

Medical Economics®

www.medecoes.com

Nº 129

16 de abril de 2010

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Agencia Tributaria
Teléfono: 901 33 55 33
www.agencia tributaria.es

Impuesto sobre la Renta

Declaración

Declarante y cónyuge, en caso de matrimonio no

Identificación del primer declarante. Si no dispone de número de identificación

(00) Primer apellido (04) Nombre

Siempre que haya la cesación de un negocio o profesión y ha de aplicar dicho cambio presentando la respectiva declaración correspondiente prevista en la Orden D.M.1174/2007, de 26 de abril.

primer declarante

(10) Sexo

(18) Número de casa

(20) Calle

(22) Población

(24) Provincia

(26) País

(28) Municipio

(30) Código postal

(32) Teléfono

(34) Fax

(36) E-mail

(38) Domicilio

(40) Dirección

(42) Ciudad

(44) País

(46) Municipio

(48) Código postal

(50) Teléfono

(52) Fax

(54) E-mail

(56) Domicilio

(58) Dirección

(60) Ciudad

(62) País

(64) Municipio

(66) Código postal

(68) Teléfono

(70) Fax

(72) E-mail

(74) Domicilio

(76) Dirección

(78) Ciudad

(80) País

(82) Municipio

(84) Código postal

(86) Teléfono

(88) Fax

(90) E-mail

(92) Domicilio

(94) Dirección

(96) Ciudad

(98) País

(100) Municipio

(102) Código postal

(104) Teléfono

(106) Fax

(108) E-mail

(110) Domicilio

(112) Dirección

(114) Ciudad

(116) País

(118) Municipio

(120) Código postal

(122) Teléfono

(124) Fax

(126) E-mail

Impuestos 2010

Pág. 30

ADEMÁS

JORNADA
MEDICAL ECONOMICS

La realidad de la
nutrición en el anciano

(págs. 10-13)

S.P.A.

CONSEJO REGULADOR DE ECONOMÍA DE ENFERMEROS ASOCIADOS S.L.

Ahora decide usted...



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

Ahora, además, premiamos su fidelidad

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

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

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

30 EN PORTADA

2010 guía de impuestos

Este año 2010 la crisis económica es la principal responsable de la mayor parte de las modificaciones fiscales en los impuestos de la Renta, de Sociedades, el IVA o el de Bienes Inmuebles. Este reportaje recoge una serie de consejos y datos que resultarán de utilidad a nuestros lectores como guía para optimizar sus recursos en la nueva campaña de impuestos.



JORNADAS CIENTÍFICAS

10 Nutrición en el anciano

El consejero de Salud de Castilla La Mancha, Fernando Lamata, inauguró en Toledo una sesión científica que sirvió para contribuir a la necesaria reflexión multidisciplinar sobre un problema sociosanitario, la nutrición del anciano, considerando aspectos clave en una triple vertiente, clínica, social y económica.

16 Biobancos e investigación biomédica

La Ley de Investigación Biomédica y el Real Decreto que desarrollará la normativa sobre biobancos ofrecen las garantías jurídicas para el correcto equilibrio entre los derechos del sujeto fuente y el fomento de la investigación. Destacados expertos analizaron en Madrid aspectos clave de la citada normativa, así como los beneficios terapéuticos derivados de la misma.

PRÁCTICA PROFESIONAL

36 10 pasos para lograr una consulta mejor

Muchos médicos coinciden en que lo único que podría mejorar sus consultas, y así también sus vidas, es cualquier medida que les libre del sentimiento, constante y persistente de ir retrasado. Aquí se presentan 10 consejos práctico para conseguirlo.

10 | JORNADA | 16 de abril de 2010 | Medical Economics

Castilla-La Mancha mantiene programas específicos sobre envejecimiento activo

La adecuada nutrición en el anciano, una prioridad en el ámbito sociosanitario

El consejero de Salud y Bienestar Social del Gobierno de Castilla-La Mancha, Fernando Lamata, inauguró en Toledo una jornada sobre la nutrición en el anciano, sesión organizada por Medical Economics y el Consejo de Salud y Bienestar Social, con la colaboración de la Junta. El evento contribuyó a la necesaria reflexión multidisciplinar sobre este problema sociosanitario, en su vertiente clínica y económica.

La sesión se celebró en el Hotel de Reyes de Toledo, con una asistencia de aproximadamente 100 personas, entre ellas representantes de diferentes departamentos de la Junta de Castilla-La Mancha, así como de la comunidad científica y profesional. El evento estuvo organizado por el Consejo de Salud y Bienestar Social del Gobierno de Castilla-La Mancha, con la colaboración de Medical Economics y el Consejo de Salud y Bienestar Social de la Junta de Castilla-La Mancha. El evento contribuyó a la necesaria reflexión multidisciplinar sobre este problema sociosanitario, en su vertiente clínica y económica.

El consejero general de Navarra, Santiago Barba, destacó en su intervención la necesidad de abordar el problema de la nutrición en el anciano desde una perspectiva multidisciplinar que involucre a todos los actores implicados. En este sentido, el consejero general de Navarra destacó la importancia de la nutrición en el anciano, considerando aspectos clave en una triple vertiente, clínica, social y económica. En este sentido, el consejero general de Navarra destacó la importancia de la nutrición en el anciano, considerando aspectos clave en una triple vertiente, clínica, social y económica.

10

36 | PRÁCTICA PROFESIONAL | 16 de abril de 2010 | Medical Economics

10 Pasos para lograr una consulta mejor

CENTRARSE EN LAS COSAS SIMPLES QUE PUEDEN MEJORAR LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES Y SU EFICACIA. Por Leigh Piper

Siempre que se habla de mejorar la atención al paciente, se suele pensar en cosas complejas y costosas. Pero a veces, lo más importante es centrarse en las cosas simples que pueden mejorar la asistencia a los pacientes y su eficacia.

10

36

VI CONVOCATORIA

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN A LOS MEJORES TRABAJOS DE MEDICINA TRASLACIONAL

La FUNDACIÓN HOSPITAL de MADRID convoca dos premios al mejor trabajo de investigación, con el deseo de reconocer la labor científica desarrollada en los distintos ámbitos de la Medicina Traslacional.

Las áreas preferentes son: Cardiovascular, Neurociencias y Oncología.

Plazo de Inscripción: Hasta el 15 de mayo de 2010

Dotación económica: 6.000 € por premio



H O S P I T A L
M A D R I D
F U N D A C I O N



BECAS

PARA ESTANCIAS EN EL CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL (CIOCC)

La FUNDACIÓN HOSPITAL de MADRID, consciente de la necesidad de que el tratamiento del cáncer sea multidisciplinar y personalizado, aprovechando la tecnología y los avances científicos más recientes, así como de la necesidad de desarrollar trabajos de investigación translacional, convoca una beca para realizar una estancia clínica en el CIOCC.

Plazo de Inscripción: Hasta el 15 de mayo de 2010

Dotación económica: 6.000 €

Bases de las convocatorias en:

www.fundacionhm.com

email: secretaria@fundacionhm.com

Tel. 91 267 50 04

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaria de redacción

Almudena Caballero Dfáz
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodiguez@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 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 18 **Economía de la Salud en el Área de la Incontinencia**
Las consecuencias del sistema económico
- 22 **Gestión de Calidad. Enfermería**
Unidad de recursos materiales
- 24 **Tribunales**
Agresiones a médicos
- 28 **Capital Riesgo**
¿Contar un proyecto o una historia?
- 44 **Inversiones**
Dividendos atractivos con tipos bajos

Y ADEMÁS...

- 8 **De cerca**
Teodoro Sacristán
- 20 **Sanidad autonómica**
Consejería de Salud de La Rioja
- 46 **Las tres de últimas**



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que hoy día la sociedad respeta al profesional médico?

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

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

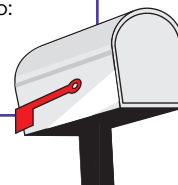


ENCUESTA EXCLUSIVA

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



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

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

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

© Copyright 2010 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2010 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

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

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

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

Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano

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

Carlos Belmonte Martínez

Director de Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada

Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Guillermo Castillo Acero

Director de Acceso a la Salud y Comunicación de Grunenthal
Director Fundación Grunenthal

Enrique Catalán López

Consejero Delegado de Xanit H.C.M

Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García

Presidente. Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

José Fernández-Vigo López

Director Médico
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

Antoni M. Fuster Miró

Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

José Ángel García Rodríguez

Presidente. Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Abraham Herrera

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

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuin

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales
Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria
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

Trina la Primaria

La Atención Primaria en España es una y trina. Lo primero es fácil de entender: es una, como lo es la Atención Especializada, y eso es así aquí y en cualquier otro país que disponga de una mínima estructura asistencial. Lo segundo es privativo del nuestro en su acepción sustantiva y comúnmente asumido como verbo, siendo muy probable una relación causal entre ambas.

Trina la Primaria, y no le faltan razones no por conocidas menos importantes. En los foros de debate se habla de presión asistencial incompatible con la excelencia en la atención al paciente; retribución insuficiente de los profesionales, sin duda muy inferior a la de los colegas que ejercen la medicina en Francia, Inglaterra, Alemania, Italia e incluso Portugal, por poner ejemplos cercanos y deseables; escasez de equipos para el diagnóstico; trabas a la disponibilidad de tiempo para la actualización de conocimientos dentro de la jornada de trabajo; carencia de incentivos a la productividad; médicos extranjeros sin homologar o las dudas sobre la recertificación, ya sea voluntaria u obligatoria.

Y la Primaria es trina porque así lo han querido sus dirigentes, que en el tiempo han encontrado diferencias irreconciliables y suficientes para permitir la permanencia hasta hoy día de la trinidad constituida por Semfyc, Semergen y Seng.

La primera y de más reciente creación es también la más numerosa, con cerca de 20.000 afiliados, y la más descentralizada lo que no siempre ha facilitado el consenso. Las otras dos, con una cifra de socios en torno a los 5.000, han ido evolucionando en búsqueda de una difícil justificación de la diferencia al extremo de que sus respectivos acrónimos no guardan parecido con el desarrollo de estos.

No parece que esta realidad sea compatible con la vida. Se observan signos, se clarean las ideas, se adivina la necesidad del cambio.

Algunos signos han sido mostrados por la Organización Médica Colegial, muchos de cuyos presidentes provinciales y el de la institución que les agrupa proceden de la Primaria. Recientemente se creó la Casa de la Atención Primaria, luego derivada en Foro de la Atención Primaria que ha tenido la virtud de acoger a representantes de las tres formaciones, la CESM y los colegios con el objetivo primero de unir a las admi-

nistraciones a incrementar el porcentaje del presupuesto sanitario que las regiones dedican al primer nivel asistencial.

Se clarean las ideas de algún dirigente que, sin ningún rubor, se proclama líder del trío con el supuesto poder que le ha sido reconocido por aduladores fácilmente reconocibles empeñados en torcer la terca e inapelable realidad de los números.

Se adivina la necesidad del cambio por razones tan elementales como la fuerza que se deriva de la unión - un interlocutor único en la defensa de las legítimas aspiraciones -, y sugerido desde fuera tanto por sus homólogos de otros países como por la WONCA, la organización mundial que les agrupa, quien a petición interesada, rechazó su entrada en noviembre pasado, manteniendo a Semfyc como la única sociedad española de su organización.

Dentro, y por primera vez en muchos años, se encuentran las claves que harán previsible una ineludible unión y que no son otras que las fuentes de financiación las cuales, como en la mayoría de los países, están fundamentalmente en manos de la industria, y es que son conocidas las tribulaciones de las Compañías en un contexto en el que el gasto en farmacia ha puesto de acuerdo a las consejerías que, sin distinción de ideologías, comparten déficits presupuestarios insostenibles. Es pues lógico que con estas premisas se hayan acabado las alegrías que permitieron otrora la celebración, cada año, de tres grandes congresos nacionales y multitud de los autonómicos de las respectivas sociedades hecho, por otra parte, que de estar justificado, situaría a nuestros profesionales con el mayor nivel de actualización de conocimientos del mundo.

La ocasión para favorecer el cambio es única cuando se acaba de producir el relevo en la presidencia de Semfyc, la sociedad de Primaria mayoritaria que recibió el encargo de la WONCA para organizar en octubre de este año la 16th WONCA Europe Conference en Málaga, marco más que apropiado para inaugurar una nueva etapa que desvele el misterio de la actual trinidad. O no. ■



Manuel García Abad
mga@drugfarma.com

Manuel García Abad

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

223.260

millones de euros sumaron las aportaciones de los españoles en 2009 a productos de ahorro y previsión.

59

por ciento de esa cantidad se invirtió en seguros de ahorro.

40

por ciento fue a parar a planes de pensiones.

170.356

millones de euros sumaron las aportaciones a los fondos de inversión en el mismo año.

40

por ciento del PIB representan el total del ahorro-previsión y el total de los fondos de inversión.

Fuente: Banco de España.

COLEGIOS PROFESIONALES

La OMC ofrecerá ayudas en el campo de la dependencia y conciliación de vida familiar y laboral

La Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, de la Organización Médica Colegial, ha puesto en marcha nuevas prestaciones dirigidas a médicos colegiados y sus cónyuges, así como a sus padres con dependencia, ayudas que se suman a las prestaciones educacionales y las asistenciales para médicos jubilados o incapacitados y familiares.

Por otro lado, el pasado 16 de marzo se ratificaron las candidaturas para las elecciones a los cargos de representantes nacionales de distintas secciones del Consejo General de Colegios Oficiales de la Profesión Médica, nueva denominación del CGCOM. El próximo 24 de abril se elegirán los representantes de Médicos de Administraciones Públicas, Médicos de Hospitales, Atención Primaria Urbana, Atención Primaria Rural, Medicina Privada por Cuenta Propia, Médicos en Formación y/o Postgrado, y Médicos Jubilados.



SEGUROS

AMA crece un 2% en mutualistas

Los mutualistas de Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) crecieron un 2,1% el año pasado, según los datos publicados en la última asamblea de la compañía, superando los 520.000 y cerca de medio millón de pólizas.

Los mutualistas licenciados sanitarios crecieron un 1,3% y suponen el 44,4% del total, mientras que entre los diplomados sanitarios se registró un aumento del 10,2%. Por otra parte, los presidentes de los colegios de médicos de Tenerife, Rodrigo Martín Hernández; de Melilla, Jesús Delgado Aboy; de A Coruña, Luciano Vidán Martínez, y de La Rioja, Inmaculada Martínez Torre, han realizado recientemente una visita institucional a la entidad.



LEGISLACIÓN

Todos los partidos andaluces apoyan la Ley de Muerte Digna

Por unanimidad, el Parlamento de Andalucía aprobó el pasado 17 de marzo la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, conocida como Ley de Muerte Digna. Dicha norma, primera de estas características que se aprueba en España, ordena los derechos de los pacientes terminales y las obligaciones de los profesionales sanitarios que les atienden. Entre otros aspectos, establece el derecho a las sedaciones paliativas y obliga a los médicos a retirar o no insustaurar medidas de soporte vital que "sólo contribuyan a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de expectativas razonables de mejoría"



BIOTECNOLOGÍA

Zeltia presenta en EEUU su éxito en I+D biotecnológico

José María Fernández-Sousa, presidente del Grupo Zeltia, participó en el Foro Europa-Estados Unidos: "Mirando al futuro", organizado por el Centro Rey Juan Carlos I de España, de la Universidad de Nueva York, y la Fundación Euroamérica. El evento, que reunió a empresas innovadoras en biotecnología, energía, nuevas tecnologías y sector financiero, contó con representantes de la comunidad científica y el apoyo de la Asociación Española de Bioempresas (ASEBIO) y PharmaMar, entre otros, así como la participación de ponentes de reconocido prestigio como el ex-presidente Felipe González; el presidente de la Fundación Euroamérica, Carlos Solchaga o Valentín Fuster, del Hospital Mount Sinaí, de Nueva York.



INVERSIONES

Los nuevos depósitos frenan el despegue de los fondos de inversión

Necesitadas de liquidez, las entidades financieras se han lanzado este año a sacar nuevos depósitos al mercado, lo que está repercutiendo negativamente en los fondos de inversión, cuyos reembolsos, en enero y febrero de 2010, continúan superando a las suscripciones. Es decir, hay más dinero que sale del que entra. Así, a finales de febrero pasado el número de partícipes de los fondos españoles, según Inverco, ascendía a 5.661.700, y el patrimonio neto registraba 159.951 millones de euros, cifra esta última inferior en un 1,6% a la contabilizada en diciembre de 2009.

BOLSA

Pago de dividendos en mayo

Los expertos prevén que este año la retribución a los accionistas de las compañías del Íbex 35 suba un 6% y un 11% en 2011. A la espera de que estas previsiones se cumplan, varias empresas abonarán dividendos el próximo mes de mayo, entre las que se encuentran Banco de Santander (0,221 euros abonará el día 1), Banesto (el 3 de mayo añadirá 0.135 euros a los 0,325 pagados a cuenta), Inditex (dará 0,60 euros también el 3 de mayo y otro tanto el 2 de noviembre), y Telefónica, que retribuirá a sus accionistas con un euro por título, cantidad que hay que sumar a los 0,50 euros que distribuyó en noviembre pasado.



INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Medidas para la contención del gasto farmacéutico

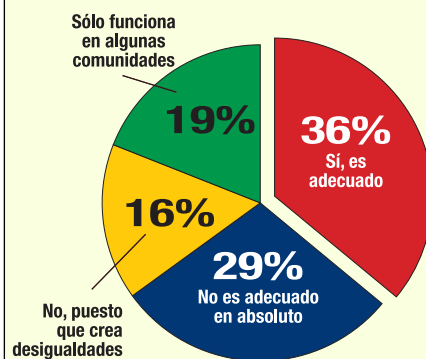
El Consejo de Ministros aprobó el pasado 26 de marzo el Real-Decreto ley que incluye medidas de contención el gasto farmacéutico acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Farmaindustria ha considerado estas medidas coherentes y confía en que, aun siendo elevado el impacto en el sector, el esfuerzo sirva para conseguir un ahorro efectivo y contribuir a la sostenibilidad del SNS.

NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

¿Es adecuado el modelo español de protección a la dependencia?



Una amplia mayoría de lectores (**36%**) cree que el modelo sí es adecuado de acuerdo con las características de España. Frente a ellos, un **29** por ciento es absolutamente contrario al modelo actual, mientras que un **16** por ciento se decanta por calificarlo como creador de desigualdades. El **19%** piensa que se ha conseguido un buen desarrollo de la protección a la dependencia sólo en algunas comunidades autónomas.

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

Teodoro Sacristán Alonso, ex tesorero de la OMC

“Cuando me casé asenté la cabeza”

Cordial, entrañable, solidario, desprendido... Teodoro Sacristán (Santa Olalla, Toledo, 1921), derrocha vitalidad mental con tanta sencillez como sinceridad. Y destapa su bohemia juvenil, su estancia en México junto a los exiliados españoles, sus 16 años como presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y tres décadas como tesorero de la OMC, pasiones y traiciones..., en un pequeño despacho del madrileño barrio de Salamanca, donde aún pasa consulta, en el que conviven un óleo de la escuela flamenca del siglo XVII y dibujos a lápiz que llevan su firma: “Soy un pintor autodidacta”.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: A sus 89 años sigue con una vitalidad envidiable, y pasa consulta. ¿Cómo lo hace?

RESPUESTA: Esa es la sorpresa mía, cómo lo consigo. Porque con la edad que tengo y que venga la gente a verme, es algo que me deja un poco sorprendido. Será por mi carácter..., no sé. Es el trabajo el que me mantiene bien, el que me mantiene vivo, porque cuidarme no me cuida mucho, la verdad.

P. ¿Le gustaría llegar a centenario?

R. ¿Y a quién no? Pero me gustaría llegar en buenas condiciones; si no, prefiero no llegar. Aunque las piernas me flojeen un poquito, pero si la cabeza me funciona bien, a centenario y lo que venga después. Como Francisco Ayala.

P. Una vez, el profesor Hipólito Durán dijo que usted era “el caballero andante de la Medicina española...”

R. Dijo eso de mí hace unos nueve años, quizá porque yo he sido muy desprendido en todo: ayuda a los semejantes (mis viajes a Nicaragua a trabajar para una fundación que la SEMG tiene allí, un sanatorio), ayuda a los médicos (30 años de tesorero del Patronato de Huérfanos y de la OMC)... Siempre he estado colaborando con todo el mundo de una manera desinteresada.

P. ¿Y cómo es la relación entre Sacristanes?

R. Don Hipólito es Sacristán de segundo apellido y yo de primero, pero no existe un entronque familiar, somos sacristanes de distintas parroquias. Don Hipólito y yo tenemos una excelente relación, hemos formado parte de muchos tribunales juntos y él, estando de catedrático en Valladolid, fue uno de los miembros que juzgaron mi tesis, y me dieron sobresaliente *cum laude*, algo muy natural porque se lo daban a todo el mundo.

P. En su dilatada y fructífera vida habrá lidiado con situaciones y personajes de todo tipo. ¿Qué faenas o hechos le han dejado mayor impronta?

R. Entre las cosas positivas, no puedo dejar de recordar a mis antecesores en el hospital Gregorio Marañón, durante 40 años, desde 1943-1944. Más que nada porque, sin yo tener ningún antecedente médico, me aceptaron casi en plan de hijo. Adolfo Hinojar, por ejemplo, fue para mí como un padre; y otros, como Martín Calderín y Muñoz Calero. De ellos aprendí lo que tiene más valor que nada, que es la humanidad en la Medicina. Y luego estaba el grupo de los políticos, como yo les llamo (Calderín era uno de ellos; otro, Aznar Gerner, el jefe del Laboratorio). El grupo me defendió mucho en momentos muy duros, cuando tuve enfrentamientos con los jefes.

P. Y en 1949 decidió irse a Estados Unidos a trabajar, pero se quedó en México. ¿Por qué?

R. Ese es otro hecho positivo. Tenía una inquietud en mi pensamiento, en la forma de ver la vida, y una beca concedida para irme a Estados Unidos, y en 1949, por cuestiones económicas, me llevó una señora mayor como acompañante, que era la suegra de Joaquín d’Harcourt y, al llegar a México DF, me dijo que por qué no me quedaba allí. Y en México DF, donde estuve trabajando cuatro años, conocí otra faceta de la vida: la de los médicos exiliados políticos, con los cuales convivía y trabajaba. Y conocí a Fumagallo [Luis, que fue jefe de Servicio en el Hospital de la Princesa], que era catedrático otorrino en Monterrey y del que yo fui ayudante; a d’Harcourt, que fue el último jefe de Sanidad del Ejército Republicano [el cargo concreto era teniente coronel médico jefe de los servicios quirúrgicos], con quien también trabajé. Y también conocí a Juan Negrín y al general Miaja, entre otros muchos.

P. ¿Y cómo afrontó su regreso a España, en 1953?

R. Cuando volví a Madrid, no pensaba quedarme en España, pues yo ya me había establecido económicamente en México. Tenía una buena situación. Pero comprobé que en el Gregorio Marañón seguía manteniendo la plaza que había ganado por oposición y que Hi-

nojar se había jubilado. Y entre Calderín y la mujer que conocí y con la que me casé, me convencieron para quedarme aquí. Y seguí la carrera hospitalaria.

P. Me ha hablado de los aspectos positivos. ¿Qué hay de los negativos?

R. El aspecto negativo es la sorpresa que te llevas muchas veces con la gente. Sorpresas con la gente con la que has convivido, a la que has ayudado..., y luego, si pueden hacerte una pu..., bueno, hacerte una barrabasada, pues te la hacen. No te voy a dar ningún nombre, pero están incluidos dentro de los primeros que he mencionado. Y dentro de la OMC también he tenido problemas, y esa es una parte muy negativa. Uno de los presidentes, Juan Fornés, me denunció, y le gané en los tribunales. Fue uno de los momentos más duros que he tenido y el más amargo de mi vida.

P. Cuando le erigieron un busto en su pueblo toledano de Santa Olalla creo que le vistieron con los atuendos de su paisano Gregorio Sánchez, ex matador de toros, y al busto de éste le pusieron los atributos de médico...

R. Sí, hubo una confusión. Sucedió que el busto del torero ya estaba hecho y cuando el escultor, Santiago de Santiago, hizo también el mío, se equivocó, pero se arregló y no pasó nada. En mi pueblo la gente me estima mucho, yo pasaba allí una consulta los sábados y operaba gratis durante muchos años [el pasado día 26 le nombraron hijo predilecto de Santa Olalla, donde tiene dedicada una calle].

P. Con Gregorio Sánchez como paisano, será un buen aficionado a los toros...

R. Yo era y soy buen aficionado, pues tenía dos tíos toreros. Uno, Julián Sacristán Fuentes, fue matador de toros, al que le dio la alternativa Marcial Lalanda en Valencia, en 1929, y el otro no pasó de novillero. Ambos vienen en el Cosío. Soy un defensor de la fiesta.

P. Y también las motos. Hace unos años se compró una BMW

por Internet y se presentó a recogerla, con casco y todo, en Málaga. ¿Qué sucedió?

R. Bueno, el dueño de la BMW, un particular, no me la quería vender. Me decía [se ríe]: "Cómo le voy a vender a usted la moto, si es muy viejo para esto". Y después de una lucha titánica con él, pues se negaba rotundamente a vendérmela, conseguí que me la diera. Ahora tengo una Montesa de 1.100 centímetros cúbicos, que uso cuando voy al pueblo.

P. Además de esas aficiones, se reúne con sus compañeros de quinta. ¿Con quiénes, de qué hablan?

R. Nos reunimos para comer en un restaurante los miércoles y viernes. Suelen estar un Fierro, un magistrado y el doctor Álvarez Vicent (ex jefe de Otorrino del 12 de Octubre). Hablamos generalmente de política. Veo muy mal la situación política y económica de España. Falta un líder de talante liberal (no neoliberal), que sea capaz de mantener su ideal contra vientos y mareas y sepa propagarlo a los demás. Luego echamos nuestras partiditas de mus. Sí, soy algo farolero, lo justo, y echo órdagos.

P. ¿Y no hablan también de mujeres?

R. ¡Hombre...! [Risas] Primero de mujeres y luego de política. Yo he tenido mis novias, pero desde que me casé asenté la cabeza. He sido muy bohemio.

P. Ha desempeñado el cargo de tesorero de la OMC durante 30 años y ha convivido con siete presidentes. ¿De quién guarda los mejores recuerdos?

R. De Ramiro Rivera. Fue un gran presidente y gran amigo mío, y me lo ha demostrado en ocasiones que te llenan de satisfacción. Y como persona buena y bondadosa, Ignacio Sánchez Nicolay.

P. ¿Cómo surgió su vocación por la Medicina?

R. Pues de una forma un poco rara. En nuestra Guerra Civil (yo estaba como voluntario en el ejército nacional), en-



"Es el trabajo el que me mantiene bien, el que me mantiene vivo".

tramos en el Hospital Militar y encontramos la biblioteca tirada por los suelos. Y cogí un libro, *Las enfermedades de la infancia*, de Pi y Suñer, lo empecé a leer y me entusiasmé. Y cuando había un herido veía cómo le curaban. Y de ahí surgió la idea de ser médico, a pesar de que mi padre, que era constructor, quería que yo fuera arquitecto.

P. Dicen que ha sido todo en la Medicina. ¿No le queda alguna asignatura pendiente?

R. Pues sí. He escrito cuatro o cinco libros en colaboración con Álvarez Vicent, pero no hemos sido capaces de reflejar nuestro verdadero pensamiento, nuestra manera de sentir. Para mí el dolor es no dejar detrás mía gente que piense igual que pienso yo. He tenido ayudantes y les he tenido que decir que se fueran, creían que esto era la consulta del Seguro.

P. Tiene un busto de bronce, varias medallas de oro... ¿No posee algo de plata?

R. Lo tuve. Me concedieron una medalla de plata por haber hecho el Congreso Nacional de Otorrinolaringología con motivo del 50 aniversario de la Sociedad, pero se la cedí al secretario, que era el que había trabajado más. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Castilla-La Mancha mantiene programas específicos sobre envejecimiento activo

La adecuada nutrición en el anciano, una prioridad en el ámbito sociosanitario

El consejero de Salud y Bienestar Social del Gobierno de Castilla-La Mancha, Fernando Lamata, inauguró en Toledo una jornada sobre la realidad de la nutrición en el anciano, sesión organizada por Medical Economics y la Consejería de Salud y Bienestar Social, con la colaboración de Nutricia. El acto contribuyó a la necesaria reflexión multidisciplinar sobre este problema sociosanitario, en su vertiente clínica y económica.

La sesión celebrada en el Palacio de Benacazón, en Toledo, contó con la presencia de clínicos, incluyendo médicos y profesionales de enfermería, y gestores, todos ellos implicados en el tratamiento diario de pacientes ancianos.

Una vez presentado el acto por el editor de Medical Economics, Manuel García Abad, tomó la palabra el consejero de Salud, Fernando Lamata, quien explicó la preocupación de su departamento, así como su compromiso personal, por promover en su Comunidad Autónoma, tanto en sus centros asistenciales como sociosanitarios, una nutrición adecuada a las personas mayores a fin de detectar, prevenir y evitar la malnutrición de este colectivo que representa al 17,5 por ciento de la población regional, unas 365.000 personas.

En este sentido, Lamata adelantó que desde su departamento se están analizando los programas de alimentación y nutrición en los cen-

tros residenciales propios, para establecer pautas de actuación que puedan mejorar el servicio.

También hay que destacar que entre los distintos programas sobre envejecimiento activo que impulsa el Gobierno de Castilla-La Mancha hay acciones encaminadas a mejorar los conocimientos de las personas mayores en temas de alimentación, y que en los centros de mayores se organizan actividades divulgativas al respecto.

El director general de Nutricia, Enrique Bermejo, destacó en su intervención la necesidad de abordar el problema que supone la nutrición de los mayores planteando un debate serio y profesional, en el que necesariamente han de estar representados los estamentos que, de una u otra forma, participan en el manejo diario de estos pacientes: sólo con el concurso de clínicos, de los gestores representantes de la Administración y, por supuesto, de los pacientes y/o



Fernando Lamata, consejero de Salud de Castilla-La Mancha, flanqueado por Enrique Bermejo, director general de Nutricia (izda) y Manuel García Abad, editor de Medical Economics.

sus cuidadores, se podrá dilucidar si los modelos presentes de actuación son o no válidos.

Ética y nutrición

La profesora Julia Álvarez Hernández, de la Unidad de Nutrición Clínica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, abrió la sesión con una conferencia sobre Ética y Nutrición. Partiendo de los avances tecnológicos y clínicos que permiten hoy en día prolongar la vida de los pacientes y cómo la regulación del uso de los mismos supone uno de los problemas éticos más valorados en la actualidad, la doctora Álvarez se refirió al conflicto ético como aquel que enfrenta los valores del clínico o del personal sanitario con los valores del paciente, de sus sustitutos o bien de terceras partes (instituciones, administración, jueces, etcétera).

Según Álvarez, en Nutrición Clínica, es posible identificar colectivos en los que la decisión de instaurar o retirar la nutrición artificial puede convertirse en un conflicto ético, lo que dependerá, fundamentalmente, de la consideración que cada uno de los implicados (paciente, familiares o sustitutos, y personal sanitario) tenga sobre tal medida, pues no es lo mismo considerarla como parte del cuidado del paciente que como parte del tratamiento del mismo.

En opinión de la ponente, parece necesario ejercitar una metodología de análisis de los conflictos éticos que los identifique, determine la

persona competente y analice las cargas y beneficios del tratamiento planteado en el medio en el que se sitúa el conflicto para decidir la posibilidad moral óptima y ponerla en práctica. Además, la reevaluación periódica de las decisiones tomadas es importante. Por otro lado, estos conflictos podrían ser evitables en muchas ocasiones con una adecuada comunicación con el paciente y sus familiares; así mismo, con la difusión y mejor conocimiento de modelos de actuación, como la realización del testamento vital o documento de voluntades anticipadas por parte del paciente, que permiten conocer los valores determinados por él mismo.

Triple enfoque de la nutrición

La mesa redonda celebrada a continuación sirvió para conocer de cerca aspectos de la realidad de la nutrición en el anciano, con un triple

enfoque: el clínico, explicado por Bárbara Cánovas, endocrinóloga responsable de Nutrición Clínica del Hospital Virgen de la Salud, de Toledo; el sociológico, a cargo de Gregorio Gómez Bolaños, jefe del Servicio de Gestión de Centros Residenciales de Castilla-La Mancha; y el punto de vista del cuidador, aportado por Victoria García

López, profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo.

Como póstico a esta mesa, intervino el moderador de la misma, Lorenzo Díaz Sánchez,

Las decisiones sobre la instauración o retirada de la nutrición artificial se convierte en objeto de conflicto ético al enfrentar los valores del clínico con los del paciente, sus familiares o terceras partes implicadas



Médicos, gestores, sociólogos y enfermería, aportaron un punto de vista multidisciplinar a la sesión, que concitó el interés de los asistentes.

quien en su múltiple calidad de periodista, escritor, gastrónomo y sociólogo trazó una atractiva panorámica de la realidad alimentaria de la población española desde principios del siglo XX hasta nuestros días. Haciendo suyas palabras del profesor Grande Covián, Díaz afirmó que “es más fácil cambiar de religión que de gustos culinarios”. En este sentido se mostró convencido de la importancia de la nutrición, de la alimentación en definitiva, en la historia de España, hecho conocido a través de múltiples pasajes de nuestra literatura, como el caso de El Quijote. El aumento de la esperanza de vida de los españoles, desde 1900 hasta la actualidad va parejo a la preservación de las tradiciones de las distintas cocinas regionales de nuestro país, que ha sabido conservar en todo momento las virtudes de la dieta mediterránea. Así, el anciano español es, según Díaz, una persona que viene fortalecida por la, en general, buena alimentación recibida en los 20 años últimos de su vida; este hecho se traduce, en el caso de la mujer, en una exigencia de mayor calidad en la alimentación que recibe en centros residenciales y hospitales.

En esta línea se expresó así mismo la doctora Cánovas, para quien la nutrición del anciano es clave toda vez que, para el año 2030, se prevé que entre un 20-25 % de la población será mayor de 65 años de edad. Dicha población tiene mayor prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia de otras personas, siendo más susceptibles de padecer malnutrición. Entre los factores que predisponen a la desnutrición en los mayores se

pueden distinguir los clínicos (menor apetito, disfagia, dificultades de masticación, etcétera) y los socioeconómicos (viudedad, merma del poder adquisitivo, dependencia, etcétera).

Según Cánovas, la desnutrición tiene graves consecuencias clínicas y socioeconómicas, empeorando la calidad de vida de los mayores. Sin

embargo, se pueden establecer medidas para prevenir y tratar la desnutrición que evitan o disminuyen dichas consecuencias, como la detección de la población de riesgo, la realización de una valoración del paciente mediante tests de *screening* nutricional, y la elaboración de una estrategia terapéutica que permita alcanzar un estado nutricional óptimo en la población de mayor edad. Dicho estado nutricional puede alcanzarse mediante la alimentación oral tradicional o, cuando ésta es insuficiente para conseguir un aporte nutricional completo, mediante el uso del soporte nutricional apropiado. Cánovas concluyó abogando por la inversión en nutrición en todos sus ámbitos, tanto en el conocimiento como en los profesionales y medios.

La población anciana tiene un riesgo elevado de desnutrición, y es preciso diagnosticarla y tratarla

En esta línea se expresó así mismo la doctora Cánovas, para quien la nutrición del anciano es clave toda vez que, para el año 2030, se prevé que entre un 20-25 % de la población será mayor de 65 años de edad. Dicha población tiene mayor prevalencia de enfermedades crónicas y dependencia de otras personas, siendo más susceptibles de padecer malnutrición. Entre los factores que predisponen a la desnutrición en los mayores se

Sociedad y nutrición

Desde el punto de vista social, en los centros residenciales de Castilla-La Mancha está establecido que los menús que se sirven deben estar supervisados por un médico y deben ser adaptados a las necesidades dietéticas y nutricionales de las personas mayores. Además, en los centros propios se forma a los cocineros para asesorarles sobre alimentación sana.



La doctora Julia Álvarez puso de relieve aspectos de la ética clínica en relación con la nutrición.



Para la doctora Bárbara Cánovas, la nutrición en el anciano, segmento de población en aumento, es clave.

Estos y otros datos reales fueron pormenorizados por Gregorio Gómez Bañuelos, responsable del Servicio de Gestión de Residencias de Castilla-La Mancha. El ponente, sociólogo de formación, apuntó datos de la realidad demográfica de la comunidad castellano-manchega, con un 19 % de mayores de 65 años, en poblamiento muy disperso y con un aumento creciente de personas de más de 80 años. Según Gómez Bolaños, el frecuente mito que descalificaba a la familia que ingresaba a un mayor en una residencia está desapareciendo en la sociedad actual, sobre todo en núcleos rurales, que ven en los servicios residenciales una oportunidad de mejorar la calidad de vida de los ancianos, manteniéndoles en lo posible en su propio medio. El esfuerzo inversor del Gobierno regional ha permitido aumentar en poco tiempo de 2000 a 11000 la oferta de plazas en residencias, con una continua mejora del nivel de profesionalización del servicio de las mismas que ha pasado del anterior modelo, de corte más hostelero, al actual, centrado en los cuidados del residente, en especial cuidados de enfermería y médicos.

Formación continuada

La alimentación se convierte, junto a otras variables, en un punto clave siempre presente a la hora de valorar la calidad del servicio de las residencias. Por ello la Consejería de Salud mantiene su compromiso de ofrecer una ali-

mentación segura, suficiente, variada, nutricionalmente equilibrada y adaptada en lo posible a los hábitos y preferencias del anciano. Esta actuación forma parte de un plan más amplio que persigue objetivos como mejorar la percepción de la calidad del servicio ofrecido; asegurar el valor nutricional de la alimentación; y ofrecer formación continuada a los profesionales en esta área, con cursos específicos y la disponibilidad de guías y dietas saludables.

Cerró la sesión Victoria García López, que trasladó a la audiencia el punto de vista del cuidador, el profesional que está en relación directa con el anciano. En su opinión, el adecua-

do manejo y alimentación de estos pacientes pasa por conocer de cerca, de forma sistematizada, el proceso de envejecimiento, lo que conlleva cambios de todo tipo. Es vital conocer, y respetar en lo posible, las costumbres y hábitos del mayor, y considerar la

gran importancia que con frecuencia para él tiene la comida. En este sentido es muy útil realizar encuestas, como el Estudio Toledo en el que participó García López, que extrajo interesantes conclusiones sobre la dieta y preferencias alimentarias de 3500 encuestados. La elaboración de los menús nunca debe, por tanto, ignorar la calidad de los ingredientes y su valor nutricional, pero tampoco los problemas clínicos, psiquiátricos o sociosanitarios de los mayores, sobre los cuales se puede actuar. ■

La alimentación idónea del anciano debe ser segura, suficiente, variada, nutricionalmente equilibrada y, en lo posible, acorde a sus preferencias o hábitos



Las residencias de Castilla-La Mancha, gestionadas por Gómez Bolaños, ofrecen formación continuada en nutrición a sus profesionales.



El cuidador, en opinión de Victoria García, debe conocer los hábitos alimentarios del anciano.

Juan Precioso Juan, presidente del Comité Organizador del XIII Congreso SEMST

“El Congreso se suma a la iniciativa de mejora continua de la salud laboral”

En medio de la creciente preocupación de distintos estamentos (Administración, empresas, sindicatos) por mejorar las condiciones y la seguridad laborales, la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) reúne en Valencia, del 5 al 7 de mayo de 2010, a más de 700 profesionales que aportarán sus conclusiones científicas para la mejora de la salud laboral en España.

¿Cuál es el *leit-motiv* principal que ha guiado la organización del XIII Congreso de la SEMST?

Cuando la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) encargó a la Sociedad Valenciana la organización de su XIII Congreso hace ya más de dos años, toda nuestra junta directiva se puso a trabajar con una gran ilusión para no defraudar la confianza que la SEMST había puesto en nosotros. A partir del lema del Congreso: *La salud laboral, compromiso de todos*, el Comité Organizador ha intentado confeccionar un programa que satisfaga las expectativas de cualquier profesional dedicado a la medicina y enfermería del trabajo o a la prevención de riesgos laborales.

¿Qué novedades y temas destacan en el programa científico?

La Medicina del Trabajo y la Prevención de Riesgos Laborales son actividades multidisciplinarias y el programa científico ha intentado ofrecer a los congresistas los distintos aspectos novedosos de todos los ámbitos de nuestra especialidad. Así pues, tendremos mesas redondas sobre la gestión de la prevención, la promoción de la salud en el lugar de trabajo, la asistencia de urgencia a los trabajadores, la seguridad vial, las vacunas o las adicciones en el medio laboral, las certificaciones en materia de seguridad y salud, los riesgos psicosociales, etcétera. El objetivo del programa es que cualquier sanitario o prevenciónista pueda encontrar foros de interés en función de los riesgos que tiene que controlar, de sus funciones dentro del organigrama de su empresa o de su propia formación de base.

La Medicina y Seguridad del Trabajo está de plena actualidad en nuestro país. ¿Qué



Juan Precioso Juan

conclusiones, de cara la sociedad, esperan poder comunicar a partir del congreso?

El pasado día 23 de marzo se ha publicado un Real Decreto que modifica el Reglamento de los Servicios de Prevención. En los cuatro meses siguientes a esta fecha tiene que elaborarse un segundo Real Decreto que contenga el marco jurídico del acuerdo de criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de estos servicios en los que los médicos del trabajo desarrollamos nuestra labor. El médico del trabajo tiene un papel fundamental en la prevención de los riesgos laborales y en la promoción de la salud de los trabajadores ya que tiene un acceso directo a los mismos y un conocimiento en profundidad de las condiciones laborales.

Nuestro Congreso quiere sumarse a esta iniciativa de universalización y de mejora continua de la salud laboral y la prevención de riesgos laborales, y espera transmitir a la sociedad esta inquietud a través de las conclusiones de las diferentes mesas redondas.

Además de a los médicos del trabajo, ¿a qué otros profesionales va dirigido el Congreso?

Como he explicado anteriormente, el servicio de prevención es el lugar en el que los médicos del trabajo desarrollamos nuestra actividad. Estos servicios tienen un carácter multidisciplinar en el que además de la actividad sanitaria que desempeñamos los médicos, los enfermeros del trabajo y otros especialistas médicos de apoyo (analistas, radiólogos, psicólogos, etcétera), también se realizan otras muchas actividades preventivas en las que los sanitarios tenemos que estar integrados de forma adecuada. Por lo tanto, los técnicos en prevención de riesgos laborales también tienen su parcela de interés en el Congreso. Además de los componentes de los servicios de prevención, otras áreas de las empresas como los recursos humanos, la dirección, etcétera, también encontrarán asuntos de su interés.

Más allá del interés indudable del programa diseñado, ¿qué otros atractivos presentaría a los profesionales para no faltar a la cita de Valencia en mayo?

Además del atractivo programa científico, el congreso contará con una amplia área de exposición comercial. Y, por último, no podemos obviar el valor añadido que ofrece la ciudad de Valencia a los visitantes, por su historia, su presente y su futuro; por ser una ciudad que mantiene sus señas de identidad, su cultura y sus tradiciones, con una amplia y variada oferta cultural en la arquitectura y las artes plásticas más vanguardistas; en actividades como la música, el teatro o la danza; o la celebración de grandes eventos deportivos de interés internacional, como la Copa América de vela y el Gran Premio de Fórmula uno de automovilismo. ■

SILT Profesional

Seguro de Incapacidad Laboral Temporal



Confíanos tu tranquilidad laboral

Ventajas:

- Podrás percibir una indemnización diaria de hasta 12 ó 18 meses, como tú decidas.
- Y si no lo utilizas, puedes obtener importantes descuentos en la prima de años sucesivos por no siniestralidad, hasta un 25% de bonificación.
- Con franquicia a tu elección: De 7, 15 ó 30 días.

Bonus 25%

Coberturas:

- Incapacidad Laboral Total Temporal.
 - Cobertura de Baja durante el Embarazo*.
 - Cobertura de Parto*.
- Fallecimiento por cualquier causa (mín. 500€).
- Indemnización adicional por hospitalización.

Conciliando maternidad y vida laboral

* Ambas coberturas tienen un periodo de carencia de 24 meses y son extensión de la cobertura de baja laboral para mujeres menores de 45 años.

La seguridad de saber que tus ingresos estarán siempre garantizados

SILT Seguro de Baja Laboral Total Temporal

Un seguro indispensable para profesionales que ejerzan por cuenta propia y muy necesario como complemento para quien trabaje por cuenta ajena.

PSN
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

Villarueva, 11 - 28001 Madrid
Oficina de Servicio al Mutualista 902 100 082
asm@psn.es www.psn.es

Biobancos e investigación oncológica dentro del nuevo marco normativo

La ley de investigación biomédica equilibra los derechos del sujeto fuente y el fomento de la investigación

El Grupo HM, Instituto de Salud Carlos III, la Universidad CEU-San Pablo y Medical Economics co-organizaron recientemente en Madrid, la I Jornada Biobancos e Investigación Oncológica dentro del nuevo marco normativo, en la que destacados expertos analizaron aspectos clave de la normativa vigente relacionada con la gestión de los biobancos y las garantías de derechos en la investigación con muestras biológicas.

La Ley de Investigación Biomédica y el próximo Real Decreto que desarrollará la normativa referente a los biobancos ofrecen las garantías jurídicas para el correcto equilibrio entre la protección de los derechos del sujeto fuente y el fomento de la investigación. Este es el principal valor añadido y el mayor logro de esta norma, según destacó Honorio Bando, vicepresidente de las Fundaciones Idepro y Fundadeps y moderador del evento, que se celebró en el Hospital Madrid Norte Sanchinarro.

La actual ley logra un equilibrio que garantiza ambos objetivos, “asegurar el respeto hacia los derechos humanos e incentivar la investigación biomédica”, imprescindible para mejorar el bienestar de la sociedad, pero para la que también es necesario “un marco jurídico seguro para el investigador y una percepción de seguridad por parte de los pacientes”, explicó Javier Arias Díaz, subdirector general de Investigación en Terapia Celular y Medicina Regenerativa del Instituto de Salud Carlos III y catedrático de la Universidad Complutense de Madrid.

Con los principios rectores de promover la investigación científica y técnica de excelencia, la formación del personal sanitario en investigación biomédica y la práctica clínica basada en el conocimiento científico, esta norma, además, “amplía el marco regulatorio previo, al permitir la transferencia nuclear o cualquier otra técnica para generar líneas de células troncales humanas, aunque prohíbe la generación de embriones humanos con fines exclusivos de investigación”, añadió Arias.

Ley garantista y progresista

La ley, y el próximo Real Decreto, garantizan los derechos de los sujetos fuente a través de los biobancos, reconociendo así el papel crucial de las muestras biológicas en la investigación biomédica y regulando su uso -crea un instrumento específico de control, la Comisión de Garantías Sobre la Donación y Utilización de Células y Tejidos Humanos-, dijo el experto, apuntando que, en materia de investigación con células troncales embrionarias, esta legislación es “muy garantista



Juan Abarca Cidón, del Grupo HM (izda.), junto a Manuel García Abad, de Medical Economics; Javier Arias Díaz, Concepción Martín Arribas y Honorio Bando, del Instituto de Salud Carlos III, y el Dr. Jaime Pérez de Oteyza, jefe de Hematología del Grupo HM.

y una de las más progresistas” de las existentes en todo el mundo.

Ahondando en este sentido, Concepción Martín Arribas, secretaria del Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal del Instituto de Salud Carlos III, analizó el papel de los Comités de Ética de Investigación en Oncología, cuyos informes favorables son imprescindibles para el desarrollo de cualquier proyecto de investigación sobre seres humanos o su material biológico.

La existencia de estos comités, cuyo objetivo es “velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participen en la investigación biomédica”, y que se refleja específicamente en la ley, marca una “diferencia importante” -señaló Martín-, ya que la norma recoge desde la composición, funciones y ámbitos de actuación de estos órganos, hasta sus competencias de evaluación, normas de acreditación o procedimientos para la evaluación y emisión de dictámenes.

Jaime Pérez de Oteyza, jefe del Servicio de Hematología del Grupo HM y profesor adjunto de la Universidad CEU-San Pablo, destacó la diferencia entre los citados biobancos, que “almacenan muestras biológicas de pacientes para fines investigacionales”, y los bancos de tejidos, en los que “se recogen células y tejidos de pacientes para su implantación con el objetivo de tratar una patología” y que, además, están sujetos a distintas normativas.

Potencial del cordón umbilical

Especial importancia dio a las células madre de la sangre del cordón umbilical por la existencia en ellas de “gran número y variedad de células madre con patrones de expresión génica que conservan características de las células embrionarias, lo que les confiere una especial plasticidad, capacidad reproductiva y posibilidad de numerosas

aplicaciones terapéuticas”, y explica la proliferación de bancos de este tipo de sangre, que actualmente rondan el centenar en todo el mundo, en palabras del experto.

Los aspectos más científicos de los biobancos y la investigación oncológica dentro del nuevo marco normativo fueron explicados por los doctores Manuel Hidalgo, director del Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), anexo al Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, y profesor agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad CEU-San Pablo; y Fernando López-Ríos, director del Laboratorio de Dianas Terapéuticas del CIOCC y de la cátedra de Dianas Terapéuticas Rosalind Franklin-Instituto Roche, y profesor adjunto de la citada universidad.

Alteraciones genéticas

Así, el primero subrayó el creciente número de alteraciones genéticas frecuentes en cada tipo de tumor que se van conociendo, el elevado volumen de genes alterados existentes en cada tumor y la heterogeneidad de los mismos. “Hay mutaciones más comunes, pero cada cáncer es distinto del resto”, por lo que, si bien estas mutaciones genéticas pueden organizarse en vías, lo importante es la progresiva aparición de “fármacos que pueden inhibir cada uno de estos genes”, aunque “para que funcionen tienen que aplicarse en aquellos tumores en los que el gen inhibido es importante frente al resto de mutaciones”, matizó el Dr. Hidalgo.

Por su parte, el Dr. López-Ríos finalizó la jornada analizando aspectos relacionados con los nuevos biobancos en Oncología predictiva, tales como las características de los modelos ex vivo, bloques de parafina y cohortes de pacientes y la necesidad de contar con “bancos de calidad y para la calidad”, según sus palabras. ■



Manuel Hidalgo, director del CIOCC, revisó las ventajas terapéuticas derivadas de la investigación a nivel genético.



Para Fernando López-Ríos, es imprescindible certificar la calidad de los biobancos.

Economía de la Salud

en el Área de Incontinencia

Los costes ocultos



Elena Galbis Moreno*

Todos queremos proporcionar a nuestros mayores los mejores cuidados posibles, pero ¿cómo podemos hacer que nuestros presupuestos cubran al número creciente de ancianos cada vez con mayores necesidades de cuidados?

En realidad, es posible proporcionar un mejor cuidado de la incontinencia sin aumentar los costes totales. Esto se debe a que el cuidado de la incontinencia conlleva más coste de lo que parece, pero una gran parte de esos costes se puede suprimir.

Estos costes ocultos se asocian a una selección de productos, protocolos de trabajo y actuaciones del personal poco efectivas. Nosotros los denominaremos costes consecuentes. Entre ellos destacaremos los siguientes:

- Selección y protocolos de uso inadecuados de absorbentes que provoca un consumo excesivo de unidades.
- Pérdidas que suponen un mayor número de cambios de ropa y más carga de la vandería.
- Alteraciones en la piel que requieren tratamiento.
- Costes por la gestión de residuos generados.
- Tiempo que dedica el personal a las tareas relacionadas con cambios de ropa y de absorbentes.

En un centro geriátrico los costes totales de la incontinencia pueden llegar a representar hasta el 15 por ciento de su presupuesto anual; sin embargo, el coste de los absorbentes representa tan sólo alrededor del 1 por

ciento (si éstos soportaran el coste), mientras que el otro 14 por ciento proviene de los costes consecuentes. Por tanto, de una acertada o incorrecta decisión de compra puede depender que los costes consecuentes se contengan o se disparen.

En la mayoría de comunidades autónomas esta decisión de compra de absorbentes se rige por un concurso público de suministro. El órgano de contratación que convoca este

concurso de suministro, que es quien paga realmente los absorbentes, es el Servicio de Salud correspondiente de la Consejería de Sanidad; sin embargo, quien utiliza los absorbentes, que es también quien soporta los costes consecuentes, es el Servicio de Asuntos Sociales, si hablamos de centros públicos, o la propia residencia, si hablamos de centros privados.

Uno de los criterios fundamentales que se sigue en un concurso

público para la adjudicación de contratos de suministro de absorbentes es el precio unitario, valorando de manera desigual, según los casos, aspectos clave como la calidad del producto, la formación que se ofrece a los trabajadores que los manipulan, o el servicio postventa, factores todos ellos determinantes de la mayor o menor durabilidad de los absorbentes y de la reducción de efectos adversos asociados a su incorrecta utilización.

Como consecuencia, y de manera paradójica, se produce un resultado en ningún modo querido por la Administración: a pesar de pagar menos por cada unidad, se consumen más absorbentes de los necesarios, por lo que se paga más en su conjunto.



>> En un centro geriátrico los costes totales de la incontinencia pueden llegar a representar hasta el 15 por ciento de su presupuesto anual

>> En la mayoría de comunidades autónomas la decisión de compra de absorbentes se rige por un concurso público de suministro

Sección patrocinada por:



¿Qué es Tena Services?

Es un modelo de oferta creado por SCA que combina el suministro de absorbentes Tena con un programa de formación para el personal asistencial y una monitorización permanente de los centros objeto del suministro, que permite mantener los más altos niveles de calidad asistencial durante toda la vida del contrato.

Las ventajas que aporta el modelo de oferta Tena Services con respecto a un contrato de suministros convencional son numerosas y las podemos agrupar desde tres perspectivas diferentes:

1. Ventajas para la Administración:

- ✓ Control del gasto total en absorbentes: precio máximo garantizado.
- ✓ Reducción del gasto en productos farmacéuticos destinados al tratamiento de las lesiones de piel derivadas del uso incorrecto de absorbentes.
- ✓ Censo real actualizado de pacientes incontinentes con derecho a prestación.
- ✓ Control de los pedidos de las residencias por parte de personal especializado para su aprobación por la Administración.
- ✓ Rápida y eficaz gestión de reclamaciones, liberando tiempo al personal de la Administración para dedicarse a otras tareas.
- ✓ Informe estadístico periódico con todos los datos pormenorizados del suministro: tipos de absorbentes, número de pacientes incontinentes por

residencia, consumos por residencia, valoración económica, desviaciones respecto a la media, análisis de las desviaciones, etcétera.

2. Ventajas para el centro:

- ✓ Reducción de consumos de absorbentes.
- ✓ Reducción de gastos de lavandería.
- ✓ Reducción del tiempo que dedica su personal al cambio de absorbentes y ropas mojadas.
- ✓ Reducción del gasto en tratamientos de las alteraciones de piel.
- ✓ Reducción del gasto en protectores de cama desechables.
- ✓ Reducción de residuos generados por absorbentes y empapadores.

3. Ventajas para el paciente:

- ✓ Utiliza los mejores absorbentes disponibles, adaptados a su complejidad física y al grado de incontinencia que padece.
- ✓ Disminuyen las lesiones en la piel como consecuencia del uso inadecuado de absorbentes.
- ✓ Se establecen pautas de cambio de absorbentes encaminadas a conseguir un óptimo descanso nocturno, sin interrupciones del sueño.
- ✓ Se utilizan productos de última generación, que mantienen la piel seca, aumentando el confort para el usuario.
- ✓ Se busca favorecer la continencia al máximo, aumentando su dignidad. ■

Para saber más:

<http://www.tena.es/Profesionales/equilibrio-costes-cuidados/>

Consejería de Salud de La Rioja

José Ignacio Nieto: "El sistema de Atención Primaria riojano es el mejor valorado por sus usuarios"



José Ignacio Nieto, consejero de Salud de La Rioja

PREGUNTA: *¿Cuáles son las principales apuestas sanitarias de la Comunidad Autónoma de La Rioja para 2010?*

RESPUESTA: La Rioja, como el resto del país, afronta 2010 inmersa en una crisis económica de primera magnitud. A pesar de ello, el Gobierno de La Rioja ha mostrado siempre su firme decisión de impedir que la crisis merme las prestaciones sociales que actualmente disfrutan todos los riojanos.

En ese sentido, el presupuesto de la Consejería de Salud para 2010 (el 37% del Presupuesto General de La Rioja) asciende a 464 millones de euros (un 1,5% más que en 2009) y sitúa a La Rioja como la tercera comunidad autónoma con mayor gasto sanitario por habitante (1.464 euros, exclusivamente para gastos de sanidad).

La relación de los objetivos para 2010 resultaría muy extensa, si bien me gustaría destacar dos hechos importantes, que son la implantación plena total de la Historia Clínica Digital y el lanzamiento de la Receta Electrónica. En la primera de ellas, el Sistema Público de Salud de La Rioja tiene ya todo el dispositivo de historia clínica funcionando a pleno rendimiento en el ámbito de Especializada. En Atención Primaria la

extensión de la Historia Clínica Digital se completará a lo largo de los próximos meses. Algo similar va a ocurrir con la Receta Electrónica.

P. *¿Qué líneas de investigación destacaría entre las que desarrolla el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)?*

R. El CIBIR es la base sobre la que se asienta el proyecto investigador de nuestra comunidad. Actualmente el centro cuenta con un presupuesto de más de 4 millones de euros (aproximadamente el 1% del Presupuesto Sanitario de La Rioja) y tiene una plantilla de más de un centenar de personas en las que se incluyen 45 investigadores agrupados en torno a siete líneas de investigación. Estas líneas abarcan diversos campos como el tratamiento del Alzheimer y las enfermedades neurodegenerativas, el cáncer o las enfermedades infecciosas, entre otros.

P. *Y en el campo de la telemedicina y la teleasistencia ¿qué actuaciones resaltaría y cuál es su grado de desarrollo?*

R. La dispersión poblacional de La Rioja, donde de los 174 municipios que existen hay más de cien que tienen menos de un centenar de habitantes, convertiría a nuestra comunidad en un terreno ideal para poner en práctica estas tecnologías.

Actualmente en La Rioja se desarrollan de manera cotidiana en los centros de salud actos correspondientes tanto a teledermatología, telecardiología y teleoftalmología. Igualmente trabajamos de forma habitual con transferencia de datos e imagen tanto en Radiología y Laboratorio. No descarto que a lo largo de 2010 incorporemos alguna técnica más a nuestra actual cartera.

P. *En Atención Primaria ¿qué decisiones se han tomado últimamente o piensan to-*

mar para poder cumplir en lo posible con la estrategia AP-21?

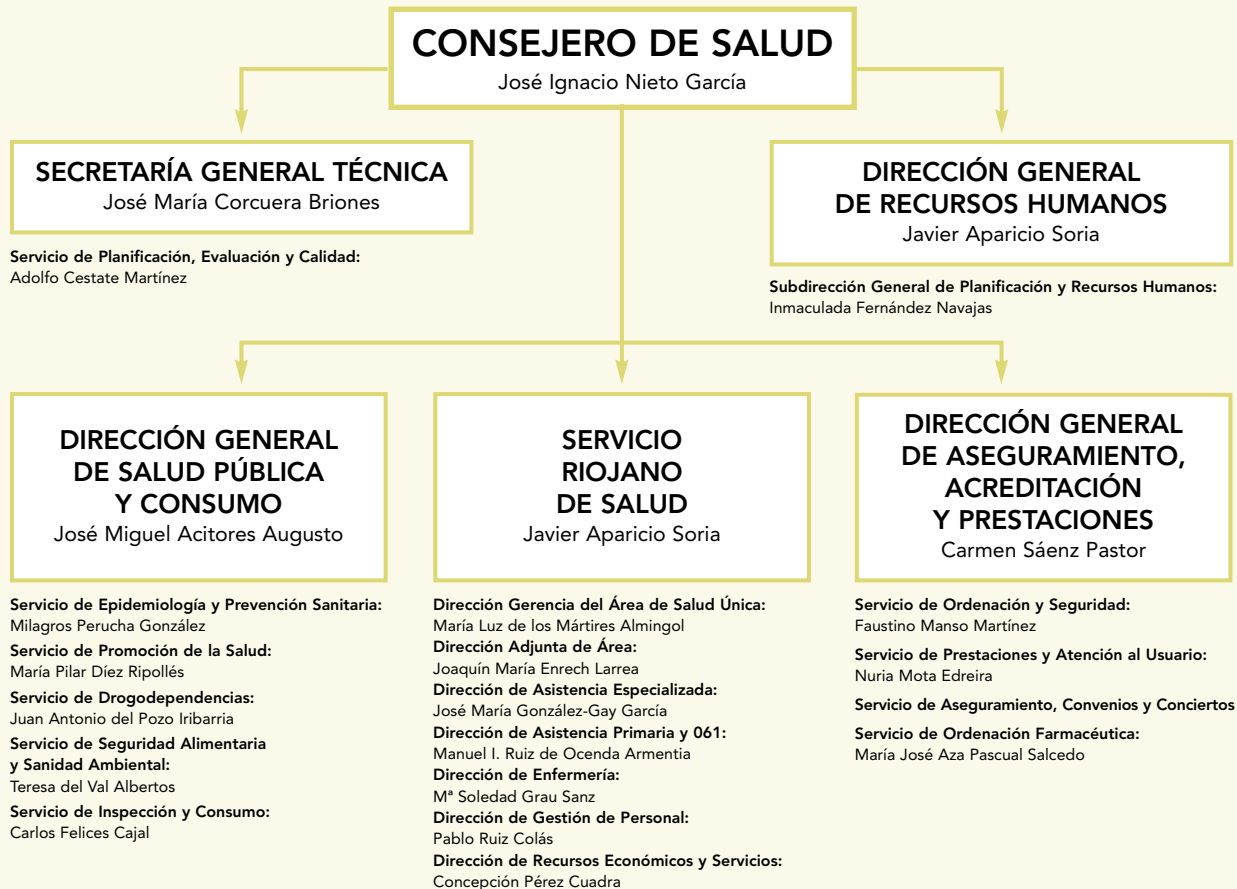
R. El desarrollo de la AP en La Rioja es actualmente uno de los ejes sobre el que pivota nuestra política sanitaria de toda la legislatura. Actualmente en La Rioja, con una población de 320.000 habitantes, los profesionales, tanto de Medicina como de Enfermería, que atienden nuestros centros de salud y consultorios rurales, realizan aproximadamente 3,5 millones de actos médicos al año.

Es sin duda una cantidad importante y que requiere la toma de medidas en muy diferentes ámbitos, algunos de los cuales son contemplados por la Estrategia AP-21 y otros no, pero que son igualmente necesarios.

El primer paso, que ya se ha dado en nuestra comunidad, ha ido encaminado a la dotación de medios. En los últimos seis años se han construido en nuestra comunidad siete de los 19 centros de salud que tiene nuestra red primaria; igualmente se han remodelado o construido la mayoría de los más de 150 consultorios rurales.

Igualmente se ha revisado al alza el número de profesionales, especialmente el de médicos, convirtiéndose en compromiso de legislatura el conseguir que para 2011 ningún médico de AP en La Rioja tenga más de 1.500 tarjetas sanitarias a su cargo, y que ningún pediatra de AP tenga más de 1.000. Ambos objetivos son a día de hoy una realidad prácticamente en todos los casos.

A día de hoy, según las estimaciones realizadas por el Barómetro Sanitario, los riojanos son, de todos los españoles, los que mejor califican a su sistema de Atención Primaria. Confiamos en que en los próximos años tanto los profesionales como los usuarios tengan razones más que suficientes para seguir valorando tan positivamente el sistema. ■



NOTICIAS/ACTUALIDAD

Salud firma un convenio con Roche para el programa "Conecta tu diabetes"

La Consejería de Salud ha firmado un convenio con la compañía farmacéutica Roche, pionero a nivel nacional, para poner en marcha el programa "Conecta tu diabetes", en una apuesta decidida por las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación. Se trata de incorporar a la sanidad pública una nueva telemedicina, la telediabetología, con el fin de que los diabéticos de La Rioja, con diabetes de tipo 1 o insulino dependientes, puedan controlar la enfermedad desde su domicilio, lo que va a disminuir sus desplazamientos a los centros sanitarios.

El CIBIR incorpora un tratamiento del cáncer de próstata por braquiterapia

La braquiterapia es un tipo de terapia de radiación usada para tratar cánceres en todo el cuerpo y a diferencia de la radioterapia externa, se coloca un material radiactivo directamente dentro de la cavidad, cerca del tumor. El Servicio de Oncología Radioterápica de la Fundación Rioja Salud aplica desde finales de 2008 el procedimiento de braquiterapia para el tratamiento de tumores en el útero y la vagina, con lo que ha evitado el desplazamiento de 70 riojanas a otras regiones.

Más de 214.500 euros para programas de prevención y asistencia a los drogodependientes

El consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, José Ignacio Nieto, y el presidente de la Asociación Riojana para la Atención de Personas con Problemas de Drogas, José Luis Rabadán, han firmado un convenio de colaboración, mediante el cual la Consejería de Salud financiará, con 214.507 euros, el desarrollo de diferentes programas y actividades, con el objetivo de prevenir las drogodependencias en la Comunidad Autónoma.

Atendidos 1.956 pacientes terminales con cuidados paliativos en 2009

Los médicos realizaron 4.880 visitas en los domicilios, con una media de casi tres visitas por paciente. Por su parte, el personal de enfermería acudió en 7.265 ocasiones a los domicilios de los enfermos. Respecto a la actividad en la Unidad del Hospital de La Rioja, se registraron 331 ingresos, que causaron 3.576 estancias totales, y se desarrollaron 1.753 consultas externas. Del total de pacientes atendidos, 1.793 presentaban enfermedad oncológica.

Gestión de Calidad: Enfermería

Unidad de recursos materiales



Charo Vaquero Ruipérez*

» Las Unidades de Recursos Materiales o las figuras de enfermeros coordinadores de los recursos materiales son importantes en las estructuras orgánicas de toda organización sanitaria

» En el organigrama de la organización, esta unidad debe considerarse como una unidad *staff* a la dirección y de apoyo a las unidades asistenciales de enfermería.

La gestión de los recursos materiales con criterios de eficacia y eficiencia se convierte en un punto estratégico de cualquier organización sanitaria, sea pública o privada. Teniendo en cuenta que el número de profesionales de enfermería que trabaja en los centros sanitarios es muy elevado, una buena gestión de los materiales sanitarios de uso enfermero puede contribuir a controlar el gasto de los suministros sanitarios.

Por este motivo, las Unidades de Recursos Materiales o las figuras de enfermeros coordinadores de los recursos materiales son importantes en las estructuras orgánicas de toda organización sanitaria, siempre y cuando se les asigne el papel que les corresponde, y puedan desarrollar la política de recursos materiales para todos los profesionales dependientes de la Dirección de Enfermería. En el organigrama de la organización, esta unidad debe considerarse como una unidad *staff* a la dirección y de apoyo a las unidades asistenciales de enfermería. Algunos de los objetivos de estas unidades o puestos son:

- Crear una cultura de costes entre los profesionales, con la adecuada y racional utilización de los suministros sanitarios.
- Conseguir la participación e implicación de los profesionales en la gestión de los recursos materiales, a través de la colaboración en los informes técnicos, catálogos de productos, pactos de consumo, etcétera.
- Mejorar el rendimiento de aquellos recursos materiales de uso esporádico, centralizándolos en un lugar de fácil acceso, para no tener recursos inmovilizados en las unidades de enfermería, como por ejemplo: bombas de infusión, colchones antiescaras, correas de sujeción mecánica, etcétera.

En definitiva, conseguir que al usuario le lleguen los productos más adecuados a sus

necesidades al menor coste posible. El responsable de esta Unidad debe tener un cargo de responsabilidad en la organización y las siguientes competencias: experiencia en la asistencia; formación en gestión; habilidades en comunicación, capaz de promover cambios en la forma de trabajar y con conocimientos técnicos, tanto de los productos sanitarios como de las normativas generales y específicas. Entre sus funciones destacan:

- Asesorar sobre los materiales que utilizan los enfermeros en su trabajo, garantizando que éstos sean los más adecuados, sean de calidad y seguros tanto para el paciente como para el propio profesional que los utiliza.
- Formar a los profesionales de enfermería en el uso adecuado de los productos.
- Colaborar con la División de Gestión en la elaboración de los informes y especificaciones técnicas de materiales, que facilite la tarea de confección de pliegos técnicos para su compra mediante concursos públicos.
- Colaborar con la División de Gestión en el Plan de Confort de Pacientes y en la implantación de los pactos por consumo con suministros, lencería, etcétera; realizando el seguimiento y evaluación del funcionamiento de los mismos.
- Representar a la Dirección de Enfermería en órganos de decisión como la mesa de contratación y la mesa de compras para la adquisición de material fungible e inventariable, y en todas aquellas comisiones que le delegue.

La enfermera coordinadora de recursos materiales es una figura clave en los órganos de gestión. Al planificar las necesidades de los servicios y unidades asistenciales se consigue una gestión eficaz y se incrementa la satisfacción de los profesionales. ■

*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.
Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

DKV Seguros crece un 23 por ciento

El volumen de primas de DKV Seguros, miembro del grupo asegurador Munich Re, devengadas en el ejercicio ha alcanzado los 538 millones de euros (579 millones de euros previstos), lo que ha supuesto un crecimiento del 23 por ciento sobre el año anterior. Sin considerar los ingresos de Marina Salud, la cifra se quedaría en 451 millones de euros, representando un crecimiento del 3,4 por ciento sobre 2008. En el ramo de Asistencia Sanitaria, que representa un 74 por ciento del total de primas, el incremento ha sido del 34 por ciento alcanzando los 394 millones de euros. Descontando el efecto de Marina Salud, el crecimiento habría sido del 5 por ciento. El ramo de Decesos ha crecido un 9 por ciento hasta los 42 millones. El ramo de Hogar se mantiene estable y alcanza los 32 millones de euros, mientras que los ramos de Subsidio, Vida y Accidentes decrecen ligeramente hasta los 39 (-5 por ciento), 20 (-4 por ciento) y 10 (-9 por ciento) millones de euros, respectivamente.

El resultado neto consolidado del Grupo DKV Seguros ha sido de 20,6 millones de euros, un 18 por ciento inferior al de 2008 (25,2) y un 6 por ciento a los 21,80 millones previstos. El resultado neto excluida Marina Salud alcanzaría los 22,8 millones de euros, un 6 por ciento inferior al del año anterior (24,3). ■

Cátedra Fundación Lilly-CEU San Pablo en Oncología

La Fundación Hospital de Madrid (HM), la Fundación Lilly y la Universidad CEU San Pablo han firmado recientemente un acuerdo para la creación de la "Cátedra Fundación Lilly-Universidad CEU San Pablo de Terapias Personalizadas. Oncología", cuyo objetivo es promover actividades científicas y formativas en el ámbito de las terapias personalizadas.

Los objetivos de la cátedra se concretan en tres pilares: investigación, gestión y divulgación del conocimiento y aplicación social. Para lograr el primero de ellos se impulsarán proyectos de investigación en el campo de la terapia personalizada en Oncología, con especial atención a los nuevos medicamentos diseñados racionalmente para inhibir dianas moleculares. En concreto, se pondrán en marcha dos iniciativas: un programa de individualización de las dosis óptimas de fármacos oncológicos sobre la base de sus características farmacocinéticas, a través de la monitorización de sus niveles plasmáticos en los pacientes oncológicos; y un segundo programa de predicción individualizada de respuesta a nuevos fármacos dirigidos a dianas moleculares. ■

Investigación biomédica y nuevas tecnologías al servicio de la salud



Salón de Actos Servicio Aragonés de Salud

Plaza de la Convivencia, 2
Zaragoza, 27 de abril de 2010

Con la colaboración de



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

Ver programa completo en www.medecoes.com

Tribunales

Agresiones al personal sanitario



Miguel Fernández de Sevilla*

Desde hace tres años vemos cómo los profesionales de la sanidad están teniendo problemas con los pacientes, que se traducen no sólo en insultos y vejaciones, sino en agresiones físicas que originan numerosas denuncias ante los tribunales.

El profesional sanitario no sólo debe de aplicar toda su ciencia en aras de la salud del enfermo, sino que tiene que hacerlo, si no quiere tener problemas, conforme al gusto de quien es absolutamente profano en Medicina y de acuerdo con unos criterios que nada tienen que ver ni con su salud ni con la *Lex Artis*, sino a capricho del enfermo que, por supuesto, desconoce la Medicina y que muchas veces, por la fuerza, trata de imponer su opinión sobre estas actuaciones profesionales.

Este problema ha originado que los médicos, enfermeros, etcétera, tengan que acudir a los tribunales como única alternativa, ya que no tienen desgraciadamente otra salida ante estas conductas irresponsables.

Todo ello ha ocasionado que los tribunales se pronuncien sobre este problema. La mayoría de las veces y, cuando se prueba ante el juez un comportamiento constitutivo de delito o de falta, termina con una condena, o por lesiones o por injurias o por amenazas. También es cada día más frecuente que se les condene por un delito de atentado, casi siempre unido al de lesiones de los artículos 550, 551 y 147 del Código Penal.

El Artículo 550 nos dice que son reos de atentado los que acometan a la autoridad, a sus agentes o funcionarios públicos, o empleen fuerza contra ellos, los intimiden gravemente o les hagan resistencia activa también grave, cuando se hallen ejecutando funciones de sus cargo o con ocasión de ellas. Y el artículo 147.1 señala que el que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental,

será castigado como reo de delito de lesiones con pena de prisión de seis meses a tres años siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considera tratamiento médico.

En estos casos lo que debe de hacer el médico y demás sanitarios es acreditar y documentar las lesiones sufridas mediante partes de asistencia e informes del médico forense si fuera posible, la naturaleza de las mismas y el tiempo de curación. En la sanidad pública estas conductas pueden revestir carácter de atentado en atención a la cualidad de funcionario público que ostentan las víctimas en el momento de sufrir la agresión, ya que está claro que estos profesionales participan en el ejercicio de funciones públicas, señalando la interpretación amplia que hace nuestra jurisprudencia de este concepto (sentencias del Tribunal Supremo de 30.9.92, 9.10.91 y 20.5.1993), definiendo que es delito de atentado del artículo 550 del Código Penal como el acometimiento a la autoridad, sus agentes o funcionarios públicos cuando se hallen en el ejercicio de sus funciones o cargos o con ocasión de ellas.

Por lo tanto, para poder hablar de delito de atentado, según nuestro más alto tribunal, el ofendido debe de tener la cualidad de funcionario público, autoridad o agente, que se halle en el ejercicio de su cargo o con ocasión del ejercicio de los mismos; que la acción consista en el empleo de la fuerza o intimidación grave y, por último, el ánimo de ofender; y yo añadiría que la conducta deberá ser lesiva para los intereses del profesional y que suponga un detrimento del servicio público de salud prestado. Los jueces y tribunales deben de valorar estos requisitos y resolver teniendo en cuenta que los profesionales deben de poder desempeñar su trabajo con absolutas garantías, castigando a pacientes desaprensivos e incivilizados. ■

» El médico debe acreditar y documentar las lesiones mediante partes de asistencia e informes del médico forense, si fuera posible

» Los jueces y tribunales deben resolver teniendo en cuenta que los profesionales han de poder desempeñar su trabajo con absolutas garantías, castigando a pacientes desaprensivos e incivilizados

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

Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



ZARAGOZA

29 de abril

Auditorio-Palacio

Congresos

BILBAO

4 de mayo

Palacio de Congresos

Euskalduna

GRANADA

13 de mayo

Hotel Andalucía

Center

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Internet y medicina

La reforma sanitaria de Obama y las TIC

La ley prevé estrategias para mejorar la calidad asistencial



Marcial García Rojo*

» El texto de la ley de la reforma en salud (HR 3590) hace un hincapié especial en el uso de la tecnología de la información para mejorar el acceso, la eficiencia, la transparencia y la calidad de la atención sanitaria

» En la aprobación de esta ley, son muchos los que opinan que Internet ha desempeñado un papel esencial, porque ha permitido un proceso más abierto y transparente, y que un gran número de personas participasen en el debate

La reforma sanitaria recientemente aprobada en Estados Unidos posiblemente tendrá un impacto muy favorable en el desarrollo de la historia clínica electrónica (HCE) y, en general, en el impulso de las nuevas tecnologías en salud.

El texto de la ley de la reforma en salud (HR 3590), cuyo objetivo es extender la cobertura sanitaria a los 31 millones de estadounidenses que hasta ahora carecían de seguro médico, hace un hincapié especial en el uso de la tecnología de la información para mejorar el acceso, la eficiencia, la transparencia y la calidad de la atención sanitaria

La publicación electrónica del website *Ihealthbeat.org*, de la Fundación para la Atención Sanitaria en California, concluye que esta ley impone criterios de calidad tanto en los informes electrónicos que generen los proveedores de salud mediante el uso de HCE, como en el intercambio de información de salud y en las redes sanitarias. El objetivo, en el futuro, es recoger datos para enlazar los tratamientos y los cuidados con los pagos correspondientes.

Calidad de atención sanitaria

La ley también prevé una nueva estrategia nacional para mejorar la calidad de atención de salud mediante:

- Recolección de datos.
- Desarrollo de medidas de calidad.
- Información pública.
- Presentación de informes con un grupo de trabajo interinstitucional.

Además, la ley incluye disposiciones destinadas a mejorar la transparencia y reducir el fraude mediante la gestión eficiente de almacenamiento de datos y de informes electrónicos.

La calidad en la recogida de la información sanitaria, mediante el impulso de los sistemas de información, consiste en que los médicos y los hospitales recojan y compartan información sobre pacientes y cuidados. De esta forma, los médicos y los hospitales deben proporcionar información, como los índices de masa corporal de sus pacientes o qué porcentaje de sus pacientes fuman cigarrillos.

Información pública

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) establecerá un sitio web de acceso público que ofrecerá información sobre factores de riesgo para ciertas enfermedades y sugerencias sobre cómo prevenir las mismas.

En la aprobación de esta ley, son muchos los que opinan que Internet ha desempeñado un papel esencial, sobre todo porque ha permitido un proceso más abierto y transparente, lo que a su vez ha supuesto que un gran número de personas participasen en el debate de una forma u otra, en un sentido o en otro, y casi todos de forma apasionada.

Se han utilizado, sobre todo, instrumentos como los blogs de republicanos y de demócratas. *The Economic Times* destaca el uso frenético que los demócratas realizaron de Twitter para informarse en tiempo real durante el proceso de votación sobre el posible cambio de opinión de algún legislador. ■

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

medical finders

“de médico a médico”



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

¿Está dispuesto a mejorar?

www.medicalfinders.es

Capital Riesgo

¿Contar un proyecto o una historia?



Luis G. Pareras*

Muchas de las presentaciones de los emprendedores sanitarios a los inversores son presentaciones que utilizan frases como «mercado extraordinario», «estoy pendiente de completar mi patente», «no tengo competidores», «el volumen de ventas que quiero alcanzar es de tantos muchos millones de euros al año», etc. Este tipo de presentación es claramente contraproducente, pues demuestra a veces la falta de contacto con la realidad.

Presentar bien nuestra idea puede significar la diferencia entre el éxito o el fracaso. Pero, ¿cómo conseguir presentarnos a nosotros mismos y nuestra compañía de modo que los inversores tengan interés en invertir?

Muchos emprendedores quieren creer que su tecnología o su oportunidad de negocio son extraordinarias y que hablan por sí mismas, por lo que su potencial debería ser obvio a los inversores. Pero lo cierto es que lo único que ve el inversor en ese momento es al propio emprendedor. Cuando estamos de pie frente a la sala y exponemos nuestra idea, los inversores están más pendientes de nosotros que de los detalles de nuestro negocio. El cómo los inversores perciban que somos influirá de manera muy importante en su decisión de seguir adelante e invertir en nuestra compañía. Si no inspiramos confianza, puede que nunca más tengamos oportunidad de enseñarles de nuevo nuestra gran tecnología, nuestro gran equipo o las prometedoras patentes que nos han concedido.

Analicemos tres necesidades importantes:

1. ¿Cuál es nuestro objetivo fundamental en esta reunión? El objetivo no es tener un cheque firmado con el dinero que necesitamos al salir de la sala de reuniones. Aunque eso sería fantástico, no va a suceder. En su lugar, nuestro objetivo es intrigar al inversor para que quiera saber más de nuestro proyecto y, por tanto, que este inversor nos ofrezca la oportunidad de tener una segunda o una tercera reunión y así podamos compartir información más en detalle. Debemos

recordar que si las cosas van bien, más adelante, durante el proceso de due diligence (el análisis más específico del negocio, el mercado y los competidores), tendremos amplias oportunidades para impresionar a los inversores con los detalles. En esta primera reunión, los detalles no son lo importante: el concepto es lo que queremos transmitir.

2. Descripción detallada de nuestro modelo de negocio. Los profesionales sanitarios en búsqueda de capital riesgo y los inversores hablamos un lenguaje distinto. Mientras el profesional sanitario está entusiasmado con su proyecto, lo beneficioso que será y sus retos científicos, los inversores están pensando más en clave de rentabilidad económica (¿cómo harán dinero con nosotros?). Por lo tanto, debemos dejar muy claro cómo los inversores van a poder obtener un retorno a su inversión. El mejor discurso para el inversor ofrece una descripción detallada de nuestro modelo de negocio, establece cuál es nuestra ventaja competitiva, define quiénes serán los clientes de nuestro producto o servicio y determina los canales de distribución para llegar a ellos. Es decir, un discurso que explique claramente cómo se va a rentabilizar la inversión.

3. ¿Cuál es la diferencia entre presentar un proyecto y contar una historia? Una presentación no es más que una conferencia «unidireccional» donde nosotros hablamos y la audiencia escucha. Una historia es una presentación «bidireccional», interactiva, entretenida, donde el que presenta interactúa con la audiencia. Por lo general, una historia es recordada mucho mejor y de modo más positivo. Desgraciadamente, muchas de las presentaciones a las que asisto establecen una distancia entre el que presenta y su audiencia, en una especie de escenario de «nosotros contra ellos». Es un error. Para evitarlo es importante establecer una relación de confianza, quizá explicando algunas cuestiones personales o estableciendo una dinámica de la relación que no pretenda sólo presentar nuestra iniciativa olvidándonos de todo lo demás. ■

» Las tecnologías de la información pueden contribuir enormemente a que la información fluya con eficiencia a todos los lugares donde sea necesaria.

» La nueva relación médico-paciente, y las inmensas posibilidades de la información en un entorno digital, plantean nuevos problemas de limitación del acceso a la información y de confidencialidad.

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

Hospital de Madrid y CNIO, frente al cáncer

El presidente de la Fundación Hospital de Madrid, el Prof. Dr. Juan Martínez López de Letona; y el secretario de Estado de Investigación y presidente de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) Carlos III, Felipe Péttriz, han firmado un convenio de colaboración para la puesta en marcha de Unidades de Investigación Clínica Asociadas (UICA) del Programa de Investigación Clínica (PIC) del CNIO, en un acto presidido por Esperanza Aguirre, presidenta de la Comunidad de Madrid. El convenio pondrá en marcha UICA del máximo prestigio internacional pertenecientes al PIC del CNIO que fomenten la innovación en el manejo del cáncer. ■



Prof. Martínez (izda.), Péttriz, Aguirre, Abarca Campal, Fernández-Lasquetty, Dr. Hidalgo y Dr. Abarca Cidón.

IV Premios Fundación Biogen Idec

El secretario de Estado de Investigación, Felipe Péttriz, ha entregado, en el Centro Nacional de Biotecnología, los IV Premios de la Fundación Biogen Idec, que reconocen el mejor trabajo de investigación básica realizado por jóvenes científicos españoles, dentro o fuera de España.

“El nivel de los proyectos recibidos y el de los currículos de los participantes ha sido excepcional”, según Guillermo Sellers, director médico de la Fundación Biogen Idec, para quien este hecho demuestra el alto nivel de la investigación realizada por los jóvenes científicos españoles.

En el área de Oncología, el jurado ha determinado que el trabajo ganador sea “Regulation of ERBB” by oestrogen receptor-PAX2 determines response to tamoxifen”, presentado por Antoni Hurtado y publicado en *Nature* en diciembre de 2008. En el área Cardiovascular ha sido galardonado el trabajo presentado por Olga Barreiro, titulado “Endothelial adhesion receptors are recruited to adherent leukocytes by inclusion of a preformed tetraspanin nanoplateform”. Por su parte, el proyecto presentado por Lorena Riol-Blanco, “Immunological synapse formation inhibits, via NF- κ B and FOXO1, the apoptosis of dendritic cells”, ha sido el ganador en el área de Inmunología y Neuroinmunología. ■

Siempre, en primera línea

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

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

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

asisa

Somos médicos

901 10 10 10 | www.asisa.es

2010

guía de impuestos

¿Cuánto me van a retener por los dividendos que cobre de Telefónica? ¿Cuál es el valor catastral de mi consulta? ¿Qué IVA he de pagar por la compra de jeringuillas y desinfectantes? Si contrato a una enfermera para mi clínica, ¿tengo deducciones fiscales?

Por José Ignacio Alemany Bellido*

Todos los años, el Gobierno y el Parlamento, en mayor o menor medida, introducen cambios en los impuestos. Unas veces a favor del contribuyente y otras en contra. Este año de 2010, la crisis económica es la principal responsable de la mayor parte de las modificaciones fiscales que, por medio de la Ley 26/2009 de Presupuestos Generales del Estado, se han introducido en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, el Impuesto sobre Sociedades, el Impuesto sobre el Valor Añadido y el Impuesto sobre Bienes Inmuebles.

Además, se han promulgado o están en tramitación diversas normas que, pese a regular otros asuntos, también modifican leyes y reglamentos de carácter tributario. Es el caso de la Ley de Medidas Urgentes para el Mantenimiento y el Fomento del Empleo y las Personas Desempleadas, o de la Ley de Economía Sostenible, aún en tramitación. ¿Cómo le afectan, personal y profesionalmente, dichas modificaciones? Se lo contamos a continuación.

Ahorrar le saldrá más caro

Sus ahorros, si es que no los tiene en su casa, le generarán menos dinero, porque por ellos (intereses bancarios, dividendos, etcétera) tendrá que pagar a Hacienda un punto más (del 18 al 19 por ciento) si la ganancia no supera los 6.000 euros, y tres puntos más (hasta el 21 por ciento) si supera esa cifra. ¿Y a qué conceptos es aplicable este nuevo tipo impositivo? Forman parte de la denominada renta del ahorro.

Con carácter general, los rendimientos de capital mobiliario siguientes:

- Los obtenidos por la participación en fondos propios (por ser accionista, socio o partícipe) de cualquier entidad.
- Los obtenidos por la cesión a terceros (por ser prestamista u obligacionista) de capitales propios.
- Los procedentes de operaciones de capitalización, de contratos de seguro de vida o invalidez y de rentas derivadas de la imposición de capitales.
- Las ganancias y pérdidas patrimoniales que se pongan de manifiesto por la transmisión de elementos patrimoniales.

Si esos mismos intereses o rendimientos los ha percibido en el ejercicio 2009, tributará al 18 por ciento por la totalidad de lo percibido.

Cobrará menos dividendos por sus acciones y el banco le retendrá un 1 por ciento más

Baja la rentabilidad financiero-fiscal de sus acciones y cuentas bancarias porque sube su tributación.

Muchas empresas que cotizan en Bolsa han anunciado que este año mantendrán los dividendos que repartieron en 2009. Otras, incluso, los han aumentado. En cualquier caso, la rentabilidad de las acciones se verá sensiblemente disminuida a la hora de su cobro, ya que la retención (el tipo aplicable) en origen se ha incrementado, a partir del pasado



Agencia Tributaria
Teléfono: 901 33 55 33
www.agencia tributaria.es

Impuesto sobre la Renta

Declaración

Declarante y cónyuge, en caso de matrimonio no

Identificación del primer declarante. En su caso de cónyuge, en su caso de cónyuge, en su caso de cónyuge.

Primer
de 1984 Actual

que lasen la celebración de matrimonios o uniones civiles y la
aplicar dicho cambio considerando la presente declaración como
las previstas en el Orden 194/1274/2007, de 26 de abril.

primer declarante

Nombre Número
de 1984 Actual

Nombre:

de domicilio

y dirección actual

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

de domicilio

Representante

Análisis y control
o actual 1504

Fecha y firma de la declaración

El contribuyente que suscribe los datos consignados en la presente declaración

el día de mes de año

“Se han promulgado o están en tramitación diversas normas que, pese a regular otros asuntos, también modifican leyes y reglamentos de carácter tributario”

1 de enero, del 18 al 19 por ciento en los siguientes casos:

- Los rendimientos del capital mobiliario, entre los cuales se encuentran los intereses de cuentas bancarias y los dividendos de las acciones.
- Las ganancias patrimoniales sometidas a retención, premios por participación en juegos, concursos o rifas.
- Alquiler de inmuebles urbanos.
- Propiedad intelectual, industrial, etcétera, y cesión de derechos de imagen a los que no se les aplica el tipo del 24 por ciento.

Si tiene consulta, puede estar de enhorabuena

Si ejerce la Medicina privada como autónomo, hay una novedad impositiva interesante. En el IRPF se ha introducido una reducción del 20 por ciento del rendimiento neto de su negocio cuando la cifra de éste sea inferior a cinco millones de euros y la plantilla media que mantenga no supere 25 empleados. Esta reducción sólo es aplicable, a los períodos impositivos de 2009, 2010 y 2011, si usted mantiene el empleo o crea

puestos de trabajo.

Se entiende que una persona mantiene o crea empleo cuando en cada uno de los citados períodos impositivos la plantilla media utilizada en el conjunto de sus actividades económicas no es inferior a uno y a la plantilla media del período impositivo 2008. Si usted no ha desarrollado ninguna actividad económica en su consulta, despacho o clínica con anterioridad al 1 de enero de 2009, la plantilla media correspondiente al ejercicio 2008 será cero.

Teniendo en cuenta esta modificación, si la actividad de su clínica, consulta o despacho no supera los 5 millones, puede resultarles muy ventajoso

contratar al menos a un trabajador y mantenerlo hasta el ejercicio 2011, incluido.

¿Y cuánto tengo que pagar por el IVA?

Atención a los nuevos tipos impositivos en el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA). Con efectos desde el 1 de julio de 2010 se eleva el tipo general del IVA del 16 al 18 por ciento y el tipo reducido de dicho impuesto sube un punto: del 7 al 8 por ciento.

Se elevan también los tipos impositivos del IVA que corresponden a las compensaciones que deben pagarse a los empresarios titulares de las explotaciones a las que les sea de aplicación el régimen especial de la agricultura, ganadería y pesca en las siguientes condiciones:

- Del 9 al 10 por ciento para las entregas de productos naturales obtenidos en explotaciones agrícolas o forestales y en los servicios de carácter accesorio de dichas explotaciones.
- Del 7,5 al 8,5 por ciento para las entregas de productos naturales obtenidos en explotaciones ganaderas o pesqueras y en los servicios de carácter accesorio de dichas explotaciones.

También se ha modificado el tipo impositivo de los arrendamientos con opción a compra de edificios destinados a viviendas del tipo general (16 por ciento) al tipo reducido (8 por ciento a partir del 1 de julio), incluidas dos plazas de garaje y sus anexos que se arrienden conjuntamente.

Por otro lado, se ha establecido el tipo superreducido del IVA (4 por ciento) para los arrendamientos con opción de compra de edificios o partes de los mismos destinados exclusivamente a viviendas calificadas administrativamente como de protección oficial de régimen especial o de promoción pública, incluidas dos plazas de garaje y sus anexos que se arrienden conjuntamente.

Además, el Gobierno ha anunciado una rebaja del IVA para la rehabilitación de viviendas y los profesionales que en esta tarea intervienen, como albañiles, fontaneros, electricistas, etcétera.

Puntos clave

» Si la actividad de su clínica, consulta o despacho no supera los 5 millones, puede resultarles muy ventajoso contratar al menos a un trabajador.

» Para conocer el valor catastral de su inmueble en 2010 bastará multiplicar el del año 2009 por 1,01.

Para los médicos residentes en el extranjero

¿Percibe rendimientos del capital mobiliario sometidos a tributación en España aunque no resida aquí? Si es así, debe saber que desde el 1 de enero de 2010 el tipo de retención aplicable en el Impuesto sobre la Renta de los No Residentes a las siguientes rentas, que se entienden obtenidas en territorio español, ha pasado del 18 al 19 por ciento:

- Dividendos y otros rendimientos derivados de la participación en fondos propios de una entidad.
- Intereses y otros rendimientos obtenidos por la cesión a terceros de capitales propios y ganancias patrimoniales que se pongan de manifiesto con ocasión de transmisiones de elementos patrimoniales.

También se aplica el mismo tipo para gravar las rentas obtenidas por establecimientos permanentes (sucursales) de entidades no residentes cuando esas rentas se transfieran al extranjero.

A partir del 1 de enero de 2010 se exige adicionalmente que las retribuciones previsibles derivadas del contrato de trabajo en cada uno de los períodos impositivos en los que se aplique este régimen no superen la cuantía de 600.000 euros. No obstante, los contribuyentes que se hubieran desplazado a territorio español con anterioridad al 1 de enero de 2010 podrán aplicar el régimen fiscal especial sin que les afecte dicha restricción.

¿Ha vendido su empresa algún inmueble en 2010?

Si es así, tenga en cuenta que, como todos los años, en el Impuesto sobre Sociedades se han actualizado los coeficientes de corrección monetaria para calcular el importe de la depreciación monetaria que se producirá sobre los bienes inmuebles que se transmitan durante el ejercicio 2010.

Además, ha de tener en cuenta que se ha elevado del 18 al 19 por ciento el porcentaje general de retención o ingreso a

“El Gobierno ha anunciado una rebaja del IVA para la rehabilitación de viviendas y los profesionales que en esta tarea intervienen, como albañiles, fontaneros, electricistas, etc...”

En el caso, por ejemplo, de un médico residente en Inglaterra o Portugal que en el ejercicio 2010 perciba dividendos por su participación en los fondos propios de una entidad residente en España, la entidad pagadora estará obligada a retenerle el 19 por ciento del importe íntegro exigible o satisfecho.

Para los médicos que se desplacen a España a trabajar

Otra novedad muy comentada en los medios de comunicación es la modificación del régimen fiscal especial aplicable a los trabajadores en general, y al personal sanitario en particular, desplazados a España a trabajar, introducido en su día en el sistema impositivo español mediante la llamada Ley Beckham. Este régimen les permite tributar como no residentes (con la consiguiente aplicación de un tipo fijo de imposición) si se cumplen una serie de condiciones.

cuenta sobre dividendos, intereses, arrendamiento o subarrendamiento de cualquier tipo de inmueble, ya sean urbanos o rústicos.

Mi sociedad gana menos de cinco millones

Si el importe de la cifra neta de negocios de su sociedad es inferior a 5 millones no deje pasar esta oportunidad. Porque al igual que ocurre en el IRPF, para los períodos impositivos que se inicien dentro de los años 2009, 2010 y 2011 en el Impuesto de Sociedades se establece un tipo de gravamen reducido por mantenimiento o creación de empleo para las entidades cuyo importe neto de la cifra de negocios (facturación neta) durante dichos períodos sea inferior a 5 millones de euros y la plantilla media en los mismos sea inferior a 25 empleados. Las entidades que cumplan estos requisitos aplicarán los siguientes tipos de gravamen:

“¿Quiere saber el valor catastral de sus inmuebles? Los valores catastrales de bienes inmuebles en el año 2010 se actualizan un 1 por ciento en el Impuesto sobre Bienes e Inmuebles”

- El 20 por ciento por la parte de base imponible comprendida entre 0 y 120.202,41 euros.
- El 25 por ciento por la base imponible restante.

Sube el valor catastral de su piso y consulta

¿Quiere saber el valor catastral de sus inmuebles para el 2010? Los valores catastrales de bienes inmuebles en el año 2010 se actualizan un 1 por ciento en el Impuesto sobre Bienes Inmuebles. Así, para conocer el valor catastral de su inmueble en 2010 bastará multiplicar el del año 2009 por 1,01.

¿Y qué hay de los tipos de interés?

El tipo de interés legal del dinero sigue igual desde el 1 de abril de 2009: el 4 por ciento. Pero si no ha pagado en plazo sus deudas tributarias o quiere solicitar su aplazamiento, tenga en cuenta que el tipo de interés de demora aplicable en el 2010 es del 5 por ciento.

Si le han despedido...

En el IRPF, las prestaciones por desempleo tributan en su totalidad como rendimientos del trabajo personal. Sin embargo, cuando se perciban en la modalidad de pago único los primeros 15.500 euros (12.020 para el período impositivo 2009) están exentos de tributación y sólo el exceso tributa como rendimientos del trabajo personal.

Pero para poder beneficiarse de esta exención es necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- Que las cantidades percibidas se destinen a la realización de una actividad profesional como trabajadores autónomos o socios trabajadores de una cooperativa de trabajo asociado o sociedad que tenga el carácter de laboral.

- Que se mantengan durante cinco años bien la actividad, bien las acciones o participaciones de las sociedades laborales o cooperativas de trabajo asociado en las que se hubiera integrado.

La parte de la prestación que exceda de los 15.500 euros tributará como rendimientos del trabajo personal, pudiendo imputarse toda la prestación al mismo ejercicio o a cada uno de los períodos impositivos en que, de no haber mediado el pago único, se hubiese tenido derecho a la prestación.

¿Me quitarán la deducción de los 400 euros?

Si ejerce la Medicina por cuenta ajena, tiene consulta como autónomo o es un médico jubilado tiene que saber en qué condiciones se mantiene, para el período impositivo 2010, la famosa deducción de los 400 euros por obtención de rendimientos del trabajo o actividades económicas, establecido por el presidente del Gobierno en junio de 2008. La cosa queda así:

Desde el 1 de enero de 2010 se limita la aplicación de esta deducción a aquellos contribuyentes que, percibiendo rendimientos del trabajo o de actividades económicas, no hayan obtenido en el ejercicio rentas sometidas a tributación superiores a 12.000 euros. El importe de la deducción será el siguiente:

- Contribuyentes con rentas anuales inferiores a 8.000 euros anuales: 400 euros anuales.
- Contribuyentes con rentas entre 8.000 y 12.000 euros anuales: 400 euros menos el resultado de multiplicar por 0,1 la diferencia entre la base imponible y 8.000 euros anuales. Deducción máxima: 200 euros anuales.

Por ejemplo, un médico residente de primer año, que en el ejercicio 2010 va a obtener rentas sometidas a tributación iguales a 10.000 euros, podrá deducirse 200 euros. ■

Los jueves de Medical Economics

Innovación y talento en el sector de la salud

Jueves, 6 de Mayo de 2010, 19.30 h

Sede:
Hotel AC Cuzco
Paseo de la Castellana, 133

Con la colaboración de



INSCRIPCIÓN GRATUITA. Plazas limitadas
Tel.: 91 500 20 77. Fax: 91 500 20 75.
e-mail: medeconomics@drugfarma.com.
Persona de contacto: Rosana Sánchez



SITGES (Barcelona) - 21 de mayo de 2010

Acreditado con 0'8 Créditos
de Formación Médica Continuada
por la Comisión de Formación Continuada
del Sistema Nacional de Salud
y el Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries

**TERAPIAS AVANZADAS EN EUROPA:
CELULAS MADRE Y RETOS EN SALUD**
Augusto Silva

**ASPECTOS BIOETICOS DE LA MEDICINA
REGENERATIVA FRENTE AL
ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO**
Luis Felipe Gil Chikin

**CELULAS MADRE Y PRP
EN REJUVENECIMIENTO CAPILAR
Y CUTANEO: APLICACIONES TOPICAS
E INFILTRATIVAS**
Denis Barritault, Alain Gondinet,
Alberto Gorrochategui, Alessio Redaelli
y Roberto Tullii

PRF: IMPLANTES DE FIBRINA AUTOLOGA
Maurizio Ceccarelli, J. Víctor García,
Claudine Hadida, Philippe Schaison
y Braham Shroot

**APLICACIONES COSMETICAS DE LAS
CELULAS MADRE DE ORIGEN VEGETAL**
Barbara S. Polla

Programa Completo en www.confitera.com

Con el apoyo institucional de



Con la colaboración de



Organiza:
CONFRONTACIONES TERAPEUTICAS
www.confitera.com



10 Pasos para lograr una consulta mejor

CÉNTRESE EN LAS COSAS SIMPLES QUE PUEDEN MEJORAR LA ASISTENCIA A LOS PACIENTES Y SU EFICACIA. Por Leigh Page

Si preguntáramos a diez médicos sobre el reto más duro en su consulta, obtendríamos diez respuestas diferentes. Si le preguntáramos a cien, empezarían a surgir temas comunes. Muchos están de acuerdo en que el único factor que podría mejorar sus consultas a menudo, también sus vidas, es cualquier cosa que consiga librarlos de ese sentimiento constante y persistente de ir retrasados. Tanto si se trata de cuartos estrechos, de trabajo acumulado, de multitud de pacientes o de teléfonos que no paran de sonar, cada vez resulta más di-

fícil tener y mantener a una consulta bajo control.

Para echarle una mano, *Medical Economics* ha pedido consejo a médicos y a expertos en gestión de consultas para conseguir tener su consulta bajo control. Muchas de las siguientes estrategias pueden ser justo lo que usted necesita para volver a encarrilar su consulta o para hacer que avance hasta el siguiente nivel.

1. CONTROLE SU ESPACIO

Cuando los clientes le preguntan a Greg Korneluk cuál es la mejor manera de maximizar el espacio y de racionalizar los trá-

mites de oficina, su respuesta es muy simple: supone casi eliminar la sala de espera y enviar a los pacientes directamente a la sala de reconocimiento, donde se administran los ingresos y las altas y los pacientes se sienten en pequeñas zonas de espera mucho más personales. “Si puede reducir el tamaño de la sala de espera, puede añadir dos salas de reconocimiento más”, dice Korneluk, presidente del Consejo Internacional por la Calidad de la Asistencia en Boca Raton, Florida.

Según Korneluk, las consultas que están construyendo oficinas nuevas han adoptado esta idea radical. Entre tanto,



una consulta de Otorrinolaringología en Lincoln, Nebraska, siguió adelante con sus planes de tener una sala de espera que ahora apenas utiliza; los médicos le han dicho a Korneluk que es “un desperdicio de espacio”.

2. CONTROLE SU RITMO DE TRABAJO

Puede resultar complicado saber qué es una reducción del ritmo de trabajo, dice Kenneth T. Hertz, un asesor de Alexandria, Louisiana. Así que cuando asesora a una consulta, Hertz saca su cronómetro y calcula la duración de cada paso de la visita del paciente. En una consulta de

medicina de familia en Vermont, determinó una disminución del ritmo en la sala de reconocimiento. Los pacientes eran conducidos a las salas de reconocimiento donde tenían que esperar hasta treinta minutos para ver al médico.

“Las salas de reconocimiento estaban llenas, y los pacientes irritados”, dice. ¿Dónde estaba el médico? Atendiendo el teléfono. Los que llamaban sabían que debían contactar con él en otro momento.

El ritmo también puede verse atascado simplemente por los descansos diarios para la comida. Lori Foley, directora de Gates Moore & Company, una empresa dedicada al asesoramiento de consultas con sede en Atlanta, recuerda una consulta ortopédica del sudeste de Estados Unidos que cerraba por completo para comer.

“Cerrar la consulta antes de comer y volver a abrirla después es ineficiente”, comenta.

Foley convenció a la consulta de que siguiera trabajando durante la hora de la comida, escalonando los turnos de sus empleados. Ahora, los médicos trabajan de continuo, comiendo entre pacientes. La consulta tiene más visitas y es próspera.

3. CONTROLE LAS LLAMADAS

A nadie le gustan los menús telefónicos, ¿pero hay alguna alternativa mejor? Medical Plaza Family Medicine de Florence, Carolina del Sur, ha encontrado una. En esta consulta formada por cuatro médicos, los pacientes se comunican con ellos a través de un número de teléfono diferente. Los empleados de cada médico se esfuerzan por contestar cada llamada. Se ayudan unos a otros respondiendo a las llamadas que llegan a través del número general. En muchas consultas, puede llevar horas que un

mensaje que un paciente deja en la recepción llegue hasta el médico, pero las llamadas en Medical Plaza siempre alcanzan su objetivo, dice Richard Alexander, un socio de la consulta. De hecho, añade, a menudo oye la conversación porque está tan sólo a unos pasos del teléfono.

“Al contrario de la creencia popular, los recepcionistas no deberían contestar llamadas”, dice Cynthia L. Dunn, asesora de la Asociación de Gestión del Grupo Médico en Playa Cocoa, Florida. Ella cree que las consultas deberían contratar a un telefonista por unos 30.000 dólares al año y colocar su lugar de trabajo lejos de la recepción. El resultado es una zona de recepción mucho más tranquila con pocos errores puesto que no hay distracciones telefónicas.

En la sala de espera de una ajetreada consulta en el oeste de Estados Unidos, Dunn vio que un paciente se dirigía a la recepcionista, que en ese momento estaba hablando por teléfono con el manos libres, e intentó hablar con ella. “La recepcionista simplemente comenzó a hablar más alto”, recuerda Dunn.

4. CONTROLE EL PAPELEO

Aunque poca gente disfrute ocupándose del papeleo, Hertz aconseja a los médicos que hagan un seguimiento rutinario. Una vez recibió la llamada ansiosa de un médico de Asistencia Primaria que trabaja solo. Mientras su

contable estaba de vacaciones, se encontró con tres semanas de cargos que nunca habían sido presentados a pagadores de terceras personas.

Hertz aconsejó al médico: “Antes de que empieces a echarle la culpa, necesitas mirar el volumen de tu pila de trabajo”. Resultó que la contable estaba con el agua al cuello y precisaba ayuda del resto de los empleados. Por supuesto, la mayoría del papeleo



“Cerrar la consulta antes de comer y volver a abrirla después es ineficiente”

– Lori Foley, directora,
Gate Moore
& Company, Atlanta

se eliminaría cambiándose a un sistema de registro electrónico, pero puede resultar caro y abrumador. Korneluk aconseja tomar una medida intermedia: escanée todo el papeleo en su ordenador. En lugar de utilizar un sistema electrónico demasiado caro, puede organizar los archivos en carpetas en su ordenador. Esto es lo que uno de sus clientes, la Clínica Scott & White, una consulta formada por 600 médicos de Temple, Texas, está haciendo antes de instalar un registro médico electrónico.

Korneluk reconoce que pedir a los empleados que pasen todos los documentos por un escáner supone un reto, pero después de un período de tiempo relativamente corto, el uso de escáneres económicos distribuidos por toda la oficina se convierte en rutina.

5. RACIONALICE SIN DESCANSO

Hacer que una consulta sea más eficiente significa dar con los problemas antes de que golpeen la pantalla del radar.

Foley recuerda la consulta de un ginecólogo que tenía dificultades con las visitas largas. Al final, resultó que la consulta no tenía suficientes monitores fetales Doppler para cada sala de reconocimiento, de manera que los médicos que necesitan uno tenían que salir a buscarlo, a menudo en medio de una visita. La negativa de la consulta a comprar un aparato para cada sala, a un precio de 300 ó 400 dólares cada uno, no tenía sentido desde el punto de vista económico”, comenta.

Las estrategias completamente nuevas pueden dar un impulso a la eficiencia, como pedirle al paciente que rellene formularios de los que normalmente se ocupan los empleados. “El empleado más infrutilizado es el paciente”, dice Korneluk, y añade que los pacientes tienen menos tendencia a cometer errores al rellenar datos con su propia información.

El tiempo de los empleados también se puede reducir con la tecnología. Por ejemplo, Foley apoya los recordatorios de citas automatizadas. Estos sistemas telefónicos, que cuestan unos 1.000 dólares, utilizan una voz artificial que puede ser programada por el usuario.

“Una consulta de Carolina del Sur llevó los gráficos de sus pacientes a las consultas. “No queríamos trabajar en el pasado”

– Richard Alexander, MD,
Medical Plaza Family Medicine,
Florence, Carolina del Sur



6. HAGA UN ESFUERZO EN EQUIPO

Jon Fowler, director de la consulta Village Pediatrics, formada por dos médicos, en Chapel Hill, Carolina del Norte, dice que cuando sus empleados se unen, surgen nuevas ideas.

“Muy a menudo, se consiguen verdaderas joyas”, comenta. Por ejemplo, la consulta decidió utilizar la prueba para la detección rápida del virus de la gripe con moderación porque las enfermeras dijeron que existen otras maneras de identificar a los pacientes que pueden necesitar la vacuna y, añade Fowler, “la consulta pierde dinero con cada prueba. “Jamás hubiéramos podido tener esa perspectiva sin traer diferentes puntos de vista a la misma habitación”, dice.

Hay otras manera de poner en común las ideas. En Medical Plaza Family Medicine, Alexander y sus empleados han estado manteniendo reuniones como un club de lectura, leyendo capítulos de *Si Disney dirigiera tu hospital: 91/2 Cosas que harías de otra manera* de Fred Lee (AHA/Second River Healthcare, 2004). El libro comenta por qué las percepciones son más importantes que la realidad, la lealtad del paciente es más importante que la satisfacción, la cortesía es más

importante que la eficiencia, y la experiencia es más importante que el servicio. “El libro ha provocado un montón de debates acerca de cómo podríamos hacer las cosas de otra manera”, dice Alexander.

7. FORME BIEN A SUS EMPLEADOS

Dunn dice que la mayoría de las consultas proporcionan muy poca formación para los recién contratados, y eso se nota. Muchos empleados no conocen los datos básicos acerca de su consulta, como los nombres de los médicos, las horas de operación y el número de fax.

“La formación puede llevarse a cabo en la misma consulta”, añade Dunn, pero los directores deben pensar con mucho cuidado qué formador eligen. Se necesitan empleados que expliquen bien las cosas, tengan paciencia y puedan abandonar su trabajo por unas horas. “Para aumentar la eficiencia, los formadores deberían desarrollar una lista de control con las cosas que el recién contratado precisa saber. Los empleados pueden proporcionar la mejor aportación para una lista de control”, dice Dunn, porque pueden recordar cómo se sentían ellos cuando llegaron a la consulta.

En Medical Plaza Family Medicine, “un recién contratado sigue a un empleado experimentado por todas partes, como una sombra” durante una semana, dice el socio Edward Behling. Añade que aprender a utilizar nuevas herramientas ayuda una barbaridad, como los gráficos llenos de carpetas e informes, que el recién llegado puede consultar. Dunn y otros recomiendan proporcionar “chuletas” para las diversas dudas clínicas y de oficina, incluso compilar un cuaderno para empleados que contenga toda la información importante en el mismo lugar.

8. RECOMPENSE EL ESFUERZO EXCEPCIONAL

Las bonificaciones pueden aumentar la moral de los empleados, pero Foley prefiere que no sean generales, ya que puede que algunos empleados no se las merezcan. Recomienda otorgar bonificaciones a la actuaciones cuantificables, como el número de días que las facturas permanecen en cuentas por cobrar para los

empleados que facturan, una medida que puede aplicarse fácilmente utilizando un programa de gestión de la consulta. Behling, en cambio, no estaba contento con el sistema de bonificaciones en su consulta y lo abandonó hace algunos años. En Medical Plaza Family Medicine, cada médico tiene un equipo formado por una enfermera y otros empleados que están acostumbrados al estilo de consulta de ese médico. El sistema de bonificaciones estaba basado en la actuación de cada equipo, pero “creaba disensiones” entre los equipos, dice. “La gente pensaba, ‘No voy a ayudar a tu equipo porque tú no ayudarías al mío’”.

Los elogios y el reconocimiento tienen el mismo efecto en los empleados que el dinero, añade Hertz. Recuerda que hace muchos años, como director de una consulta de Nueva Orleans, el médico y él elegían regularmente a un empleado para elogiarlo. El médico escribía una nota en un papel elegante y la enviaba a la casa del empleado. “Cuando la habría delante de su esposa, tenía mucho efecto”, recuerda.

9. ENCUENTRE SU PROPIA MANERA DE HACER LAS COSAS

Hay muchos libros sobre cómo mejorar su consulta, pero las consultas de éxito parecen seguir sus propios caminos, dice Marjorie Satinsky, asesora afincada en Durham, Carolina del Norte.

Cuando Kimberly Gush, fundadora de Village Pediatrics, preparaba una consulta de dos médicos hace unos años, llegó a Satinsky con un plan que iba en contra de la sabiduría convencional. Mientras los médicos de otras consultas intentaban ver a cinco o seis pacientes a la hora, ella pretendía atender a dos o tres. Vien-

“Los elogios y el reconocimiento tienen el mismo efecto en los empleados que el dinero”

– Kenneth T. Hertz,
asesor de Alexandria,
Louisiana



do su consulta desde la perspectiva de una madre de niños pequeños, no quería que sus pacientes se sintiesen apurados. Las visitas más largas podrían ser una gran herramienta de marketing para Village Pediatrics, pero la consulta tenía que conseguir que fueran económicamente sostenibles. Satinsky trabajó duro para negociar contratos de seguros médicos favorables, la consulta adquirió un sistema de registro de historial médico electrónico, lo que mantendría los costes bajos, y Fowler sugirió más métodos para conseguir la eficacia. Dos años después de abrir, la consulta no sólo tiene un horario completo, sino que es económicamente prometedora.

Alexander también nada a contracorriente. Cuando Medical Plaza Family Medicine rediseñó su espacio de oficina, “no queríamos trabajar en el pasado”. Tradicionalmente, los gráficos se colocan en

la oficina, pero eso le preocupaba. Alexander pensó que debían estar en las consultas, donde los médicos pudieran consultarlos. Así lo hicieron.

10. NUNCA DEJE DE CAMBIAR

Las consultas se enfrentan a un dilema: El cambio es bueno, pero cuando llega, mucha gente quiere seguir otra dirección. Korneluk intenta hacer que los cambios sean menos amenazantes pidiendo a sus médicos que los repartan en pequeñas dosis. Ponga a prueba una nueva idea sólo un día, aconseja. Lo llama “un día perfecto”.

Si la consulta ha puesto a prueba una idea durante un breve período de tiempo y se plantea lo que ha gustado y lo que no, “siempre pueden darle unos retoques”, comenta Korneluk. “Así, pueden llegar a una idea mejor”.

Behling es un retocador empedernido. Hace varios meses, comenzó a desarrollar un formulario de cosas pendientes y no ha dejado de racionalizarlo, de manera que cabría en una sola página y contendría sólo la información esencial para la codificación. Empezó con dos formularios, para una visita de rutina y para una visita de síntomas, y luego los combinó y redujo la letra para que toda la información encajara. Lo ha estado mejorando desde entonces. “Puedes ponerte elocuente en esos formularios, pero mucha de la información es innecesaria”, señala. Recientemente, llevó a cabo la undécima versión del formulario, con un espacio para que el asistente médico pueda añadir información a mano, como la historia de la enfermedad concreta o que el paciente dejó de tomar su medicación.

“La asistencia sanitaria evoluciona continuamente”, dice Hertz. “No puede ser como antes. No dejar de cambiar significa no dejar de aprender”. ■

CÓMO DIRIGIR UNA CONSULTA EFICIENTE

SÍ

- ◆ Establezca varios turnos para comer.
- ◆ Haga un seguimiento de su papeleo regularmente.
- ◆ Pídale a los pacientes, no a los empleados, que rellenen los formularios.
- ◆ Adquiera un sistema telefónico automatizado.
- ◆ Elogie y reconozca el esfuerzo de sus empleados.

NO

- ◆ Deje que la recepción conteste las llamadas.
- ◆ Forme a sus empleados.
- ◆ Excluya a sus empleados de las sesiones de puesta en común de ideas.
- ◆ Tenga miedo de poner a prueba nuevas ideas.
- ◆ Trabaje en el pasado cuando rediseñe su consulta.

Médicos de hospital

Cada vez más médicos en Estados Unidos cambian la medicina de familia por la atención hospitalaria.

Por Gail Garfinkel Weiss



Puntos clave

» Se espera que el número de médicos que se dedican principalmente a la atención de pacientes hospitalizados en EEUU alcance los 30.000 durante 2010.

» Según la Sociedad de Medicina Hospitalaria, los médicos empleados por hospitales ganaron una media de 189.000 dólares en el período 2007-2008.

En 1998, cuando acabó su residencia interna, John R. Nelson, aceptó un trabajo “temporal” haciéndose cargo de varios pacientes. Ahora, 21 años después, Nelson dirige un programa propio en el Overlake Hospital de Bellevue de Washington y es asesor de consultas. Y el trabajo hospitalario, casi sin importancia en la profesión médica de finales de los ochenta, es una de las especialidades de la medicina que más rápido están creciendo.

A mediados de los noventa, cuando se acuñó por primera vez el término “médico de hospital”, menos de 500 médicos de medicina no urgente se limitaban a ejercer en unidades de cuidados intensivos. Según la Sociedad Americana de Medicina Hospitalaria, se espera que el número de médicos que se dedican principalmente a la atención de pacientes hospitalizados alcance los 30.000 en 2010. Este tipo de médicos en EEUU rondan el 60 por ciento.

La mayor parte están titulados en medicina interna; los porcentajes más pequeños corresponden a médicos de fami-

lia o pediatras. Las Asociaciones Americana de Medicina Interna y la de Especialidades Médicas trabajan en un programa de certificación de la medicina hospitalaria, que probablemente estará listo en el período 2010-2011. “Cada vez más, los médicos que trabajan en hospitales se ven como especialistas que atienden a los pacientes hospitalizados”, dice Donna Knapp, directora general de operaciones de Sierra Hospitalists, una consulta formada por 20 médicos de Reno, Nevada.

Cada vez más

¿Cómo se explica el aumento en el número de médicos que trabajan en hospitales en Estados Unidos? Patrick J. Cawley, internista, director médico de la Universidad de Carolina del Sur y ex presidente de la Sociedad de Medicina Hospitalaria, menciona varios motivos:

♦ Menos médicos de Atención Primaria hacen rondas hospitalarias, de manera que ceden la atención de los pacientes hospitalizados a los médicos de hospital.

- ◆ El número de pacientes sin seguro médico va en aumento, al igual que el número de personas que llegan al hospital como pacientes “no asignados”. Estos médicos los ingresan y atienden.
- ◆ Los médicos de hospital están sometidos a la presión de mejorar la atención al paciente y de acortar el tiempo de sus estancias; estos médicos están mejor preparados para conseguirlo.
- ◆ Son rentables. Un estudio publicado en *The New England Journal of Medicine* el 20 de diciembre de 2007 indica que los médicos que trabajan en hospitales, redujeron las estancias de los pacientes hospitalizados en un 12 por ciento de media.

Una relación médico-paciente más duradera

“Ejercer la medicina hospitalaria es como salir con alguien, mientras que trabajar en una consulta de medicina de pacientes externos se parece más al matrimonio”, dice Nelson. La primera se caracteriza por encuentros interesantes y diferentes con los pacientes, y en la segunda se puede disfrutar del compromiso a largo plazo y las relaciones duraderas con los pacientes. “Un día como médico de hospital está gobernado por el busca, y si no lo eres tu día estará limitado por el reloj”, añade Nelson.

as quedarte en la consulta”, dice Knapp.

Este tipo de profesionales que desarrollan su vida profesional en un hospital, necesitan comunicarse con sus pacientes rápida y fácilmente. “La responsabilidad de escuchar cuidadosamente es mayor para ellos que para otros tipos de médicos”, comenta Knapp. “Mientras los médicos de Atención Primaria suelen atender a pacientes que ya han visto más veces, los médicos de atención hospitalaria siempre empiezan de cero”.

Todos los trabajos tienen sus desventajas, por supuesto. En el caso de los médicos de atención hospitalaria, estas incluyen el intercambio de las largas relaciones médico-paciente por encuentros mucho más breves. Además, puesto que los médicos de hospital suelen formar parte de un equipo, no tienen la misma autonomía que los médicos de consultas privadas.

Sin embargo, según muchos médicos y sus partidarios, los aspectos negativos se compensan con los positivos:

- ◆ Horario regular, que permite un mejor balance trabajo/vida personal que la medicina de pacientes externos.
- ◆ Los gastos generales no son un problema. Son los empleadores quienes pagan las primas del seguro de negligencia de los médicos de hospital.

“Ejercer la medicina hospitalaria es como salir con alguien, mientras que trabajar en una consulta de medicina de pacientes externos se parece más al matrimonio”

— John R. Nelson, MD

Los médicos de consulta deben procurar atender a sus pacientes dentro del tiempo programado para la cita. Los médicos de hospital no están tan atados a horarios.

El ejercicio de los médicos de hospital, dice Cawley, es especialmente adecuado para los médicos que se sienten cómodos en el hospital, que quieren atender a pacientes con cuestiones médicas agudas, que no les importa trabajar noches y fines de semana y que se manejan bien en la imprevisibilidad. “Si prefieres un día de trabajo estructurado, probablemente deberí-

◆ El médico que trabaja en un hospital está ocupado desde el primer día. No hay necesidad de invertir años para abrir una consulta.

Por regla general, los médicos de hospital trabajan horas establecidas por un salario fijo, y algunos obtienen bonificaciones de productividad. Sus ingresos están en igualdad, o son ligeramente más altos o bajos, con los médicos de consulta de la misma especialidad, pero como la demanda de médicos de hospital es superior a la oferta, sus salarios van en aumento. Según la So-



**SUSCRÍBASE
POR SÓLO 10 €
DE GASTOS
DE ENVÍO**

**Suscríbese a la revista
más actualizada
sobre cirugía
y medicina cosmética**

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones

Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID

Tel.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75

suscripciones@drugfarma.com

ciudad de Medicina Hospitalaria, los médicos de hospital ganaron una media de 189.000 dólares en el período 2007-2008, un aumento con respecto a los 173.000 dólares del período 2005-2006.

La mayor parte de los hospitales de EEUU trabajan directamente para un centro hospitalario, pero algunos trabajan para un grupo propiedad de un médico, un grupo multiespecialidad con departamento de médicos de hospital o un programa universitario de medicina hospitalaria. Algunos contratistas externos, como IPC, contratan médicos hospitalarios y los envían a trabajar a cualquier parte del país.

El trabajo en el hospital

Es un error asumir que todos los puestos de médicos de hospital son parecidos o iguales. Hay diferencias radicales en cuanto a las horas trabajadas y los pacientes atendidos. Los programas de medicina hospitalaria más nuevos se basan en los turnos únicamente, de manera que cuando el médico no está, sus pacientes se asignan a otro. Los programas que sólo se basan en las guardias, muy populares durante los primeros tiempos de la medicina hospitalaria y que implica a miembros de un grupo de médicos de guardia durante un número establecido de horas, son cada vez menos frecuentes, mientras que los programas híbridos, que combinan características de los modelos basados sólo en turnos y sólo en guardias, son cada vez más populares.

Los turnos son raros en los médicos de hospital. Esto no es un problema si el programa es extenso, donde sábado, domingo y horas nocturnas puedan asignarse a médicos que prefieran trabajar en esos horarios. Sin embargo, en los programas más reducidos y en los que rotan los turnos, trabajar noches y fines de semanas es un hecho. Muchos médicos prefieren el horario bloque con un número establecido de días trabajados seguido de un número igual de días libres. Un horario popular es en el que el médico trabaja en turnos de 12 horas durante siete días, y luego queda libre durante otros siete días. Otros turnos, como el modelo de consulta para pacientes externos, constan de ocho horas e implican atender a unos 15-20 pacientes al día.

Los médicos que trabajan en un hospital suelen dividir su tiempo entre atender a los pacientes, escribir las altas e ingresos de pacientes y responder a los códigos. Algunos asumen un papel de coordinador de la asistencia, tomando las decisiones sobre el tratamiento consultando al médico de asistencia primaria de cada paciente, comunicándose con las familias, realizando tareas prequirúrgicas y atendiendo a los pacientes de rehabilitación.

“Una carrera en la medicina hospitalaria, además de proporcionar una variedad de oportunidades de práctica y liderazgo, permite que los médicos hagan un uso óptimo de su formación médica”, concluye Cauley. ■

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

www.administrativosdelasalud.com



sescam



Medical Economics



Inversiones

Dividendos atractivos con tipos bajos



Natalia Aguirre Vergara*

>> No esperamos que los tipos de interés oficiales empiecen a repuntar en Estados Unidos hasta finales de 2010, a la vista de cuán incipiente es aún la recuperación económica

>> Jean Claude Trichet, presidente del BCE, volvió a calificar el nivel actual de tipos como "apropiados", a la vez que ofreció detalles adicionales sobre el ritmo de retirada de liquidez

Larga vida a los bajos tipos de interés. Esta es la conclusión que parece extraerse de los últimos datos tanto de actividad económica como de precios que vamos conociendo a uno y otro lado del Atlántico. Aún a pesar de que determinadas economías, destacando entre ellas a China, están viéndose obligadas a aplicar una política monetaria más restrictiva, la diferente situación económica (mucho más rezagados en el ciclo y sin presiones inflacionistas) de economías como la estadounidense o la europea justifican que los bancos centrales de éstas últimas puedan mantener sus tipos de intervención sin cambios durante una larga temporada. De hecho, no esperamos que los tipos de interés oficiales empiecen a repuntar en Estados Unidos hasta finales de 2010, a la vista de cuán incipiente es aún la recuperación económica y la total ausencia de presiones inflacionistas que pudiesen llevar a la Reserva Federal a tensionar su política monetaria.

Más claro aún es el caso del Banco Central Europeo, con una economía, la de la eurozona, que va por detrás de la americana en su ritmo e intensidad de recuperación. Si a esto le sumamos el hecho de que los desequilibrios a nivel fiscal impiden seguir aplicando una política fiscal expansiva, y la inexistencia de tensiones en los precios, con un IPC que se sitúa por debajo del 1 por ciento, bien alejado del objetivo del BCE del 2 por ciento, parece claro que los tipos de intervención en la eurozona tardarán aún más en subir que los estadounidenses. De esta forma, el BCE mantuvo sin cambios los tipos de intervención en su última reunión, por lo que permanecen en mínimos históricos del 1 por ciento, nivel del que no se han movido desde mayo de 2009. Jean Claude Trichet, presidente del BCE, volvió a calificar el nivel actual de tipos como "apropiados", a la vez que ofreció detalles adicionales sobre el ritmo de retirada de liquidez, que

será muy gradual "dada la fragilidad de la recuperación económica, la ausencia de presiones inflacionistas y la inestabilidad de los mercados" (problemática de elevados déficits públicos en buena parte de los países de la Eurozona).

La gradualidad en la retirada de la liquidez y las nuevas previsiones de crecimiento e inflación del BCE que, aunque con cambios limitados, apuntan a una recuperación lenta (+0,8 por ciento en 2010, +1,5 por ciento en 2011), sin presiones inflacionistas en el corto plazo y expectativas de inflación controladas en el medio (1,2 por ciento en 2010, 1,5 por ciento en 2011), apoyan la idea de que la primera subida de tipos de intervención podría retrasarse hasta tan tarde como la segunda mitad de 2011.

Este entorno de tipos bajos seguirá favoreciendo la recuperación económica, sobre todo de aquellos países más rezagados en la misma y también más endeudados, como es el caso español. Asimismo, obligará a replantearse las alternativas de inversión a aquellos inversores que esperasen una más rápida subida de tipos de interés, en la medida en que en un entorno de tipos de interés en mínimos durante gran parte del próximo año, la búsqueda de rentabilidad exigirá estar dispuesto a asumir un mayor riesgo. En este sentido, cabe destacar que existen interesantes oportunidades de inversión en renta variable para perfiles defensivos: empresas cotizadas con sólidos fundamentales, estructuras financieras saneadas (poco endeudadas) y buenas políticas de retribución al accionista, que a su potencial de revalorización en cotización pueden añadir una sólida (y estable) rentabilidad por dividendo, en muchos casos superando el 5 por ciento anual (lo que compara muy positivamente con tipos de interés al 1 por ciento), en sectores como el eléctrico (Gas Natural, Iberdrola, Red Eléctrica), telecomunicaciones (Telefónica) o petroleras (Repsol). ■

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

Valores del mes

Expansión exterior

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

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Abertis es un grupo internacional que gestiona infraestructuras para la movilidad y las telecomunicaciones a través de cinco áreas de negocios: autopistas, infraestructuras de telecomunicaciones, aeropuertos, aparcamientos y parques logísticos. Un continuado proceso de internacionalización ha permitido a la compañía estar presente en 18 países de tres continentes y consolidarse como el líder europeo en gestión de infraestructuras. El 50 por ciento de los ingresos y el 46 por ciento del beneficio operativo bruto se generan fuera de España. Asimismo, disfruta de una sólida estructura financiera, con el 93 por ciento de la deuda a largo plazo y un 84 por ciento a tipo fijo.

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

Los elegidos

Abertis. Sus resultados correspondientes al ejercicio 2009 muestran la capacidad de la compañía para seguir creciendo a pesar del difícil entorno económico. Una vez más, se aprecia cómo la evolución de telecomunicaciones compensa la mayor debilidad del negocio de autopistas derivada de la caída del tráfico, cuya recuperación es clave dado que este negocio supone un 74 por ciento de los ingresos del grupo y un 85 por ciento del beneficio operativo. España continúa siendo el principal país por fuente de ingresos y beneficio operativo, si bien la diversificación geográfica es uno de los objetivos de la compañía, por lo que deberíamos ver un mayor peso de la aportación del negocio internacional de cara a próximos trimestres, apoyado por compras de activos.

OHL. Presenta una historia de crecimiento basada en su negocio de concesiones y construcción internacional que consideramos no se encuentra reflejado en la cotización, así como su exposición a mercados emergentes que cuen-

tan con mejores perspectivas de crecimiento, proporcionando visibilidad de resultados recurrentes que puedan apoyar una generación de caja mayor. Asimismo, destaca la escasa exposición a construcción residencial en el mercado doméstico (con una aportación al beneficio operativo del grupo inferior al 1 por ciento). Todo ello, junto con su capacidad de financiación y continuo crecimiento de la cartera en las principales actividades, nos hacen seguir positivos en el valor. De cara a 2010 OHL prevé crecimientos en ventas, y beneficio operativo y beneficio neto superiores al 10 por ciento. ■

Concepto	Abertis	OHL
PER 2010	15	11
Rentab. dividendo(%)	4	2
Precio actual	14,51	21,91
Precio objetivo	16,9	22,9

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 06-04-2010

Cultura

LIBROS

Albert Jovell publica su primera novela

Soledad es nombre de mujer es la historia de una mujer que tras la enfermedad de su hijo y ser diagnosticada de cáncer de mama, descubre que su nombre es mucho más que un nombre de mujer. La obra nos descubre cómo en la desesperación la protagonista inicia un tránsito hacia los diferentes recuerdos plasmados en su diario personal y en la lectura de los escritores Stefan Zweig y Sándor Marai como únicos instantes de esperanza. La obra ha sido galardonada con en el II Certamen Iberoamericano de las Artes, organizado por Fundación Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias de la Organización Médica Colegial (OMC). El autor, Albert Jovell, (Barcelona, 1962) es licenciado en Medicina y Cirugía, y en Sociología y Ciencias Políticas, preside el Foro Español de Pacientes, es director general de la Fundació Josep Laporte (FJL) y dirige el proyecto UAB-Universidad de los Pacientes. Entre las obras del autor destacan: *Cáncer: Biografía de una supervivencia*, *Liderazgo afectivo: all you need is love* y *La confianza en su ausencia no somos nadie*.



Título: Soledad es nombre de mujer.
Edita: Organización Médica Colegial.

EXPOSICIONES

La figura de Gregorio Marañón

La Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales (SECC) y la Fundación Gregorio Marañón recuerdan al intelectual y científico español en el 50 Aniversario de su muerte con la exposición *Gregorio Marañón 1887-1969. Médico, humanista y liberal*, que recorre la biografía y el legado de Gregorio Marañón a través de más de doscientas piezas, algunas de ellas inéditas, entre pinturas, esculturas, fotografías, manuscritos, cartas, material científico, obras de arte, libros... La exposición destaca la personalidad polidéctica de Marañón, médico e investigador; humanista, ensayista e historiador; y como uno de los exponentes de la mejor tradición liberal española. Se puede visitar hasta el 6 de junio en la Biblioteca Nacional (Pº Recoletos, 20-22, Madrid).



Picasso y el arte de torear

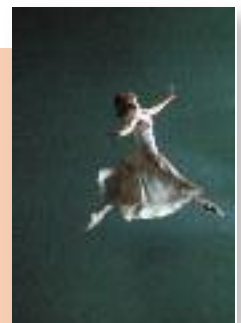
El Museo Abstracto de Cuenca acoge una exposición compuesta por 26 aguatinas que Picasso dedicó al arte de torear y que editadas en 1959 son representativas de los últimos años del artista, quien recibió en 1928 un primer encargo del editor Gustavo Gili para ilustrar el manual *Tauromaquia o el arte de torear* de Pepe-Hillo, pero no fue hasta finales de los años cincuenta, tras haber asistido a una corrida de toros en Arles, cuando realizó estas aguatinas. En ellas, con trazo rápido y nervioso, y a modo casi de testimonio recogido en directo en el mismo coso taurino, Picasso muestra diferentes momentos del arte de torear.



TEATRO

Vuelve Cirque Éloize con su espectáculo 'Nebbia'

Tras el gran éxito de *Nomade* y *Rain-como lluvia en tus ojos*, Cirque Éloize vuelve al Teatro Compac Gran Vía de Madrid para presentar *Nebbia*, la tercera parte de su proyecto *La Trilogía del Cielo*, formada por tres espectáculos en los que el mundo de la acrobacia y la poética del circo propias del Cirque Éloize se reencuentran con el universo nostálgico, onírico y con los personajes profundamente humanos que pueblan los espectáculos de Daniele Finzi Pasca, su director, quien dice: "Si con *Nomade* miramos hacia la altura para descubrir que de noche el cielo es más grande, y en *Rain-como lluvia en tus ojos*, una lluvia de nostálgica libertad nos cayó desde el cielo, en *Nebbia* el cielo desciende como un manto para cubrir nuestros hombros y proteger nuestros sueños".



Internet

La banda ancha sale airoso de la crisis

Como en toda gran crisis económica, unos sectores sufren y otros acaban beneficiándose del estancamiento ajeno. No cabe duda de que uno de los triunfadores de la crisis actual será Internet, como demuestra el dato de 107.000 nuevas altas de banda ancha en enero pasado, según datos facilitados por la Comisión del Mercado de las Telecomunicaciones (CMT); un 47 por ciento más que en enero de 2009, cuando la crisis todavía no había alcanzado su cénit.

El registro equi- para las altas de enero 2010 con el mes de abril de 2008, confirmando que el ascenso de nuevos clientes de banda ancha conocido en agosto de 2009 no era coyuntural. España vuelve a encabezar la lista de países con mayor desarrollo de la banda ancha, con 21,1 líneas por cada 100 habitantes, lo que equivale a un total de 9,86 millones de líneas.



Telefónica, la compañía que preside César Alierta, ha visto mejorar su posición en ADSL, al consolidar su oferta de sólo datos.

Por su parte, Telefónica ha visto mejorar su posición en la oferta de servicios ADSL, al consolidar la fórmula ADSL naked pocos meses después de su comercialización, un servicio que no se ha asociado con consumo de voz, por lo que el abonado no debe pagar las cuotas mensuales del servicio telefónico básico.

La modalidad de ADSL desnudo –para conexión de datos– lleva asociada un ADSL de 3 Mb, sin límite de descargas ni restricciones horarias, un servicio de Internet en banda ancha pionero en ofrecer banda ancha sin cuotas mensuales por la línea de voz.

También afirma Telefónica que el internauta cuenta gracias a ADSL naked con una nueva modalidad de conectividad más eficiente y con un coste reducido, exactamente 32,9 euros mensuales, siempre que no necesite contar con una línea para las llamadas de voz. ■

Sección patrocinada por



Divulgación del idioma español

De todos es conocida la gran labor de divulgación del idioma español que realiza el Instituto Cervantes en sus diferentes sedes repartidas por el mundo. Importantes exposiciones se celebran en las sedes de Atenas, Nueva York o Tel Aviv.

<http://www.cervantes.es/>

La F1 se viste de rojo

La reciente victoria de Fernando Alonso en su debut en la escudería Ferrari ha relanzado a la afición española del automovilismo.

Esta web recoge a una comunidad de seguidores de la mítica escudería italiana. <http://www.ferrarif1.es/>



CIBERCONSEJOS

El juez no da la razón a la SGAE

El juicio de la SGAE contra una página web de enlaces ha finalizado con una sentencia desfavorable para dicha entidad. El juez absuelve a la web argumentando por qué el P2P no vulnera los derechos de propiedad intelectual y es perfectamente legal mantener una página de enlaces a sitios de descarga, ya que el enlace no supone un acto de explotación de la obra. A efectos de la Ley de Propiedad Intelectual, el enlace no se considera comunicación pública, ni reproducción, ni distribución.

Irán acusa de ciberespionaje a EEUU

Internet se ha convertido en una de las principales preocupaciones del gobierno de Irán. Las Fuerzas de Seguridad iraníes anunciaron hace meses la puesta en marcha de un cuerpo especial para combatir los delitos cibernéticos y el objetivo es EEUU, a quien acusa de haber iniciado una guerra cibernética para intentar derrocar al Gobierno. La Guardia Revolucionaria comunicó que ha logrado piratear 29 páginas web que atentaban contra la Seguridad Nacional.

Golf



Golf amateur

Haines ganó la Copa S. M. el Rey 2010

Juan Francisco Sarasti, semifinalista, fue el mejor español en el campeonato.

El inglés Matthew Haines es el nuevo vencedor del Campeonato Internacional de España Masculino Copa S. M. el Rey, después de derrotar en la final, prevista a 36 hoyos, a su compatriota, Tommy Fleetwood, que sólo cedió en el desempate. La vibrante final puso el broche de oro a un torneo en el que la adversa climatología no empañó el buen nivel de los participantes.

Haines dominó gran parte del duelo, finalizando los primeros 18 hoyos por 2 golpes arriba. Sin embargo, Fleetwood arriesgó en la sesión de tarde y recuperó el terreno perdido en un esfuerzo que no encontró su recompensa en el primer hoyo del *play-off* de desempate. Juan Francisco Sarasti fue el mejor español en esta edición del torneo masculino más prestigioso de España a nivel amateur.

El jugador donostiarra se coló en las semifinales del torneo tras derrotar al ildense Emilio Cuartero en un vi-

brante duelo que se resolvió en el hoyo 25, pero en el siguiente turno cayó ante Matthew Haines. Este duelo, de lo mejor que se ha visto estos días en La Cañada, privó de mejor premio a un Emilio Cuartero que ha demostrado en esta Copa de S. M. el Rey que debe ser una referencia para el futuro. Semejante papel desempeñó el madrileño Sebastián García, que cayó ante el danés Lykke-Kieldsen en el último hoyo y tampoco encontró un hueco en unas semifinales muy caras.

La Copa de S. M. el Rey tuvo en las adversas condiciones climatológicas a uno de sus principales protagonistas. De hecho, provocó numerosos retrasos en las primeras jornadas y forzó el aplaza-



Matthew Haines, ganador de esta edición de la Copa del Rey de 2010.

miento de los partidos de cuartos de final y semifinales, por lo que el torneo retrasó su resolución en un día. El sensacional trabajo realizado por los encargados del mantenimiento de La Cañada, en colaboración con los *greenkeepers* de La Reserva de Sotogrande, consiguió minimizar los efectos de los cuantiosos litros de agua recogidos en la provincia de Cádiz.

Cabe destacar, para realzar aún más su concurso en La Cañada, que el propio Matthew Haines fue el mejor en la fase *stroke play* de la competición, de la que salieron los nombres de los 32 aspirantes al título. En esa terna entraron siete españoles: Antonio Hortal, Carlos Pigem, Adrián Otaegui y Manuel Gil, además de los anteriormente citados. ■

Copa de Europa: una referencia golfística en el mundo

Que la Copa de Europa es ya una referencia golfística mundial imprescindible lo pone de manifiesto el hecho de que algunas de las mejores jugadoras del mundo –como la australiana Karrie Webb, con siete *majors* y 36 triunfos internacionales a sus espaldas– soliciten invitación para jugar en este torneo, que tendrá lugar en el campo de La Sella (Denia, Alicante) entre el 22 y el 25 de abril. “En principio, la competición está reservada para equipos europeos, pero hay dos invitaciones que este año han ido a parar a Estados Unidos y Australia, si bien se han quedado fuera peticiones de Canadá o Sudáfrica, países de enorme tradición golfística”, dijo Iñigo Aramburu, director general de Deporte & Business, del equipo organizador del torneo. Por su parte, Antonio Lis, director general de Valencian Community Investments (VCI), patrocinador de la Copa de Europa, comentó: “Hay otros eventos muy importantes en la Comunidad Valenciana, incluso de golf, pero este torneo es novedoso, con una enorme proyección que lo convierte, por retorno mediático en relación con la cantidad aportada, en el más rentable tras la Fórmula 1”.

Valencia

5,6,7 Mayo 2010

Palau de la Música y
Congresos de Valencia



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

www.semst.org

*La salud laboral:
compromiso de todos*

Organizado por



Coorganizado por



GENERALITAT
VALENCIANA

CONSELLERIA D'ECONOMIA,
HISENDA I OCUPACIÓ

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1° • 28041 Madrid
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75
E-mail: lpnizo@drugfarmacongresos.com

CONCURSO
UNIVERSITARIO



WORLD BRIEFING: TELLING THE MALARIA STORY

15 DE MARZO-30 DE ABRIL DE 2010

Infórmate en: www.worldbriefing.org, www.novartis.es y www.foretica.es

La Malaria es una enfermedad totalmente prevenible y tratable. Sin embargo, cada año cerca de un millón de personas mueren debido a ella, la mayoría niños.

Con tus palabras, puedes hacer correr la voz sobre la prevención y tratamiento de la malaria. Juntos podemos detener esta enfermedad mortal.

Envía tu propuesta para erradicar la malaria y si resultas uno de los tres ganadores, podrás viajar a África y ser testigo directo de los esfuerzos internacionales para combatirla.

¡Consulta las bases y concursa!



malaria
NO MORE



NOVARTIS

Con la colaboración de


Foretica