos de la época como Monet, Degas, Gauguin o Cézanne.

**E**l retrato fue un elemento esencial de la cultura romana, siendo en primer lugar la imagen del poder, de aquellos que rigieron los destinos del Imperio, pero igualmente mostró la dimensión humana de sus habitantes, del ciudadano. Su uso se extendió por todas las provincias del Imperio y representó a todas las clases sociales, desde el patricio al liberto, desde el senador al magistrado de una pequeña ciudad provincial. Hasta el 30 de mayo en el segoviano Torreón de Lozoya (Plaza de San Martín, 5) se puede visitar una muestra que reúne más de una treintena de retratos de época romana, todos ellos procedentes del Museo Arqueológico Nacional.



## MÚSICA

### Serrat regresa con un homenaje a Miguel Hernández

**E**l cantautor Joan Manuel Serrat vuelve al panorama musical con *Hijo de la luz y de la sombra*, “un puñado de canciones” sobre Miguel Hernández, a cuya poesía “clara y sólida” vuelve 38 años después de haberle dedicado su primer trabajo. Serrat quiere celebrar el centenario del nacimiento del poeta de Orihuela con este disco, que a las trece canciones que contiene suma un documental en DVD de 30 minutos de duración.

Se trata, según explica el propio músico catalán en su web, de “una prolongación del disco que apareció en 1972 –titulado *Miguel Hernández*– y también un complemento”. La música es de Serrat y los arreglos, de Joan Albert Amargós. Para presentar *Hijo de la luz y de la sombra*, Joan Manuel Serrat comenzará el próximo 28 de marzo en Elche una gira de conciertos que finalizará en Orihuela en el mes de octubre.



# Internet

## El comercio supera la crisis con eBay

**E**n el centro mismo de la tormenta económica –30 de noviembre de 2009–, EEUU ha batido el récord de compras por Internet, con un 5 por ciento de incremento respecto al 9 de diciembre de 2008, según confirma la consultora comScore. Claro que el aumento se explica, no tanto por el volumen de gasto medio por comprador, que se redujo un 1,5 por ciento, sino por el fuerte crecimiento del número de compradores.

Por supuesto, estas cifras quedan a gran distancia de las que se estilaban en la



El pequeño comercio ha encontrado en eBay la tabla de salvación de su negocio.

UE, y no digamos en España, pero hay que reconocer que el comercio electrónico es un sector que está superando las previsiones y ha servido en muchos casos para minimizar el desplome de las ventas de los comercios a puerta de calle.

Para pequeños y algunos medianos comerciantes españoles, eBay está siendo una tabla de salvación, al poder ofrecer sus productos a una clientela que supera los 80 millones de consumidores a nivel mundial.

Aunque todo lo que se oferta en los escaparates de nuestras calles en estas fechas está muy rebajado, pasadas las ofertas especiales volverá a estar vigente el precio de temporada, por lo que eBay será de nuevo imbatible, al mantener los precios a lo largo del año hasta un 56 por ciento más baratos.

Cualquier empresario puede tener su espacio, su propio portal, dentro de eBay pagando un canon muy económico por cada anuncio y abonando un porcentaje sobre el precio de los productos vendidos que se acerca al 10 por ciento del total por cada venta realizada.

Las marcas españolas que residen en eBay son muy variadas, van desde juguetes a escala a artículos de lujo y deportivos, o alimentos *made in Spain*. ■

Sección patrocinada por



### Carrera a los Óscar 2010

Vivimos los días previos a la 82ª edición de los premios por excelencia en el mundo cinematográfico. La renovada *web* oficial de la Academia, nos permite navegar por toda la historia del cine y sus protagonistas.

<http://www.oscars.org/>



### Coleccionistas de euros

Los amantes de la numismática tienen en esta página del Banco Central Europeo una referencia obligada para conocer todas las monedas acuñadas, incluso las exclusivas de conmemoración de actos singulares de la UE.

<http://www.ecb.int/euro/coins/html/index.es.html>



## CIBERCONSEJOS

### Obama conecta con el pueblo

**U**nas 55.000 personas enviaron sus preguntas al portal YouTube, a través de vídeos, con un total de 11.695 preguntas presentadas, sobre las que votaron 643.507 usuarios del portal. La entrevista duró unos 40 minutos y tuvo lugar el día 1 de febrero. Se realizaron preguntas sobre política exterior, economía, terrorismo, energía, educación o creación de empleo. Obama se mostró encantado con la experiencia y prometió repetirla.

### Más velocidad de bajada sin incremento de tarifa

**T**elefónica aumentará de forma gratuita la velocidad de subida a todos sus clientes de ADSL de las modalidades de 6 y 10 megas hasta los 640 kbps y los 800 kbps, respectivamente. Telefónica completará el proceso en el segundo semestre de 2010. Desde 2004 hasta 2008, la velocidad estándar contratada se ha multiplicado por 24 sin que el precio de referencia se haya visto modificado.

# 20 CONGRESO NACIONAL

ASOCIACIÓN DE ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD

## El Administrativo de la salud, clave fundamental en la gestión sanitaria

CUENCA · 18, 19, 20 y 21 de MAYO de 2010



Declarado de interés sanitario  
por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Declarado de interés científico-sanitario  
por la Consejería de Salud y Bienestar Social  
de Castilla-La Mancha.

Sede: **Teatro Auditorio de Cuenca.**

Secretaría Técnica:

Tel. 618 347 845 - Fax 969 234 877

e-mail: [congreso@administrativosdelasalud.com](mailto:congreso@administrativosdelasalud.com)

[www.administrativosdelasalud.com](http://www.administrativosdelasalud.com)



# Golf



Instalaciones federadas

## Los campos de golf suman 416

Los campos de golf federados en España ascendían a 416 en enero pasado, un 18 por ciento más que en 2009.

En las 416 instalaciones de golf que había en España en enero pasado están comprendidos los clubes con 60 hoyos (La Cala, en Málaga, el mayor complejo golfístico de España, con 3 recorridos de 18 hoyos y 6 hoyos pares 3), 54 hoyos (los tres recorridos de 18 hoyos de La Manga), 36 hoyos (dos recorridos de 18), 27 hoyos (uno de 18 y uno de 9), 18 hoyos y 9 hoyos, así como pares 3 y *pitch & putt*. Además, están los 19 campos rústicos registrados en la base de datos, 37 canchas de prácticas y 119 clubes sin campo, asociaciones que, como su nombre indica, promueven este deporte pero carecen de campo de golf. Todo ello hace un total de 572 clubes de golf federados en España a principio del presente año.

Del total de 416 campos de golf, 38 de ellos –además de cinco canchas de prácticas– tienen carácter público y popular, lo que representa un 9,1 por ciento del total, un porcentaje ya significativo si se tiene en cuenta que hace quince años los campos de golf

de titularidad y gestión pública eran sólo tres.

En este tipo de campos se encuentran federadas 39.879 personas, que suponen el 11,8 por ciento del total de licencias en España, cifrada en 338.588 a primeros del año 2010, cimentando con ello el espectacular aumento de popularidad experimentado por el golf en los últimos años. Por comunidades autónomas, Andalucía, con 102, es la que concentra un mayor número de campos de golf, seguida de Cataluña con 46, excluyendo de estos datos los campos de tipo rústico, uno en ambos casos.

Destacar que a lo largo de 2009 se han federado siete campos de golf de 18 hoyos: Playa Macenas, en Mojácar (Almería); Mantuliz Derio (Bilbao); La Monacilla, en Aljaraque (Huelva); Condado de Alhama, en Alhama (Murcia); La Torre Golf, en Torre Pacheco (Murcia); Font del Llop (Alicante) y Arenal Golf, en Benalmádena (Málaga). Además se federaron tres



En Andalucía se concentra el mayor número de campos de España.

campos de 9 hoyos; un *pitch & putt* de 18 hoyos, tres pares 3/*pitch & putt* de 9 hoyos, cuatro canchas y nueve clubes sin campo. Asimismo, La Sella Golf amplió sus 18 hoyos iniciales con 9 nuevos hoyos.

En el apartado de instalaciones públicas hay que destacar los 9 hoyos del *pitch & putt* municipal de Torre de Hércules, en La Coruña, que completan poco a poco la cada vez más extensa red de instalaciones de carácter público en España. ■

## Torneos profesionales de golf que se celebrarán en Andalucía en 2010

Gonzaga Escauriaza, presidente de la Real Federación Española de Golf, presentó los tres torneos del Circuito Europeo Profesional que se celebrarán a lo largo de 2010 en Andalucía: Open de España, Open de Andalucía y Andalucía Masters de Golf. Destacó que "Andalucía es una comunidad pionera en el mundo del golf, ya que fue la primera que le dio importancia al turismo de golf en toda Europa". El presidente de la RFEG resaltó, por su parte, que Andalucía acogerá este año tres pruebas del Circuito Europeo, con mención especial para el Open de España, que vuelve a Sevilla, en el Real Club de Golf de Sevilla entre el 29 de abril y el 2 de mayo, dando así continuidad al periplo del mejor golf continental por nuestro país que comenzará con la disputa del Open de Andalucía, en el Parador del Málaga del 25 al 28 de marzo. El campo gaditano de Valderrama también acogerá un torneo del Circuito Europeo: el Andalucía Masters, que se desarrollará del 28 al 31 de octubre.

**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](http://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](mailto:lpanizo@drugfarmacongresos.com)



**DKV**

## DKV también cuida de mí

Los proveedores sanitarios de DKV Seguros destacan el compromiso adquirido con ellos y la satisfacción de trabajar con la compañía líder en seguros de salud.

Por eso ya son 36.884 profesionales médicos y 295 centros sanitarios los que confían en DKV.

GRACIAS A TODOS

902 499 350  
[www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com)

*¡Vive la Salud!*