

Medical Economics

www.medeco.es.com

Nº 132

28 de mayo de 2010

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



MASA CRÍTICA.

EFFECTOS SECUNDARIOS
DE LA SANIDAD UNIVERSAL:
MASIFICACIÓN DE CONSULTAS
E INCREMENTO DE COSTES

ADEMÁS _____

Suplemento Especial
LA REALIDAD
DE LA DEPRESIÓN

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Real Academia Nacional de Medicina



2ª Edición

Premio Carlos IV

de Investigación en
Medicina Preventiva
y Salud Pública



Bases disponibles en: www.ranm.es

Con la colaboración de:



REAL ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA

Changing tomorrow



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

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

TRASPLANTE
ONCOLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECCIOSOS
DOLOR



astellas
Leading Light for Life

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Almudena Caballero Dfáz
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz,
Esther Sánchez

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

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

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2010

Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif.
Vértice
28041. Madrid.
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075
E-mail: spa@drugfarma.com
Numancia, 91-93. 08029.
Barcelona
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345
ISSN: 1696-6163
D.L.: M-35829-2003
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

ACTUALIDAD

6 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

8 Gestión en Atención Primaria

Un paso hacia la atención integrada

12 Economía de la Salud en el Área del Dolor

Costes indirectos asociados al dolor en España

14 Normativa

16 Medioambiente

La contaminación acústica (I)

24 Renta 2009 (III)

Deducciones

37 Informática

Sistemas de soporte al consejo médico

Y ADEMÁS...

50 Sanidad autonómica

Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón

54 Journal Scan

57 Las tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que la sanidad universal es compatible con un gasto sanitario equilibrado?

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

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics

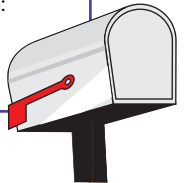


ENCUESTA EXCLUSIVA

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

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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



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

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

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

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

© Copyright 2010 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

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 -MediTecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitalares

Opinión de los lectores

Reivindicaciones de ASPROMEL

Siguiendo los programas marcos europeos I+D+i de la Conferencia Ministerial, la Asociación Nacional de Médicos de Ejercicio Libre (ASPROMEL) reivindica:

- Diferenciación-separación entre sistema nacional de salud (SNS) y empresa estatal.
- Un estado garante y no propietario de un sistema nacional de salud.
- Diferenciación-separación entre proveedores, propietarios de establecimientos médicos y aseguradoras.
- Garantía por parte del Estado de que todo ciudadano, proveedor de servicios médicos y asegurador tenga libre acceso al SNS.
- Libertad para todo ciudadano de elegir su aseguradora, su clínica y su médico generalista o especialista.
- Libertad para el médico de elegir su forma de ejercicio de la medicina.
- Entrega de la formación médica, del desarrollo profesional y del control de calidad y seguridad para el paciente a la profesión médica.
- Elaboración de un catálogo de prestaciones médicas y un tarifario correspondiente de validez nacional.
- Estratificación horizontal entre un sector sanitario nacional transversal financiado por el seguro social obligatorio con libre elección de aseguradora y un sector sanitario voluntario de prestaciones complementarias.

André Bolliger

Presidente de ASPROMEL.

Yo sólo soy médico

Desde hace tiempo se intenta concienciar a la población de que la automedicación puede tener riesgos para la salud. Pues bien, ahora se nos intenta convencer de que otras personas, además de los médicos, pueden prescribir, y se dice que están adecuadamente formados porque su plan de formación incluye una asignatura de farmacología.

Cuando un médico indica un tratamiento se hace enteramente responsable del mismo, independientemente de que sea él o el personal auxiliar de la consulta el que lo aplique. Y eso es lo que ocurría hasta ahora, la responsabilidad, para lo bueno y lo malo, era

del médico. A partir de ahora la persona que indique un tratamiento, si está regulada por ley tendrá efectivamente cobertura legal, pero sobretodo lo que tendrá es una responsabilidad.

Por eso las organizaciones médicas pedimos que se cree un observatorio de prescripción, en el que se recoja quién receta y qué se receta, para que si hay que pedir responsabilidades quede bien claro quién debe asumirlas. Y por eso, lo que los médicos pedimos es que nos dejen actuar con nuestros conocimientos por el bien del enfermo, es decir, que nos dejen ser médicos.

M^a Teresa Fortún Pérez de Ciriza

Presidenta del Colegio de Médicos de Navarra.

La hora de la Genética

Soy especialista en Genética Médica/Clínica según la vía formativa del MIR italiano, pero el Ministerio de Sanidad me ha denegado la homologación del título ya que en España no existe oficialmente esta especialidad.

Existen muchos profesionales de la Genética humana española que sufren discriminación por la falta de una especialidad propia.

El reconocimiento de la especialidad redundaría en cuatro beneficios clave para los profesionales del sector: mejora de las condiciones laborales, la reglamentación de una formación convenientemente estructurada, un aumento de la masa crítica de profesionales genetistas que llevaría a un incremento sustancial de la productividad científica española y una mejor atención a los pacientes con problemas genéticos y, sobre todo, a aquellos que padecen enfermedades raras, ya que entre el 80 y el 90 por ciento de esas patologías son de etiología genética. Así lo entiende la Unión Europea que las ha declarado objetivo prioritario de la atención sanitaria.

De los 27 países que conforman la Unión Europea, la Genética Clínica existe como especialidad en 25 de ellos. Todos excepto España y Grecia. ¿Es que *Spain* sigue siendo *different*?

Ismael Ejarque Doménech

Especialista en Genética Médica/Clínica.

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

70%

de los hospitales y centros de especialidades disponen de banda ancha superior a 6 Mb.

4

son las comunidades autónomas que tienen ya plenamente implantada la receta electrónica.

42%

de las farmacias españolas pueden dispensar medicamentos electrónicamente.

28.163

médicos de Atención Primaria trabajan con historia clínica electrónica.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social.

PROFESIÓN MÉDICA

La AEHM pide que se frene la contratación irregular de especialistas

La Asociación Europea de Médicos de Hospitales (AEHM) celebró recientemente en Lisboa su Conferencia Anual, dedicada a "La participación de los médicos en la gestión hospitalaria". El Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) estuvo representado por una delegación que presentó una moción en referencia al reconocimiento y homologación de títulos de grado y especialista obtenidos en países extracomunitarios. Tras escuchar a la delegación española, la AEHM expresó su preocupación por que este tipo de políticas "ponga en peligro la calidad de la atención al paciente y tenga un gran impacto en la seguridad del mismo". Como reflejo de esta preocupación, la AEHM emitió un comunicado en el que insta a las autoridades sanitarias españolas a poner fin a esta práctica y respetar la directiva europea relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.



ATENCIÓN PRIMARIA

Las consultas médicas anuales duplican a las de Reino Unido

En España se producen una media de 9,5 consultas médicas anuales, un 50 por ciento más que en Francia y el doble que en Reino Unido. Así lo expuso Vicente Ortún, director del Centro de Investigación en Economía de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, durante su intervención en el XI Ateneo de Bioética organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud. Este foro sirvió para analizar las posibilidades de reorganización del sector sanitario español en un entorno de crisis en el que los costos se disparan frente a unos presupuestos cada vez más ajustados. Para Ortún, "España tienen un buen sistema sanitario, pero un mal pronóstico salvo que se enderecen algunas tendencias". Entre esas tendencias se encuentra la de considerar inevitable la multiplicación de consultas en Atención Primaria. "Las visitas en AP", afirmaba el profesor, "constituyen una variable endógena siempre que exista una mínima capacidad de organizarse y distribuir tareas".



ENTRE NOSOTROS

Nuestro colaborador, Miguel Fernández de Sevilla Morales, recibió el pasado 3 de mayo la Medalla al Mérito de la Abogacía Española de la mano del presidente de su Consejo General, Carlos Carnicer. Al acto acudieron numerosas personalidades de la magistratura y del mundo del Derecho, entre ellas Modesto de Bustos Gómez Rico, magistrado de la Audiencia de Madrid; Juan Ignacio Campos, fiscal jefe de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, y Ricardo de Lorenzo, presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario. El vicepresidente del Instituto de España, Juan Jiménez Collado, hizo la *laudatio* del homenajeado.

LEGISLACIÓN

Los facultativos extranjeros no regularizados podrán homologar sus títulos

Sanidad ha anunciado que los médicos extranjeros que ejercen en nuestro país sin título homologado tendrán ahora una opción para regularizar su situación. Según se recoge en la disposición transitoria segunda del Real Decreto de homologación de títulos extracomunitarios, los facultativos extranjeros en esta situación y que hayan ejercido al menos durante un año en España en el último lustro podrán optar “por una vez y de manera excepcional” entre la realización de una prueba teórico-práctica o bien un periodo de prácticas profesionales. El anuncio ha sido muy mal recibido por parte del Consejo General de Colegios de Médicos Españoles y de los sindicatos que consideran que primero ha de regularizarse la situación de los médicos españoles que ejercen aunque carezcan de título oficial.



FINANZAS

Las empresas en Bolsa ganan un 19 por ciento en el primer trimestre

Las empresas cotizadas en el mercado continuo español tuvieron en el primer trimestre de este año un beneficio neto atribuido global de 14.241 millones de euros, un 19 por ciento más que en el mismo periodo de 2009. El resultado hay que considerarlo como francamente positivo, ya que contrasta con la caída del 16 por ciento que registraron en todo el ejercicio anterior. Pero si nos ceñimos a las empresas que cotizan en el Ibex 35, el beneficio se eleva a un 25 por ciento, superando los 12.000 millones de euros, según datos de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV). El Santander fue la compañía española que más ganó en los tres primeros meses de 2010 (2.215 millones de euros), lo que representa un aumento del 5,7 por ciento. Telefónica es la segunda en la clasificación, con ganancias netas de 1.656 millones.



COLEGIOS MÉDICOS

Murcia contra la obesidad infantil

Bajo el título de “El peso adecuado”, el Colegio de Médicos de la Región de Murcia ha desarrollado una campaña contra la obesidad infantil que pretende concienciar a la sociedad para afrontar un problema que afecta a uno de cada tres niños murcianos. La iniciativa incluye un conjunto de acciones para desarrollar a través de centros escolares, ayuntamientos y centros sanitarios. Todos los detalles del programa fueron presentados por los doctores Juan Madrid, Isabel Montoya y Rodolfo Castillo, presidente del Colegio, al máximo responsable del Gobierno regional, Ramón Luis Valcárcel, para solicitar el apoyo de la Comunidad Autónoma. El proyecto repasa las causas que generan ese sobrepeso y se basa fundamentalmente en la dieta y el estilo de vida. Una vez definida la situación actual se proponen una serie de objetivos que, a través de la concienciación de la sociedad, permitirán reducir la tasa de obesidad y sobrepeso implicando a las administraciones públicas y a la industria alimentaria y de restauración.

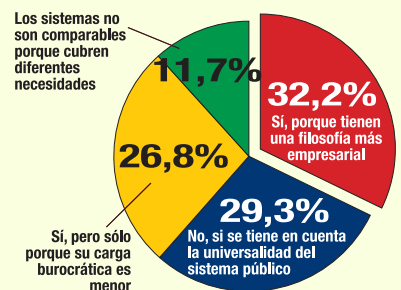


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

¿Cree que es más eficiente en el uso de recursos la sanidad privada que la pública?



La mayor parte de los encuestados (32,2 por ciento) consideran que la mentalidad empresarial que caracteriza a la sanidad privada hace que ésta sea más eficiente en el uso de sus recursos que la pública. Un 26,8 por ciento coinciden en que la primera es más eficiente, pero creen que se debe sólo al nivel de burocratización del sector público. Por otra parte, un 29,3 por ciento de las respuestas señalan que si se tienen en cuenta las características de la sanidad pública en España, ésta es tan eficiente como la privada, y, por último, un 11,7 por ciento creen que los sistemas no son comparables debido a sus diferentes objetivos.

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

Gestión en Atención Primaria

Un paso hacia la atención integrada



Jordi Martínez*

» Estamos en un momento en el que el debate sanitario se centra, entre otros puntos, en la orientación de los sistemas a los problemas crónicos de salud y a modelos de atención integrada

» Debemos entender los sistemas sanitarios como sistemas adaptativos complejos que pueden aprender y generar cambio

Cuántos de nosotros hemos leído o incluso participado en planes estratégicos de nuestras respectivas organizaciones? O, mejor aún, ¿cuántos conocemos los diferentes planes de salud, planes directores y demás planes, que han de marcar las líneas estratégicas a desarrollar en nuestras organizaciones prestadoras de servicios sanitarios?

Sólo una parte de los diferentes planes estratégicos se acaban cumpliendo y no en su totalidad. ¿A qué se debe dicho incumplimiento? Seguramente las causas son múltiples pero sólo nos centraremos en tres: el diseño del plan (planificación), el desarrollo (implantación) y la evaluación. Desde Bsalut hemos focalizado nuestro esfuerzo en la atención integrada y en ver cómo se orientan los diferentes sistemas hacia el abordaje de los problemas de salud a la integración de los procesos asistenciales.

En el diseño de los diferentes planes, además de evaluar las necesidades de nuestros clientes, en este caso ciudadanos, lo que hacemos es observar qué se está haciendo en otras organizaciones o sistemas de salud para aplicarlo en la nuestra.

El primer problema que encontramos es la adaptación del desarrollo de otros sistemas en el nuestro. A menudo observamos qué se hace en Reino Unido o en Estados Unidos y tenemos tendencia a adoptarlo para nuestro sistema. Éste es el primer punto a tener muy en cuenta. Debemos evitar el efecto *wow* y el efecto *powerpoint* ya que en muchas ocasiones sólo conocemos parcelas de la realidad y no la contextualizamos lo suficiente, teniendo en cuenta la realidad local.

Por ejemplo, podría darse el caso de que en algunos modelos los resultados que reflejan la mejoría resulten mayores dado que su punto de partida era menos eficiente y cualquier acción permite una mejora rápida al tener más recorrido.

Richard Gleave (*Director of Patient and Plannig, Department of Health, 2009*) después de estar un año en Estados Unidos para aprender cómo integrar modelos y aplicarlos al Sistema Británico de Salud (NHS) concluye que no existe un modelo único válido de integración y que proveedores, pacientes y gestores deben encontrar cuál es la dimensión a tener en cuenta a nivel local.

Estamos en un momento en el que el debate sanitario se centra, entre otros puntos, en la orientación de los sistemas a los problemas crónicos de salud y a modelos de atención integrada. Pero, ¿todos entendemos lo mismo por atención integrada? Los modelos de integración, ¿deben ser iguales en todo el territorio?

La integración puede ser vertical, horizontal y virtual. La coordinación de los cuidados centrada en el paciente se puede dar en todos los tipos de integración. Se ha observado cierta evidencia de que los modelos de integración mejoran los resultados clínicos pero no tenemos evidencia de que mejoren los costes (Shortell 2009).

Una vez tengamos el Plan debemos prestar una atención especial a la adaptación a las necesidades locales. Con la adaptación ya realizada debemos superar la segunda barrera, la implantación. Existe una brecha



entre el saber y el hacer (Sachs & McArthur 2004).

Debemos entender los sistemas sanitarios como sistemas adaptativos complejos que pueden aprender y generar cambio desde dentro ya que a menudo están autoorganizados. Antonio Durán apunta que debemos plantear el abordaje de la evolución de los sistemas sanitarios tomándolos como arenas políticas y abandonar la ficción de que sus problemas son de planificación (Antonio Durán, 2010). Esto permitirá una foalización en la implantación.

Dado todo lo anterior es muy complicado saber qué hará un sistema en un entorno determinado, lo único que podemos hacer es observar su circunstancia, su contexto social, político, económico; conocer bien sus estructuras, los servicios de los que dispone, cómo se relacionan, qué producto/servicio ofrecen (Antonio Duran, 2010).

Por eso debemos cambiar el foco de la excesiva planificación o desarrollo de políticas sanitarias a la implantación de las mismas. Teniendo en cuenta cómo se conduce el aprendizaje colectivo para que permita orientar a todo el sistema y sus actores a obtener los mejores resultados posibles para los ciudadanos que son el centro del mismo.

Para una correcta implantación de modelos de integración y para que tengan un efecto duradero en el tiempo se han de alinear la estrategia, la cultura de organizaciones y los componentes estructurales de la organización. El proyecto de Atención Primaria del siglo XXI ya habla en su estrategia 15 de impulsar estrategias para abordar de manera integral las patologías crónicas más prevalentes, contemplando los aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y sociosanitarios.

Esto lo debería hacer la Atención Primaria (AP), pero ¿entendemos todos lo mismo por AP. Los modelos de AP en los que nos fijamos son comparables al nuestro. A veces nos empeñamos en buscar y desarrollar un

único modelo válido, forzándonos a demostrar la bondad de ese modelo sobre el resto. Deberíamos centrarnos en demostrar la validez de los diferentes desarrollos locales evaluando sus resultados de manera estandarizada. Por ejemplo en Reino Unido tienen cuatro modelos de predicción de riesgo de pacientes, cada uno adaptado a la realidad local.

Los planes se han de centrar más en los “qué” que en los “cómo”. Para ello es importante definir cuál es el mínimo común denominador que ha de estar presente. La OMS en su documento *Health Care for the 21st Century* (2005) define cinco competencias básicas que se han de aplicar en la gestión de crónicos: centrado en el paciente, establecer colaboraciones, mejora de la calidad, mejora en los sistemas de información, comunicación y tecnología y una perspectiva de servicio público de salud.

La tercera barrera es la escasa evaluación que hacemos sobre los planes implantados, pilotajes etc. Podemos ver que hay organizaciones que se dedican a pilotar, sin evaluar ni consolidar su estructura de procesos. La correcta evaluación, además, nos permite compararnos unos con otros y favorece la mejora a través del trabajo colaborativo. No debemos caer en el error de querer evaluarlo todo generando cuadros de mando interminables con cientos de indicadores que generan un difícil seguimiento y desorientan a la hora de dedicar esfuerzos para obtener mejoras. Debemos utilizar pocos indicadores pero que sean de utilidad para la toma de decisiones.

Para finalizar algún comentario (que no consejo, sería muy arrogante): a la hora de planificar, adapte, no adopte y tenga en cuenta las diferencias culturales. A la hora de implantar tenga en cuenta las realidades locales. Y por último estandarice la evaluación teniendo en cuenta las necesidades de información y cómo ésta se ha de convertir en mejora. ■

Sección patrocinada por:





HOTEL

Punto de encuentro de

*E*l Hotel Incosol de Marbella es conocido tanto a nivel nacional como internacional por ser el único en Europa que agrupa 3 áreas fundamentales para el bienestar: un Hotel de cinco estrellas, un avanzado Centro Médico y el Wellnes-SPA.

Salud, belleza, bienestar, gastronomía, diversión y deporte son los atractivos de este hotel. Dispone de:

- 192 lujosas habitaciones y suites la gran mayoría con vistas al mar.
- Planta privada con salones para reuniones y convenciones.
- Jaima de Incosol, situada en los jardines del hotel, con capacidad para 800 personas en cóctel y 450 personas en banquete.
- Seis piscinas, cinco de ellas climatizadas, y gimnasio.
- 40.000 metros cuadrados de espectaculares jardines subtropicales de inspiración hispano-árabe, entre los que se encuentra El Patio de los Poetas.
- Restaurante La Esencia, que fusiona la alta gastronomía mediterránea y la cocina de autor, creado para deleitar los paladares más exquisitos.
- Bar La Rotonda, con música en directo todas las noches.
- Circuito SPA & Hidrotermal y la gran variedad de tratamientos y terapias de masaje que nos garantizan un cuidado exclusivo para nuestra salud y bienestar.

Personajes tan ilustres como el Rey Fahd, Grace Kelly o Michael Jackson, así como otros nombres del mundo político, diplomático, empresarial y deportivo, han disfrutado de su estancia en este complejo.

Centro Médico Incosol

El Centro Médico combina la medicina preventiva y los últimos adelantos tecnológicos con el máximo rigor médico. Más de 30 profesionales médicos de renombre, así como una amplia gama de tratamientos de salud y belleza hacen de éste un referente nacional e internacional.

Basamos nuestro éxito en diversas áreas fundamentales de tratamientos: Medicina General, Medicina Interna, Endocrinología, Ginecología, Estética, Andrología, Acupuntura, Odontología, Cardiología y así una larga lista de espe-



INCOSOL

la salud y el bienestar

cialidades médicas trabajan conjuntamente con el único fin de cuidar de su salud, diseñando para cada uno de sus pacientes un programa personalizado.

El tratamiento estrella es el Programa de Adelgazamiento denominado "Renacimiento" que combina todo tipo de cuidados: dieta, masajes, ejercicios, control de peso, etc., no sólo para perder los kilos que nos sobran sino para aprender hábitos alimenticios. El tratamiento de rehabilitación de espalda "Medback" es también de los más solicitados, sobre todo por deportistas y jugadores de golf. Basado en el sistema alemán FPZ, mejora la movilidad y fuerza muscular de cuello y espalda y evita posibles lesiones.

Nuestra filosofía es ayudarle a vivir más, mejor y con mayor calidad de vida. "Incosol, un Paraíso Verdadero", le hará cambiar los malos hábitos cotidianos para mejorar su calidad de vida (hábitos mentales, físicos y culturales).

Área Wellness SPA

El relax y el bienestar se encuentran en la zona de SPA. En Incosol es posible disfrutar de una amplia variedad de más de 80 tratamientos corporales, faciales y masajes terapéuticos donde destaca por ejemplo el masaje manual subacuático. Relajarse en el Circuito SPA, con hammam, sauna, camas radiantes, jacuzzi, sala de nieve, duchas kneipp... es un auténtico placer para los sentidos.

Y no hay que olvidar la diversión, para ello el hotel cuenta con opciones de ocio para todos los gustos. En Incosol para todos nuestros clientes se organizan diversas actividades, como un recorrido matinal de una hora por el Paseo Marítimo de Marbella o música en vivo todas las noches. Además todos los clientes cuentan con un servicio regular de transporte para sus desplazamientos al centro de Marbella, a la playa o a campos de golf cercanos (ya que existen acuerdos con precios especiales para clientes de Incosol, con diferentes campos de golf de la zona, el más cercano, Río Real se encuentra a pocos metros del hotel).

Incosol pertenece a la cadena Hoteles Jale, que cuenta con otros seis hoteles situados en la Costa de la Luz, Córdoba, Ciudad Real y Berlín (Alemania).

www.hotelesjale.com



*Hotel - Medical SPA & Resort
Marbella*

**INCOSOL HOTEL
MEDICAL SPA
& RESORT**



*Urb. Golf Río Real. C/ Incosol sln.
29603. Marbella. Málaga.
Tfno: +34 952 86 09 09
Fax: +34 952 82 30 53*



*e-mail: comercial@incosol.com
www.incosol.com*

Economía de la Salud

en el Área de Dolor (V)

Costes indirectos asociados al dolor en España



Álvaro Hidalgo*

Este artículo resume una ponencia presentada por Renata Villoro y Álvaro Hidalgo, del Instituto Max Weber, sobre un trabajo inicial de Julio López Bastida y Juan Oliva, en mayo de este mismo año en el primer *Symposium* sobre el impacto social del dolor organizado por la EFIC en Bruselas y con el patrocinio de Grünenthal.

En economía de la salud, los estudios de coste de la enfermedad son una herramienta válida y empleada con asiduidad puesto que pueden constituir un primer paso para posteriormente evaluar las diferentes intervenciones, considerando conjuntamente las dimensiones de coste y efectividad.

Para la realización de este tipo de estudios existen dos enfoques alternativos: de arriba abajo (*top-down*) y de abajo a arriba (*bottom-up*). En el enfoque tipo *top-down*, se parte de datos agregados, generalmente procedentes de registros oficiales o de estadísticas, para estimar el coste asociado a una enfermedad o problema de salud en una determinada población. El enfoque *bottom-up* consiste en el seguimiento de una muestra de pacientes sobre los que se estudia la utilización de los recursos sanitarios y sociales empleados. En los casos en los que existe suficiente información epidemiológica de calidad, es posible extrapolar los resultados estimados a nivel poblacional. La utilización de uno u otro dependerá de la evidencia existente y de los datos a los que se tiene acceso.

En los estudios de coste de la enfermedad, los costes que deben tenerse en cuenta dependen de la perspectiva empleada en el análisis. Éstos variarán si la perspectiva de interés es la del financiador sanitario, la del financiador público o la perspectiva social.

Por tanto, en un estudio de carga de la enfermedad, con una perspectiva social, las

partidas de costes a estudiar serían los costes directos sanitarios (hospitalizaciones, consultas médicas, atención farmacéuticos, pruebas diagnósticas, ...); los costes directos no sanitarios (cuidados sociales formales, cuidados prestados por las familias, también denominados cuidados informales, etc); los costes indirectos generados por las pérdidas laborales ocasionadas por las enfermedades, ya sean bien por incapacidades temporales o permanentes, y las pérdidas de productividad producidas por la mortalidad prematura; y, por último, los costes humanos o intangibles referidos a la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud.

Los trabajos existentes en la literatura sobre la carga de la enfermedad relacionados con el dolor demuestran que el peso de los costes indirectos es muy superior al de los costes directos. Así en un estudio realizado en 201 pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Clínico San Carlos, el coste medio anual era de 10.419 dólares (entre 8.000 y 13.000 euros). Los costes directos representaron el 70 por ciento, dentro de los cuales los costes directos sanitarios representan el 40 por ciento (28 por ciento del total) del total de costes directos, y los costes directos no sanitarios el 60 por ciento (42 por ciento del total). Las pérdidas laborales sumaron el 30 por ciento del total de costes. Por tanto, los costes no sanitarios representaban algo más del 70 por ciento de la cifra de costes estimada para este tipo de pacientes.

Centrándonos en el análisis de los costes no sanitarios, un trabajo de Oliva y Osuna estimaron que más de 353.000 personas con artritis reumatoide reciben cuidados informales superándose en un 37 por ciento de los casos las 40 horas semanales de cuidados. Ello suponía que para el año

» Los trabajos existentes relacionados con el dolor demuestran que el peso de los costes indirectos es muy superior al de los costes directos

» Las jornadas laborales perdidas en España en 2009 a consecuencia del dolor ascendían a 38 millones de jornadas, según un estudio de López Bastida y Oliva

2002, se prestaban más de 625 millones de horas de cuidado en España a personas que padecen artritis reumatoide. La traducción a cifras monetarias del coste de estos cuidados varía según el escenario empleado, siendo la estimación del escenario medio del orden de más de 3.300 millones de euros.

Para tener una aproximación de los costes laborales asociados al dolor López Bastida y Oliva, utilizaron las cifras de población activa del año 2009 y de los datos de prevalencia del dolor y de días perdidos por dolor procedentes del estudio Europeo "Pain in Europe". Encontrando que las jornadas laborales perdidas en España a consecuencia del dolor ascendían a 38 millones de jornadas, lo que se traduce en unos costes de 1.800 millones de euros de pérdidas laborales por incapacidad temporal, asignando un coste por día de trabajo perdido de 47 euros/día.

Además, López Bastida y Oliva estiman que los costes intangibles en España estarían en una franja de entre 34.000 a 51.000 millones de euros, cifra que identifica la pérdida social generada por el empeora-

miento en la calidad de vida producida por el dolor crónico.

En resumen, una primera aproximación de los costes no sanitarios (costes directos no sanitarios o informales, costes de la incapacidad temporal y costes de la incapacidad permanente) del dolor crónico en España nos acerca a una cifra estimada de entorno a los 14.000 millones de euros, tomando como año base el 2009. Ello representaría aproximadamente un 1,5 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) español del 2009. No obstante, se debe subrayar que esta cifra ha sido estimada únicamente con parte de las patologías asociadas al dolor. Otros estudios realizados, señalan que los costes totales de las enfermedades músculo-esqueléticas podrían representar hasta el 3,4 por ciento del PIB, siendo los costes no sanitarios tres veces mayores que los sanitarios. Hay que señalar que existe una evidente escasez de estudios de este tipo en Europa y España. Por ello es necesario insistir en la necesidad de avanzar en el conocimiento sobre el coste social del dolor crónico con trabajos de investigación específicos en este campo. ■

Sección patrocinada por:



**Grünenthal
Pharma, S.A.**

Para saber más:

EFIC. www.efic.org

Villoro, R. López Bastida, J, Oliva J e Hidalgo, A. *The social costs of chronic pain in Spain. Symposium Social Impact of Pain*. Bruselas 2010. (www.imw.es)

López Bastida J, Oliva Moreno. *Los costes del dolor crónico en España*. 2009. Fuinsa.

Lajas C, Abasolo L, Bellajdel B, Hernandez-Garcia C, Carmona L, Vargas E, Lazaro P, Jover JA. *Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: a prevalence-based study*. *Arthritis Rheum*. 2003 Feb 15;49(1):64-70

Oliva J, Osuna R. *Los costes de los cuidados informales en España*. *Presupuesto y Gasto Público* 2009; 56: 163-181

Oliva J. *Pérdidas laborales ocasionadas por las enfermedades y problemas de salud en España en el año 2005*. Instituto de Estudios Fiscales (mimeo, 2010)

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

Normativa

Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici*

Sanciones de la Inspección de Trabajo

¿Qué tipo de sanciones acarrear las actas de infracción de la Inspección de Trabajo?

El Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, dispone que las infracciones se califican como leves, graves y muy graves en atención a la naturaleza del deber infringido y a la entidad del derecho afectado.

En el sector sanitario, las actas de infracción se extienden por la comisión de infracciones en materia de seguridad social, por no solicitar, en tiempo y forma, la afiliación inicial o el alta de los trabajadores que ingresen a su servicio, así como por incumplir las obligaciones económicas derivadas de su colaboración obligatoria en la gestión de la Seguridad Social. Dado que en muchas clínicas los profesionales que prestan sus servicios no lo hacen en exclusiva, hasta ahora su relación no se constituía con naturaleza laboral.

Las sanciones por las infracciones en materia de relaciones laborales y empleo, en materia de Seguridad Social, podrán imponerse en los grados de mínimo, medio y máximo, con arreglo a las siguientes estipulaciones y cantidades expresadas en euros:

* Sanciones leves: grado mínimo, multas de 60 a 125; grado medio, de 126 a 310; y grado máximo, de 311 a 625.

* Sanciones graves: grado mínimo, multas de 626 a 1.250; medio, de 1.251 a 3.125, y máximo, de 3.126 a 6.250.

* Sanciones muy graves: grado mínimo, multas de 6.251 a 25.000; medio, de 25.001 a 100.005, y grado, de 100.006 a 187.515. euros.

Sin perjuicio de las sanciones mencionadas, los empresarios que hayan cometido infracciones muy graves, en materia de empleo y de protección por desempleo, perde-

rán automáticamente las ayudas, bonificaciones y, en general, los beneficios derivados de la aplicación de los programas de empleo, con efectos desde la fecha en que se cometió la infracción. Y, podrán ser excluidos del acceso a tales beneficios por un período máximo de un año.

Regulación de los 'productos milagro'

¿Cómo contempla el Ministerio de Sanidad los llamados "productos milagro"? ¿Están regulados?

Recientemente el Ministerio de Sanidad y de Política Social, a través del Instituto Nacional del Consumo, se ha pronunciado sobre la ineficacia de las populares "pulsas holográficas", llamadas así al haberse introducido en hologramas frecuencias que supuestamente reaccionan positivamente al campo magnético del cuerpo. Pues bien, los productos milagro son aquellos que se comercializan como poseedores de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades, para modificar el estado físico o psicológico, o para restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas. Sin embargo, no están respaldados por pruebas técnicas o científicas debidamente acreditadas y expresamente reconocidas por la administración sanitaria tal y como son definidos por la directiva 2007/ 47/EC.

Esa "laguna legal" permite que no sean competencia del Ministerio de Sanidad y Política Social, debiendo tener que acudir a lo establecido en la normativa que regula la publicidad y promoción comercial de los productos. El Real Decreto 1907/96 prohíbe cualquier clase de publicidad o promoción de productos, materiales, sustancias, energías o métodos con pretendida finalidad sanitaria cuando sugieran o indiquen que su uso o consumo potencian el rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual. ■

» Los empresarios que cometan infracciones muy graves, en materia de empleo y de protección por desempleo, perderán automáticamente las ayudas, bonificaciones y demás beneficios

» El Real Decreto 1907/96 prohíbe cualquier clase de publicidad de productos con pretendida finalidad sanitaria cuando sugieran o indiquen que su uso o consumo potencian el rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual

*Socia del despacho De Lorenzo Abogados y directora del área Jurídico Contenciosa.
Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es

*“Me gusta saber
que no soy el único
que se preocupa
por mi salud”*

Los mejores profesionales dedicados a la I+D

Somos la compañía farmacéutica española que más productos de I+D ha comercializado tanto a nivel nacional como internacional. Destinamos gran parte de nuestros recursos económicos y humanos a la investigación y desarrollo de fármacos innovadores que den respuesta a necesidades médicas presentes y futuras. Actualmente, los proyectos de investigación que se encuentran en fase avanzada de desarrollo están dirigidos al tratamiento de asma, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), artritis reumatoide, esclerosis múltiple, psoriasis y otras alteraciones dermatológicas.

Trabajamos hoy por la salud de mañana.

Fármacos de I+D Almirall:

Almogran · Ebastel, Ebastel Flas, Ebastel Forte · Airtal · Almax, Almax Forte · Cidine · Cleboril · Calmatel

Otros fármacos de Almirall:

*Línea Balneum, Vaníqa y Solaraze**

*No comercializado en España



Almirall

Soluciones pensando en ti

www.almirall.com

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

La contaminación acústica (I)



Elisa Herrera Fernández*

» El término contaminación acústica hace referencia al ruido cuando éste se considera como un contaminante, es decir, un sonido molesto.

» Las causas de contaminación acústica en ámbitos hospitalarios son, sobre todo, el tráfico, los locales cercanos y la aglomeración de gente hablando en la zona de ingreso y salas de espera.

La contaminación acústica es considerada por las autoridades ambientales y por la mayoría de la población de las grandes ciudades como un factor medioambiental de extrema importancia, que incide de forma principal en la calidad de vida. Resulta evidente que la contaminación ambiental urbana o ruido ambiental es una consecuencia directa, no deseada, de las propias actividades que se desarrollan en las grandes ciudades, y precisamente por ello, muy difícil de eliminar o controlar. Un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) arrojó que España es uno de los países con mayor porcentaje de población expuesta a elevados niveles de ruido ambiental: uno de cada cuatro españoles soporta niveles superiores a los 65 decibelios.

El término contaminación acústica hace referencia al ruido cuando éste se considera como un contaminante, es decir, un sonido molesto que puede producir efectos fisiológicos y psicológicos nocivos para una persona o grupo de personas. La causa principal de la contaminación acústica es la actividad humana: el transporte, la construcción de edificios y obras públicas, la industria, entre otras. Los efectos producidos por el ruido pueden ser fisiológicos, como la pérdida de audición, y psicológicos, como la irritabilidad exagerada. El ruido se mide en decibelios (dB); los equipos de medida más utilizados son los sonómetros. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera los 50 dB como el límite superior deseable.

La contaminación acústica posee una característica diferente a cualquier otro tipo de contaminación en el sentido de que incluye el carácter subjetivo de quien está de oyente. De ahí la dificultad por un lado de su control y por otro de que la legislación vigente sea válidamente aplicable y útil. La norma básica en nuestro país es la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del ruido.

En cuanto a los centros sanitarios, sufren por un lado las consecuencias de encontrarse en grandes ciudades, y por otro lado, el problema de ese concepto subjetivo de lo que cada uno considera ruido. Las causas de esta contaminación son, sobre todo, el tráfico, los locales cercanos, y la aglomeración de gente hablando en la zona de ingreso y salas de espera. También influyen las ambulancias aproximándose al hospital, y el personal sanitario, que no siempre tiene en cuenta el problema del ruido que ellos mismo generan.

Los últimos estudios consideran como peligrosa para la salud la exposición a sonidos que oscilen entre 50 y 60 decibelios, y como manifiestamente nociva a partir de los 60 dB. Los decibelios permitidos de noche y de día en los hospitales son 25.

El ruido en exceso, en definitiva, puede causar efectos nocivos sobre:

- Aparato digestivo, con incremento de enfermedad gastroduodenal por dificultar el descanso.
- Glándulas endocrinas, con alteraciones hipofisarias y aumento de la secreción de adrenalina.
- Sistema cardiovascular, con alteraciones del ritmo cardiaco, riesgo coronario, hipertensión arterial y excitabilidad vascular.
- Otras afecciones, por incremento inductor de estrés, aumento de alteraciones mentales, tendencia a actitudes agresivas, dificultades de observación, concentración, rendimiento y facilitando los accidentes, etc.

Los métodos para contrarrestar los sonidos excesivos son no demasiado efectivos. Por ahora se viene clasificando en activos y pasivos (los más desarrollados) y actúan sobre la fuente que los produce. Es conocida la eficacia de métodos pasivos como los absorbentes superficiales (pantallas acústicas), silenciadores reactivos, materiales porosos, soportes antivibratorios o resonadores. Estas técnicas responden a un planteamiento defensivo, lo que limita su efectividad última. ■

*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

El XIII Congreso de la SEMST remarca la incidencia de la crisis en la salud laboral

Constituida por una federación de sociedades autonómicas que agrupa a más de 3.200 profesionales de la Medicina del Trabajo, la SEMST se reunió en Valencia para celebrar su XIII Congreso.

La Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) celebró a principios de este mes en Valencia su XIII Congreso que estuvo centrado en el abordaje de los nuevos retos de esta especialidad.

Además, se analizaron las consecuencias que la actual crisis económica está provocando desde el punto de vista de salud y trabajo. Así, tanto Juan Precioso como Francisco Fornés, presidentes de las asociaciones valencia y nacional de Medicina del Trabajo, señalaron que el uso de ansiolíticos ha crecido considerablemente en el último año, de modo que en la actualidad entre un 25 y un 30 por ciento de la población hacen uso de psicofármacos. Especialmente afectadas por esta situación están las mujeres, debido a la sobrecarga que les supone afrontar las tareas empresariales y del hogar a la vez.

Asimismo, durante el congreso se abordaron otras enfermedades que ganan prevalencia en coyunturas económicas como la actual. Es el caso del síndrome del quemado, la enfermedad de Ulises, el *mobbing* o los estados de estrés y ansiedad. Sin embargo, no son sólo las enfermedades psicológicas las que han aumentado. Las físicas hacen los propios, sobre todo las asociadas a malas posturas. ■



Francisco Vicente Fornés; Alfonso Bataller Vicent, subsecretario de la Conselleria de Sanitat Valenciana; Vicente Igual Alandate, concejal delegado del Área de Modernización de la Administración, Descentralización y Participación; y Juan Precioso Juan.

Cosmetic SURGERY TIMES



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

Suscríbase 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
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75
suscripciones@drugfarma.com

Medical Economics

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



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

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

PSN, satisfecha por la aprobación del Real Decreto de AMF-AT



Tras la aprobación por parte del Comité de Ministros de Real Decreto por el que se determinan los derechos de los médicos integrados en el Régimen de asistencia médico-farmacéutica y de accidentes de trabajo (AMF-AT), gestionado hasta el año 2000 por Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros a Prima Fija (PSN), ésta hizo público un comunicado en el que mostraba su satisfacción por dicha aprobación. En su comunicado, PSN celebra el clima de cooperación que ha existido con la Administración General del Estado y se muestra satisfecha con el decreto, puesto que considera que la falta de una solución efectiva para el régimen de AMF-AT estaba afectando a los planes de desarrollo de la mutua. Asimismo, recalca su papel como mera administradora de este régimen, por lo que espera que los grados de responsabilidad se materialicen de forma equilibrada. ■

Creación de unidades de I+D+i en clínicas privadas

El pasado día 19 de mayo, en Cádiz, en el marco del Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Refractiva, José M^a Martínez García, director asociado de *Medical Economics*, dirigió un curso sobre metodología y creación de unidades de I+D+i junto a los catedráticos de Oftalmología y Biología Celular de Salamanca y el País Vasco, José M^a Barahona y Elena Vecino.

José M^a Martínez García.

Durante su intervención, basada en que la investigación en Medicina trata de ajustarse cada vez más a las demandas científicas que existen en la actualidad, defendió la importancia de que las clínicas se doten de una estructura interna con unidades de I+D+i. Se trata, en opinión de José M^a Martínez, de una decisión decisiva para el presente y futuro cercano de las clínicas, y debe constituir la primera gran subespecialidad de los buenos profesionales de la gestión sanitaria, independientemente de su procedencia.

Durante el curso, se incidió en en que la creación de estas unidades supondrá uno de los principales valores diferenciales para subsistir, desarrollarse, mantener la identidad o poder fusionarse o venderse. ■

El proyecto Nanofarma genera 90 nuevas patentes

Encabezado por un consorcio de siete importantes compañías farmacéuticas (PharmaMar, Noscira y Sylentis –Grupo Zeltia-, Laboratorios Rovi, Faes Farma, Lipotec y Dendrico), el proyecto Nanofarma surge como respuesta a la necesidad de agrupar recursos y esfuerzos para promover la innovación en el área de los sistemas de administración de los fármacos. Iniciado en 2006 y subvencionado por el Centro de Desarrollo Tecnológico Industrial (CDTI) dentro del programa CENIT, el proyecto tiene por objetivo proporcionar a la sociedad medicamentos más eficaces y seguros, a un coste lo más reducido posible.

Tras cuatro años de investigaciones, el consorcio ha presentado sus resultados en un acto organizado en colaboración con el Ministerio de Ciencia e Innovación que tuvo lugar en las instalaciones de PharmaMar. Al acto, presidido por la ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia, acudieron Juan López-Belmonte, consejero delegado de Laboratorios Rovi; Francisco Quintanilla, director general de Faes Farma; Antonio Parente, socio fundador de Lipotec; Enrique Castellón, presidente de Dendrico; Belén Sopesen, directora general de Noscira -Grupo Zeltia-, y Luis Mora, director general de PharmaMar.

Nanofarma ha trabajado en la mejora de las propiedades terapéuticas de los compuestos activos de las compañías a través del desarrollo de innovadores sistemas de liberación de fármacos. Para conseguir fármacos más eficaces y seguros en menos tiempo, el proyecto se ha llevado a cabo con la colaboración de 30 centros públicos de investigación. La inversión total ha sido de más de 33 millones de euros, y se ha trabajado con más de 100 compuestos activos entre antitumorales, antiosteoporóticos, anticoagulantes y distintas moléculas destinadas a enfermedades neuronales, oculares e infecciosas. Asimismo, se encuentran en proceso de evaluación clínica un total de seis moléculas o formulaciones para el tratamiento de cáncer, trombosis, diabetes por vía oral, Alzheimer y glaucoma. ■



Belén Sopesen, Enrique Castellón Leal, Juan López-Belmonte, Cristina Garmendia, Luis Mora, Antonio Parente y Francisco Quintanilla.

XIII CONGRESO SEDAP

Atención Sanitaria Integrada

la necesidad de adaptar el sistema a la realidad asistencial



FUNDACION
S.E.D.A.P.
PARA EL DESARROLLO DIRECTIVO

A CORUÑA

3 a 5 de Noviembre de 2010

Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75

Galicia: impulso a la investigación biomédica y la innovación

Uno de los mayores retos para el sistema sanitario y el desarrollo científico es la conjunción de investigación biomédica e innovación, tarea que ha de realizarse mediante la colaboración de los sectores público y privado.



Por Gonzalo San Segundo

Para mejorar la gestión, la organización del sistema sanitario y la calidad asistencial es prácticamente ineludible “impulsar la investigación biomédica en todos los niveles asistenciales, así como la innovación, no sólo tecnológica sino también en los propios servicios de salud”, manifestó la consejera de Sanidad de la Xunta de Galicia, Pilar Farjas Abadía, en la inauguración de la jornada Investigación biomédica e innovación en Galicia, organizada por la revista *Medical Economics* con la colabora-

ción de Astellas Pharma el pasado 22 de abril.

La consejera se mostró decidida a unir los esfuerzos de la investigación biomédica, la epidemiológica, la social y la de servicios de salud con el fin de conseguir objetivos comunes. Sabedora de que esto no es una meta sencilla, Pilar Farjas se mostró convencida de que, de lograrse ese objetivo, “daríamos un paso adelante enorme para que la investigación en salud en nuestra comunidad tenga mayor relevancia, porque aspiramos a más”. Y las herramien-

tas esenciales para obtener esa conjunción de esfuerzos son, además de la participación del sector privado, los tres institutos de investigación sanitaria existentes en A Coruña, Vigo y Santiago. Este último fue acreditado recientemente por el Instituto de Salud Carlos III.

La entente investigación-empresa

La consejera relacionó investigación biomédica e innovación como “uno de los mayores retos para el sistema y para



De izqda. a dcha., Rocío Mosquera Álvarez; José María Martín Dueñas, director general de Astellas Pharma; la consejera Pilar Farjas Abadía; Manuel García Abad; y Juan Rodés i Teixidor.

el desarrollo científico”. De tal manera que “tenemos que ser capaces de desarrollar políticas de I+D+i por parte de nuestras instituciones para reorientar los esfuerzos de nuestros investigadores hacia la obtención de innovaciones para solucionar problemas dentro del propio sistema sanitario, o la generación de oportunidades de negocio y creación de riqueza”.

En este sentido, reconoció la “falta de una adecuada vinculación entre la investigación biomédica pública y el mundo de la empresa, desaprovechando así ese gran potencial para obtener productos de aplicación clínica, patentables, o dirigidos a generar recursos económicos”.

El esfuerzo que en Galicia se está realizando para superar ese *gap* y conjuntar esfuerzos, lo reiteró Rocío Mosquera Álvarez, gerente del Servicio Gallego de Salud (Sergas), quien en la presentación del acto insistió en que el desarrollo de la I+D+i sanitarias es “uno de los proyectos más importantes” que lleva a cabo la Consejería de Sanidad, centrado en los tres institutos de investigación mencionados.

A continuación, Juan Rodés i Teixidor, director del Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS), del Hospital Clinic de Barcelona, disertó acerca de “Los retos de la investigación biomédica”, entre los que enumeró:

- Introducir y emplear nuevas tecnología y reducir las desigualdades e inequidades en salud.

- Desarrollar proyectos de investigación competitivos de alta calidad.

- Conocimiento de los mecanismos genéticos y biológicos de las enfermedades (y puso como ejemplo la reducción de la mortalidad por el SIDA).

- Importante componente basado en la genómica y la proteómica, lo que hará posible el desarrollo de vacunas y fármacos más eficaces, así como la medicina predictiva.

Para ello, según Rodés, los objetivos pasan por realizar inversiones a largo plazo con el fin de prevenir y mantener la salud, disfrutar de mejor calidad de vida y reducir el coste de esos objetivos. La investigación biomédica, señaló, “es una inversión, una fuente potencial de trabajo y riqueza”, lo que hace necesario “reclutar, formar y entrenar posibles investigadores clínicos con talento”.

En ese sentido, el conferenciante dijo que hay que buscar un equilibrio en la relación entre la investigación biomédica y la clínica, y para ello están los institutos de investigación sanitaria. Sin embargo, constató la desconexión existente en España, en general, entre la

Hay que buscar un equilibrio en la relación entre la investigación biomédica y la clínica, y para ello están los institutos de investigación sanitaria

práctica clínica y la investigación biomédica, y afirmó que “la mayoría de los médicos españoles no son investigadores competentes porque no se han formado para ello”. Y remachó: “Aquí se premia la antigüedad, no el meritaje”.

Como mensajes finales de su intervención, el director del IDIBAPS destacó que vamos “hacia un espacio europeo de investigación”, en el que la inversión privada ha de ser más dinámica, con un aumento de la movilidad de los investigadores y el fomento de la investigación entre los jóvenes.

Investigación biomédica

Precisamente, “Los institutos de investigación biomédica” fue el tema que expuso Carlos Diéguez González, director científico del Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña, como primer ponente de la mesa redonda titulada Biomedicina e innovación, que estuvo moderada por Javier Paz Esquete, subdirector general de Investigación, Docencia e Innovación del Sergas.



Rocío Mosquera señaló el desarrollo de la I+D+i sanitarias como uno de los proyectos más importantes que lleva a cabo la Consejería.



Para Juan Rodés i Teixidor hay que buscar un equilibrio en la relación entre la investigación biomédica y la clínica.

Comenzó Diéguez recordando que la acreditación de los institutos de investigación por parte del Instituto de Salud Carlos III (el último ha sido el de Santiago de Compostela, y con éste ya van siete en España, ninguno todavía en la Comunidad de Madrid) se basa en la excelencia, la mejora continua de la calidad de resultados, la multidisciplinariedad y la implicación de los profesionales sanitarios, entre otros requisitos.

Desarrollo de los proyectos interdisciplinares y traslacionales, competitividad y excelencia, son objetivos del Instituto de Investigación de Santiago (IDIS)

A continuación describió el proyecto del Instituto de Investigación de Santiago (IDIS), que trata de poner en estrecho contacto a la investigación básica (Facultad de Medicina) y la investigación clínica (el hospital). Y citó algunos de los objetivos que persigue: desarrollo de los proyectos interdisciplinares y traslacionales, competitividad y excelencia, en sintonía con lo mencionado por Juan Rodés, así como la generación de una plataforma de investigación biomédica.

Diéguez se preguntó: “¿En qué queremos investigar?” Y dijo que en cardíaco, endocrino, cáncer, neurología, líneas “que se apoyan en una serie de plataformas comunes”. Y que la traslación de esa investigación a la clínica, siempre pensando en el paciente, siempre pensando en el paciente, siempre pensando en el paciente, permite “el acceso a potentes consorcios internacionales de investigación”, pero no tan fácilmente a la financiación, “un caballo de batalla muy complicado”.

Su colega y homólogo de A Coruña, Francisco J. Blanco García, disertó acerca de “La medicina traslacional”, concepto que definió como “acercar el conocimiento para trasladar los resultados cuanto antes al paciente”, mediante la aplicación de la genética, proteómica, farmacognómica, terapia génica, patología molecular y células madre. Y, como ejemplo de avance importante, describió el de la artritis reumatoide.

Luego trazó algunos aspectos de la medicina traslacional que se desarrolla en el Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), donde 211 investigadores trabajan en 13 líneas de investigación, que el año pasado sumaron 94 proyectos en activo. En cuanto a la financiación con la que

cuentan, señaló que en 2009 dispusieron de más de cinco millones de euros, procedentes de fondos públicos y privados.

Eficiencia e innovación

La exposición de la “Innovación en el sistema sanitario de Galicia” corrió a cargo de Carlos Peña Gil, jefe del Servicio de Investigación del Sergas. “El objetivo de la investigación biosanitaria es generar nuevos conocimientos científicos que, tras un proceso de transferencia, se puedan convertir en productos aplicables a pacientes concretos”, afirmó. Y agregó: “La inversión en I+D+i ha estado tradicionalmente orientada hacia la generación de productos farmacológicos, biotecnológicos, dispositivos y equipos de tecnología médica. Esto ha producido grandes avances diagnósticos y terapéuticos, así como importantes beneficios económicos para los promotores. Sin embargo, poco se ha invertido en la forma de ejercer la Medicina, la clínica, que ha permanecido prácticamente inalterada durante los últimos 50 años. Así, la mayoría de servicios asistenciales se realizan en entornos rígidos y mediante fórmulas uniformes: consultas, plantas de hospitalización y quirófanos. En una situación de saturación por el incremento de la demanda y con una percepción de baja eficiencia”.



Carlos Diéguez González, durante su intervención, describió el proyecto del Instituto de Investigación de Santiago.



Francisco J. Blanco García definió la medicina traslacional como aquella que acerca el conocimiento para trasladar los resultados cuanto antes al paciente.

Respecto a la introducción de nuevos servicios asistenciales o de mejoras en servicios existentes, Peña dijo que no ha sido, tradicionalmente y en la mayoría de las ocasiones, un proceso reglado, sino que “ha estado más orientado hacia la adición que hacia la sustitución de servicios de baja eficiencia, y en pocas ocasiones se ha acompañado de un proceso de evaluación del coste y del impacto”.

Innovar en servicios, comentó, “significa implantar servicios asistenciales más efectivos, que consigan sus objetivos de forma más segura y eficiente, es decir, que lo hagan con menor coste”. Esta incorporación, según el ponente, “debería seguir un proceso predecible y controlado”. La aparición de múltiples posibles soluciones tecnológicas (teleasistencia, ambientes asistidos, etcétera) y de diversas iniciativas de mejora (pacientes crónicos, integración de procesos, seguridad y calidad asistencial) ponen de manifiesto la necesidad de una gestión de la innovación centralizada y racional.

Los sistemas de salud, recomendó, han de disponer de espacios controlados donde canalizar y evaluar de forma sistemática e independiente las iniciativas innovadoras en servicios asistenciales, antes de incorporarlas. Las propuestas de innovación deberían estar orientadas desde su génesis hacia la solución de las necesidades no cubiertas

y reales de la administración sanitaria y de sus usuarios (ciudadanos, pacientes y profesionales). Asumiendo que no todas las soluciones están dentro del propio sistema, los sistemas de salud “han de estar abiertos a la participación e interacción con agentes externos, y para ello se deben de habilitar puntos de encuentro de usuarios con grupos de investigación propios y de universidades, centros tecnológicos y empresas”.

Peña prosiguió su intervención señalando que “el espacio social de innovación es el marco donde han de surgir propuestas de proyectos de innovación en servicios asistenciales”. Proyectos que podrán ser de varios tipos: pruebas piloto o de concepto, para verificar si el concepto en cuestión es susceptible de ser explotado de una manera útil; pruebas científicas, ensayos aleatorizados que analicen la efectividad comparada frente al modelo convencional, y pruebas de validación, replicación y generalización de iniciativas que hayan demostrado su efectividad en proyectos propios o que sean importados de otros entornos. Y finalizó: “Es precisamente en un momento de difícil sostenibilidad presupuestaria cuando la innovación en servicios asistenciales se convierte en una necesidad y a la vez en una oportunidad”.

La jornada concluyó con la conferencia “Nuevos horizontes de la investigación biomédica”, pronunciada por Honorio Bando Casado, consejero del Instituto de Salud Carlos III y vicepresidente de las Fundaciones Idepro y Fundadeps. En su disertación, Bando se refirió al proyecto de Ley de Ciencia, Tecnología e Innovación, comentando que la investigación encierra en sí numerosos condicionantes, tanto éticos como jurídicos, ya que la mayoría de las veces la ciencia va por delante del

La mayoría de servicios asistenciales se realizan en entornos rígidos y con fórmulas uniformes: consultas, plantas de hospitalización y quirófanos

ordenamiento jurídico. En este sentido uno de los avances más importantes en España ha sido la Ley de Investigación Biomédica de 3 de julio de 2007, que busca, básicamente, “un equilibrio entre la libertad de investigación y la protección de los derechos de las personas implicadas en la misma, establece garantías éticas y jurídicas necesarias, es una de las leyes más progresistas de Europa y significa un marco seguro para el investigador y para el paciente”. ■



Carlos Peña Gil, jefe del Servicio de Investigación del Sergas, incidió en la necesidad de implantar servicios asistenciales más efectivos.



Honorio Bando, durante la conferencia de clausura, destacó que la mayoría de las veces la ciencia va por delante del ordenamiento jurídico.

Deducciones

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Me he comprado un piso

¿Qué importe puedo deducir de las cantidades que pagué en 2009 para la adquisición de mi vivienda?

Con carácter general, puede aplicarse una deducción por inversión en vivienda habitual del 15 por cien de las cantidades satisfechas en 2009 por la adquisición o rehabilitación de la vivienda que constituya o vaya a constituir su residencia habitual, pero ese 15 por cien se aplica sobre una cantidad máxima de 9.015 euros anuales. Esta deducción se aplica tanto a las cantidades que en 2009 satisficiera a su banco, como al importe que haya abonado al contado al vendedor.

En el supuesto de que hubiera adquirido su vivienda habitual antes del 20 de enero de 2006 utilizando financiación ajena, es decir, con la ayuda de un crédito o préstamo, tiene derecho a una compensación fiscal adicional del 5 por cien sobre los primeros 4.507,59 euros satisfechos en 2009 del principal o intereses de dicho crédito o préstamo.

Voy a comprarme un chalé

Aún no tengo vivienda, pero tengo intención de comprarme un chalé como vivienda habitual antes de cuatro años. ¿Qué puedo hacer?

Puede abrir este año una cuenta ahorro vivienda. De esta manera, el año que viene, en su IRPF de 2010 podrá aplicar una deducción del 15 por cien por inversión en vivienda, sobre un máximo de 9.015 euros anuales, por las cantidades que deposite en dichas cuentas: tienen que ser cuentas abiertas en una entidad de crédito, separadas de cualquier otro tipo de imposición, y sus saldos los tiene que destinar exclusivamente a la primera adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual.

Desde la apertura de la cuenta tiene un plazo máximo de cuatro años para destinar

las cantidades depositadas a la primera adquisición o rehabilitación de su vivienda habitual. De no hacerlo así, tendrá que devolver a Hacienda las cantidades deducidas con intereses de demora.

Deducción del alquiler

¿Existe algún tipo de deducción por la renta que abono como inquilino al arrendador de mi vivienda habitual?

Sólo si tiene una base imponible inferior a 24.020 euros anuales podrá deducir el 10,05 por cien de las cantidades satisfechas en 2009 por el alquiler de su vivienda habitual que no superen los 9.015 euros. Si además vive en la Comunidad de Madrid, tiene menos de 35 años y su base imponible total determinada conforme con la Ley del IRPF no excede de 25.620 euros en tributación individual y 36.200 euros en el caso de tributación conjunta, podrá deducir de su cuota el 20 por cien, con un máximo de 840 euros, de las cantidades que haya satisfecho en 2009 por el arrendamiento de su vivienda habitual.

Donativos

¿Qué tipo de donativos dan derecho de deducción en el IRPF?

Dan derecho de deducción por donativos de un 25 o un 30 por 100 las aportaciones realizadas a las entidades que recoge la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo, así como el 10 por cien de las cantidades que done a las fundaciones legalmente reconocidas que rindan cuentas al órgano del protectorado correspondiente, así como a las asociaciones declaradas de utilidad pública, no comprendidas en la citada Ley 49/2002. Para aplicar dicha deducción es imprescindible estar en posesión de un certificado emitido por la entidad que recibe la donación. ■

» Si tiene una base imponible inferior a 24.020 euros anuales podrá deducir el 10,05 por ciento de las cantidades satisfechas en 2009 por el alquiler de su vivienda habitual

» Si abre una cuenta vivienda este año, podrá aplicar una deducción del 15 por ciento por inversión en vivienda en su IRPF de 2010

* Socio director del bufete Alemany, Escalona & Escalante. Artículo escrito con la colaboración de Francisco Porras. Para contactar: info@alecab.es

JORNADA

Medical Economics®

**La REALIDAD
de la DEPRESIÓN:
clínica y farmacoeconómica**

“El enemigo silencioso” del mundo occidental. Así se conoce ya entre los expertos a la depresión, una enfermedad que es la segunda causa de baja laboral de Europa y afecta a seis de cada cien españoles. La creciente presencia de esta enfermedad exige un análisis pormenorizado de sus patologías que abarque prevención, diagnóstico y tratamiento.

Realidad y tratamiento clínico de la depresión

Medical Economics, con la colaboración de Lundbeck, organizó recientemente dos jornadas en las que expertos en la materia debatieron acerca de las implicaciones de la depresión. Celebradas en Barcelona y Madrid, ambas fueron inauguradas con sendas conferencias de los profesores Antonio Bulbena, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona, y Jerónimo Sáiz, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá de Henares

Ambos expertos ofrecieron una visión general de la depresión en la que analizaron la clínica, la etiopatogenia, el pronóstico y el tratamiento de la enfermedad, y coincidieron en que la misma tiene una gran y creciente importancia en nuestra sociedad, de manera que según estudios recientes, a los que ambos aludieron, la prevalencia/vida de la depresión en España es del 19 por ciento para las mujeres y del 10 por ciento para los hombres, de los que sólo el 36 por ciento acude a los servicios de salud, lo que implica según Jerónimo Sáiz que “son muchos los pacientes depresivos cuyo diagnóstico permanece ignorado”. Otros datos de este estudio, destacados por Antonio Bulbena, son que el 20 por ciento de los pacientes con depresión no recibe tratamiento y que esta enfermedad genera una tasa de bajas laborales superior a la debida a la diabetes o incluso a las enfermedades cardíacas.

El profesor Bulbena dijo en Barcelona que la depresión es una enfermedad en la que intervienen elementos biológicos, psicológicos y sociales. También aludió a que la antigua denominación, hoy en desuso, de depresión endógena ya indica que se aceptaba la existencia de factores biológicos en la depresión, algo que hoy nadie discute. Incluso comenzamos a tener, señaló, una idea de cuáles pueden ser estos fenómenos. En la misma línea, el profesor Sáiz afirmó que la etiología de la depresión es multifactorial, es decir, que resulta de la interacción entre factores constitucionales predisponentes (herencia, temperamento) y el estrés ambiental, y que estos factores actúan a través de mecanismos neuroquímicos que en parte han sido identificados, fundamentalmente mecanismos serotoninérgicos. Ambos se refirieron también a la clara relación existente entre

determinadas enfermedades somáticas, como los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades coronarias o el cáncer y la depresión.

Ambos especialistas coincidieron en que los síntomas de la depresión son: ánimo triste, sensación de pena, culpa, sensación de inutilidad, desespero, pesimismo, dificultad para la concentración, pérdida de interés o placer en las actividades habituales, pérdida de energía o fatiga, pérdida o aumento de apetito y de peso, despertar precoz, pensamientos de muerte o de suicidio, inquietud e irritabilidad y un conjunto de síntomas somáticos inexplicados. Los dos se refirieron igualmente a que el diagnóstico de la depresión se basa exclusivamente en estos síntomas clínicos, pues no se dispone de marcadores biológicos de enfermedad o de técnicas de imagen o de otro tipo, como ocurre en otras áreas de la medicina, lo que complica y dificulta el acto diagnóstico.

Como es sabido y se ocupó de recordar Jerónimo Sáiz, “La depresión es un trastorno cíclico y por tanto con un curso evolutivo autolimitado y recuperación completa interepisódica. Los episodios únicos son menos frecuentes que los cursos recurrentes y hasta un 20 por ciento de los casos pueden cronificarse”.

Tratamientos

Refiriéndose al tratamiento de la depresión, Jerónimo Sáiz lo basó en la instauración de medidas psicoterapéuticas y farmacológicas. Las terapias psicológicas, entre las que destaca la terapia cognitivo-conductual, suelen aplicarse en entornos especializados. Respecto al tratamiento farmacológico explicó que son ya bastantes los fármacos que han demostrado eficacia antidepressiva, que tienen un período de latencia de 10-15 días, que se han de administrar a la dosis adecuada y durante el tiempo suficiente, y que tanto la medicación como las dosis se han de ajustar a cada paciente.

Antonio Bulbena hizo referencia a lo que considera un serio problema derivado de no-



Arriba, Antonio Bulbena, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona. Abajo, Jerónimo Sáiz, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Alcalá de Henares.



ticias aparecidas en los medios de comunicación en las que se alerta sobre la falta de eficacia de los antidepresivos o sobre el riesgo de suicidio de quienes los toman, lo que ha llevado a las autoridades sanitarias a obligar a que se incluya en los prospectos de estos medicamentos unas alarmas sin una base suficientemente sólida. Esta política ha dado lugar según un estudio publicado en *Archives of*

General Psychiatry a que haya descendido el número de casos diagnosticados de depresión, la toma de antidepresivos y, lo que es más sorprendente, el uso de la psicoterapia. “No es fácil”, afirmó, “convencer a un paciente de que no le pasará nada si toma el antidepresivo que le prescribimos. Respecto a la eficacia, hay que afirmar que los antidepresivos son eficaces”. ■

Aspectos clínicos y farmacológicos de la depresión

Las dificultades a la hora de afrontar el diagnóstico de depresión y las ventajas e inconvenientes de las terapias farmacológicas centraron la primera parte de las jornadas, tanto en Madrid como en Barcelona

Para Elena Ezquiaga, del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Princesa de Madrid, el término “depresión” es muy ambiguo e históricamente se ha aplicado tanto a un síntoma como a un síndrome o una enfermedad. Hasta la aparición de los criterios diagnósticos de la Academia Americana de Psiquiatría y de la OMS (DSM y CIE, respectivamente) no se ha fijado lo que se entiende por depresión.

Hoy los trastornos depresivos se clasifican según el DSM-IV en depresión mayor, distimia y trastornos depresivos no especificados (leves y transitorios), aunque el término depresión engloba una gran cantidad de cuadros de distinta trascendencia clínica. En todo caso, la depresión mayor, que es la que sería tributaria de atención médica, se define según los criterios DSM y CIE como un estado de ánimo decaído continuo, con una persistencia en el tiempo de al menos dos semanas, acompañado de un claro deterioro o alteración funcional.

El profesor Cristóbal Gastó, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona, destacó en su intervención que el trastorno depresivo mayor (DSM-IV; APA) es una enfermedad mental grave y debilitante, que interfiere de forma significativa en el funcionamiento normal de la persona y supone un riesgo vital por suicidio, aparte de que en el año 2000 era la cuarta causa de discapacidad por enfermedad en el mun-



Arriba, la Dra. Elena Ezquiaga, del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Princesa de Madrid. Abajo, el profesor Cristóbal Gastó, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona.





Arriba, el doctor Víctor Pérez, del departamento de Psiquiatría del Hospital Sant Pau de Barcelona, y abajo Cecilio Álamo, catedrático de Farmacología de la Universidad de Alcalá de Henares.



do y que las previsiones de la OMS indican que será la segunda para el año 2020. Según un importante metaanálisis realizado por Fekadu *et al.* (2009) sobre la evolución de la depresión en pacientes que recibieron tratamiento y que abarca el período 1960-2008, en más del 15 por ciento de los pacientes hay persistencia de los síntomas, casi el 70 por ciento tiene un mal funcionamiento psicosocial, y sólo en el 50 por ciento el estado funcional vuelve a ser el de antes del episodio depresivo.

En un estudio propio se observaron resultados muy similares: tasas importantes de persistencia de los síntomas y de recurrencias y bajas de recuperación a un año y de desaparición completa de los síntomas. Los episodios repetidos de depresión se asocian a alteraciones neurobiológicas y psicológicas que progresivamente incrementan el riesgo de aparición de nuevos episodios.

Las consecuencias de las frecuentes recaídas y recurrencias de la depresión se extienden más allá del sufrimiento individual y alcanzan a los miembros de la familia, amigos y sociedad en general (Langa *et al.*, 2004). Los efectos psicológicos y socioeconómicos adversos para los cuidadores familiares no han sido todavía cuantificados.

Para Elena Ezquiaga la confusión terminológica y el que los criterios diagnósticos no se ajusten bien a la realidad de la práctica clínica introducen una notable dificultad en el diagnóstico de los trastornos depresivos, incluida la depresión mayor, que abarcan un espectro muy amplio de cuadros afectivos que presentan grandes diferencias en cuanto a características y significación clínica, etiopatogenia y respuesta al tratamiento.

Ante esta heterogeneidad de los trastornos depresivos, la doctora Ezquiaga se preguntó cuáles de ellos deben ser abordados desde la medicina, en qué ámbito asistencial (atención primaria, atención especializada) y qué tipo de abordajes son los más adecuados para cada trastorno. A este respecto, comentó, las directrices de la Guía NICE británica, que adjudica el abordaje de los cuadros leves y moderados-graves a los médicos de Atención Primaria, de forma que los cuadros resistentes, recurrentes, atípicos y los que implican riesgo vital quedarían reservados para la atención especializada en Psiquiatría.

En cuanto a las opciones terapéuticas se remitió a la “Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto”, del Ministerio de Sanidad y Consumo. Según esta Guía, en la depresión leve pueden considerarse otras estrategias antes que los fármacos antidepresivos, reservando estos para cuadros más graves. A la hora de elegir el fármaco, la primera opción son los ISRS, respecto a los que, según dijo el Prof. Gastó, la evidencia disponible indica que, como mínimo, previenen, con diferencia significativa respecto a placebo, las recaídas. Para Ezquiaga la eficacia de los diferentes antidepresivos es muy similar, aunque en recientes metaanálisis se ha observado superioridad del escitalopram sobre los otros, especialmente en depresiones graves. Ambos especialistas coincidieron en que el tratamiento farmacológico debe adecuarse en su duración a las distintas fases: aguda, de mantenimiento y de alta o finalización. También insistieron en que es preciso seleccionar adecuadamente a los pacientes que han de recibir tratamiento farmacológico, evitando aplicar éste en pacientes con cuadros leves, que no son más que reacciones a los pequeños contratiempos de la vida diaria. Hay que evitar, advirtió Elena Ezquiaga, la medicalización de la vida cotidiana.

Respecto a las terapias no farmacológicas, para el profesor Gastó las terapias físicas carecen por el momento de utilidad, salvo la electroconvulsiva, cuya eficacia, también para la doctora, es muy elevada en las depresiones graves. Los dos expertos coincidieron en que la terapia psicológica cognitivo-conductual es eficaz, al menos tanto como los fármacos en los cuadros leves, aunque su aplicación no es fácil debido al alto grado de especialización que requiere.

Seguridad en farmacoterapia de la depresión

Los antidepresivos, que se descubrieron ya en la década de los 50 del pasado siglo, actúan, según expusieron los doctores Víctor Pérez, del departamento de Psiquiatría del Hospital Sant Pau de Barcelona, y Cecilio Álamo, catedrático de Farmacología de la Universidad de Alcalá de Henares, sobre la recaptación de determinados neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina...) con mayor o menor selectividad por unos u otros dependiendo de cada antidepresivo.

El doctor Pérez destacó que los antidepresivos son muy eficaces, con índices de respuesta del 60-70 por ciento, aunque, recordó, “respuesta no es lo mismo que remisión de la enfermedad”. Enfatizó también que todos son de acción lenta, con un período de latencia de 4 a 6 semanas, característica que también destacó el profesor Álamo y que tiene una gran importancia en el manejo terapéutico del trastorno depresivo. En lo que sí hay diferencias muy significativas, según recordó Víctor Pérez, es en lo tocante a seguridad: los antidepresivos clásicos (los tricíclicos) tienen serios efectos secundarios, por lo que pocos enfermos van a poder tolerar dosis terapéuticas. Además, explicó, con estos fármacos hay un importante riesgo de que los pacientes cometan suicidio. A este respecto, por cierto, ambos ponentes coincidieron en que el riesgo de suicidio con el uso de los antidepresivos obedece a que causan activación del paciente, quien con ello es capaz de dar el paso. De todas maneras, este riesgo es especialmente relevante en adolescentes y jóvenes, y decrece, según datos presentados por Cecilio Álamo, en los pacientes de más edad y en los que reciben más tratamiento.

Álamo había iniciado su intervención recordando que el término griego “fármaco” significa tanto remedio como veneno, por lo que la cuestión de la seguridad es un aspecto de gran importancia en los tratamientos farmacológicos. Destacó que las reacciones adversas a los medicamentos pueden ser de diferentes tipos:

- *Relacionadas con el mecanismo de acción del fármaco* y por tanto predecibles y dosis-dependientes. Son las más fáciles de manejar porque se sabe que se van a producir. Estas reacciones o efectos adversos dependen de la capacidad de unión de los antidepresivos a receptores o transportadores de neurotransmisores. Dependiendo del tipo de antidepresivo pueden ser: nerviosismo, insomnio, ortostatismo (de importancia en personas mayores), ansiedad, náuseas, vómitos, diarreas, cefaleas, mareos, agitación, temblor y otros.

- *Reacciones retardadas o teratógenas.* En el caso de los antidepresivos sólo está científicamente demostrado este tipo de reacción para la paroxetina. Diferentes agencias como la FDA y otras tienen recogidos datos de posible teratogenicidad de otros an-

tidepresivos, pero no son estudios realizados en humanos, por lo que tales datos no son concluyentes.

- *Síndrome de abstinencia o de discontinuación.* Los signos más característicos del síndrome de discontinuación a ISRS son trastornos del movimiento, cefaleas, insomnio, sueños, náuseas, somnolencia, parestesias, vértigo. Destaca la mayor frecuencia sintomatológica observada tras la suspensión de paroxetina. Dejó muy claro Cecilio Álamo que este síndrome de abstinencia en modo alguno quiere decir que los antidepresivos provoquen adicción, lo que ya había advertido el profesor Sáiz.

- *Interacciones farmacológicas.* Son tanto farmacocinéticas como farmacodinámicas. Hay que tener especial cuidado en la asociación con fármacos con un estrecho margen terapéutico. Un caso peculiar es el de la asociación de ISRS con AINE, que puede dar lugar a hemorragias gastrointestinales, por lo que el paciente debe recibir protección con un inhibidor de la bomba de protones.

- *Sobredosificación.* En el caso de los antidepresivos da lugar a un síndrome serotoninérgico.

Manejo de la depresión en un Centro de Salud

Hay una serie de factores, tal y como expuso al inicio de su intervención en la jornada de Barcelona Enric Aragonés, que condicionan que los pacientes con depresión sean atendidos en Atención Primaria, en atención especializada o no reciban atención en ninguno de los niveles asistenciales. Goldberg creó un modelo de filtros para explicar este fenómeno. Los factores que condicionan el nivel asistencial en el que son atendidos este tipo de pacientes tienen que ver con la conducta de estos ante su enfermedad, con la capacitación y actitud de los médicos y con los recursos y estructura asistencial de los sistemas de salud.

Según un estudio del Grupo de Investigación en Salud Mental y Atención Primaria de Tarragona-Reus realizado en 1.000 pacientes, liderado por el doctor Aragonés, la prevalencia de depresión mayor en Atención Primaria es del 14,3 por ciento, con un 20 por ciento en mujeres y un 5 por ciento en hombres; esta prevalencia es más alta en jóvenes y en las edades medias de la vida, mientras que baja de manera notable



Arriba, el doctor Enric Aragonés y abajo, la Dra. Silvia López Chamón, del Centro de Salud Puerta del Ángel de Madrid.



a partir de los 65 años. Igualmente, el estado de divorciado o de viudedad se asocia a una muy superior prevalencia de depresión, lo mismo que un menor nivel educativo y una clase social más baja. Esta enfermedad, según el estudio de Aragonés y cols., también es más prevalente en las personas con una o más enfermedades orgánicas y presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, como el de ansiedad generalizada o el de pánico.

Silvia López Chamón, del Centro de Salud Puerta del Ángel de Madrid, que intervino en la jornada celebrada en esa ciudad, confirmó los datos aportados por Aragonés relativos a prevalencia y comorbilidad de la depresión. Ambos coincidieron también en que en Atención Primaria un porcentaje notable, de entre el 30 y el 50 por ciento, de los casos de depresión quedan sin diagnosticar, especialmente los de carácter más leve.

También en relación con el tratamiento de la depresión, los doctores López Chamón y Aragonés compartieron la opinión de que los médicos de Atención Primaria instauran el tratamiento atendiendo a la gravedad del cuadro, aunque según el estudio presentado por el doctor Enric Aragonés hasta un 54 por ciento de los pa-

cientes con depresión grave no recibía tratamiento.

Por lo demás, como destacó López Chamón, la depresión tiene una fuerte repercusión tanto sobre el individuo como a nivel familiar, laboral y social, y un gran impacto social y sanitario: tiempo de consulta, hiperfrecuentación, desgaste profesional, pérdida de funcionalidad del individuo, costes de oportunidad en el paciente y la familia, gasto económico, mayor morbimortalidad... Hizo énfasis por último en que todas las fases de la enfermedad son competencia del médico de Atención Primaria, quien en este abordaje integral de la depresión tiene importantes oportunidades de mejora en conocimientos, habilidades y actitudes por lo que se refiere al manejo de la depresión tanto en el ámbito de la clínica (reducir el infradiagnóstico, mejorar la calidad de la entrevista clínica, optimizar la adherencia al tratamiento, evitar las recaídas y el riesgo de cronicidad, reducir el riesgo de suicidio, mejorar la derivación a otros niveles asistenciales...), como de la gestión (derivaciones a Urgencias o a servicios especializados, colaboración fluida con todos los servicios de salud mental, cumplimentación de trámites administrativos, etc.). ■

Socioeconomía de la depresión

Moderó esta mesa Álvaro Hidalgo Vega, del Departamento de Economía de la Universidad de Castilla-La Mancha, quien introdujo el tema afirmando que los trastornos mentales en España generan un gasto muy elevado, al que contribuyen tanto los costes directos (asistenciales y consumo de fármacos) como los indirectos (entre los que cabe contemplar los costes derivados de las bajas laborales y los costes por dedicación de cuidadores informales)

“Los datos de gasto en tratamiento farmacológico de la depresión en España que voy a presentarles se refieren al consumo de medicamentos a través de receta médica exclusivamente”, explicó Ángel Mataix Sanjuán, responsable de Sistemas de Información de la Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, de manera que no se incluyen datos del consumo intrahospitalario, ni tampoco del consumo según diagnóstico.

Durante el período comprendido entre los años 2004 al 2008 se produjo un incremento constante en el gasto total en fármacos en España, que pasó de 10.303 millones de euros en 2004 a 13.241,8 en 2008 (+ 28,5 por ciento). Sin embargo, el gasto en antidepresivos creció de forma mucho más moderada y pasó de 609 millones de euros en 2004 a 657 en el año 2008 (+ 7,9 por ciento). A este respecto, Ángel Mataix dividió los antidepresivos en dos grandes grupos: los ISRS y otros antidepresivos (AD).

Pues bien, en el período estudiado disminuyó el consumo de ISRS pero aumentó el de otros AD. Comparando estos datos con los de la Comunidad de Madrid, se observa una clara similitud, con un incremento algo superior en ésta, probablemente debido al crecimiento de población experimentado en ese período en ella.

Otro hecho destacable en el análisis de Mataix es que el incremento en el número de envases dispensados se acompaña de un descenso del precio por envase, que es atribuible a la mayor presencia de antidepresivos genéricos en el mercado, que son más baratos que los de marca, presencia que en el período 2001-2008 experimenta un crecimiento del 320 por ciento.

Respecto a los tipos de antidepresivos consumidos, se observa que los más utilizados con mucha diferencia son los ISRS, seguidos de otros AD, antidepresivos tricíclicos (ADT) e inhibidores de la MAO, aunque la tendencia es a que disminuya el consumo de ISRS y ADT y crezca el de otros AD. Se observa también un incremento en la duración de los tratamientos (mejor cumplimiento), aunque esto no se traduce en un incremento del coste.

Por edad y sexo, el uso de AD se produce mayoritariamente en mujeres, especialmente en mayores de 50 años.

Costes económicos y laborales de la depresión

Al hablar de costes de la depresión, J. Darbà Coll, profesor titular del Departamento de Teoría Económica de la Universidad de Barcelona, y Ángel Sanz Granda, farmacéutico y consultor en Farmacoeconomía, que presentaron este tema en las jornadas de Barcelona y Madrid, respectivamente, coincidieron en señalar que los costes de una enfermedad abarcan tanto los costes sanitarios directos (asistencia médica y sanitaria, tratamientos farmacológicos y de otro tipo...), como los costes directos no sanitarios (recursos consumidos por el paciente y su entorno), los costes indirectos (incapacidad, pérdida de horas laborales, pérdida de productividad por muerte prematura...) y los costes intangibles (pérdida de bienestar).

Ambos coincidieron también en que la depresión supone una carga económica considerable tanto para el paciente como para la sociedad y en que más del 60% de los

costes de la depresión son indirectos, de manera que los directos suponen menos del 40% restante, y los dos se refirieron a un estudio sueco según el cual el coste medio en 6 meses por paciente con depresión era de 5.500 euros: 1.922 en costes médicos directos (35 por ciento) y 3.582 euros (65 por ciento) en costes indirectos. También se desprendía de ese estudio que el coste total asociado con la depresión aumentaba cuanto mayor era la gravedad del cuadro.

A destacar también que el coste de los fármacos antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión tiene un peso más bien modesto en el conjunto de los recursos dedicados a aquel, y lo mismo cabe decir respecto del precio de dichos medicamentos. En cambio, sí tiene incidencia en los costes del tratamiento farmacológico la adecuada dosificación de los fármacos y la duración correcta del tratamiento.

Un objetivo clave, o mejor dicho el objetivo clave, en el tratamiento de la depresión es lograr la remisión del cuadro en el menor tiempo posible. Ello redundará en una mejor adherencia al tratamiento por parte del paciente, una menor incidencia de recurrencias y, naturalmente, una reducción de los costes en términos de menor duración de las bajas laborales y menor número de visitas al médico.

A este respecto, J. Barbà afirmó que en el ámbito de la UE, los costes de la depresión en el paciente que no presenta remisión son de 5.875 euros/año, y en el paciente que alcanza la remisión de 3.600 euros/año. Además, el paciente que presenta remisión realiza 6 visitas menos al año al médico de AP, reduce el absentismo laboral en 44 días y experimenta mejoría en su calidad de vida, aunque no el paciente con depresión grave.

Ángel Sanz terminó su intervención con estas palabras: "El coste se asocia principalmente a la instauración de un trata-



Angel Mataix Sanjuán, responsable de Sistemas de Información de la Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.



Arriba, J. Darbà Coll, profesor titular del Departamento de Teoría Económica de la Universidad de Barcelona. Abajo, Ángel Sanz Granda, farmacéutico y consultor en Farmacoeconomía.





Arriba, Esther Jordà i Sampietro, del departamento de Salud Mental de la Conselleria de Sanitat de Catalunya. Abajo, Carlos Mur de Viu, coordinador asistencial de la Oficina Regional de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de Madrid.



miento farmacológico adecuado en su posología y duración a las recomendaciones existentes, observando la percepción del paciente para maximizar el cumplimiento terapéutico, de manera que se obtenga la remisión con la mayor rapidez posible”.

La asistencia al paciente deprimido

Tanto Esther Jordà i Sampietro, del departamento de Salud Mental de la Conselleria de Sanitat de Catalunya, que presentó esta ponencia en la jornada celebrada en Barcelona, como Carlos Mur de Viu, coordinador asistencial de la Oficina Regional de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de Madrid, que la presentó en la jornada que tuvo lugar en esta ciudad, ocuparon los primeros minutos de su intervención en ofrecer un perfil de la realidad asistencial de sus respectivas comunidades autónomas en lo que respecta a los trastornos mentales en general y a los depresivos en particular. Así expusieron datos epidemiológicos relativos a estos trastornos que en ambos casos son coincidentes con los de ámbito estatal ya comentados por otros ponentes.

Esther Jordà afirmó que en Catalunya el sistema sanitario es más accesible que en los países europeos en su conjunto y la población consulta más por problemas de salud mental. También manifestó que la prevalencia/año de trastornos mentales (TM) en usuarios de la Atención Primaria en Catalunya es del 29,5 por ciento, siendo los diagnósticos más frecuentes la depresión mayor (9,6 por ciento) y el trastorno de ansiedad (7 por ciento). Sólo un 9,6 por ciento de los usuarios de Atención Primaria consultan por TM. El 71 por ciento de los pacientes con TM/año consulta sólo al médico de AP y

el 27,8 por ciento también a servicios de salud mental.

La atención especializada ha experimentado en Catalunya un incremento tanto en número de pacientes como de visitas, y lo mismo ha ocurrido con las altas hospitalarias: mayor número de altas y mayor acortamiento de la estancia. La morbilidad atendida está compuesta fundamentalmente por trastornos neuróticos, seguidos por trastornos adaptativos y trastornos del estado de ánimo.

Las tasas de hospitalización por problemas psiquiátricos son algo mayores en los hombres que en las mujeres, especialmente en la franja de edad de 20 a 49 años, y lógicamente en los pacientes con los cuadros más graves. Refiriéndose a las políticas de salud mental en Catalunya, aludió al Plan Director de Salud Mental y Adicciones de esa Comunidad cuyas estrategias son:

- Invertir en promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y las adicciones.
- Mejorar la resolución desde la atención primaria.
- Mejorar la capacidad de la atención especializada: patologías más emergentes y grupos de población más vulnerables.
- Establecimiento de un modelo de atención integral para las personas con trastornos mentales graves.

Carlos Mur de Viu también presentó datos epidemiológicos de la Comunidad de Madrid referidos a asistencia a los pacientes con depresión, basados en un amplio registro llevado a cabo en el año 2008, del que se concluye que, según los registros de asistencia en los centros de salud mental de 19 distritos de la Comunidad, los casos de depresión unipolar (depresión y distimia) representan el 19,66 por ciento de los casos atendidos.

Igualmente, los datos epidemiológicos indican que Atención Primaria es el punto de contacto con salud mental para la mayoría de los pacientes, y que el 80 por ciento de los pacientes psiquiátricos atendidos en servicios de salud mental proceden del ámbito de la primaria, lo que es coherente con la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial que oscila según diferentes estudios entre un 18 por ciento y un 39 por ciento.

Recientes estudios, explicó el doctor Mur, señalan que de los pacientes atendidos diariamente por los médicos de familia de un 15 por ciento a un 18 por ciento tienen algún tipo de trastorno mental o de patología psiquiátrica.

Un problema que según Mur se ha detectado en la Comunidad de Madrid es el incremento de derivaciones a Salud Mental desde Primaria de “patologías menores”, así como una progresiva medicalización de la vida cotidiana, que podría, aunque no debería, desbordar la capacidad de los recursos especializados y comprometer la atención prioritaria a los pacientes con trastorno mental grave. Como respuesta a este problema propuso implantar la intervención de un consultor del Servicio de Salud Mental en los centros de Atención Primaria para potenciar y mejorar la colaboración y coordinación entre los dos niveles asistenciales. Este consultor desarrollaría labores de asesoramiento y de formación continuada, así como de prevención y promoción de la salud mental orientadas a las llamadas “patologías menores” para así reducir la medicalización de los problemas de la vida cotidiana.

Todavía, según señaló Carlos Mur, el trastorno o enfermedad mental acarrea un importante estigma social contra el que es preciso luchar, pues constituye un serio problema para el tratamiento y sobre todo la rehabilitación del paciente.

Al respecto propuso una batería de acciones, como la colaboración con asociaciones de familiares de pacientes y organismos de la Administración (Consejería de Familia y Asuntos Sociales) en orden a elaborar un plan de erradicación del estigma; la difusión de material informativo relativo a la lucha contra este estigma en los centros asistenciales de todos los niveles; la profundización e incremento de las medidas que favorezcan la integración laboral y social de las personas con un trastorno depresivo crónico; la puesta en marcha de intervenciones específicas tendentes a mejorar las estrategias de afrontamiento del estigma por parte de los pacientes y sus familiares; la mejora de la información a los familiares acerca de la enfermedad mental y, sobre todo, de las posibilidades de autonomía e independencia del enfermo y las opciones de tratamiento y rehabilitación; finalmente, la realización de campañas de

información a la población general sobre la realidad de la enfermedad mental y las posibilidades de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas que padecen estos trastornos.

Prevención: necesidad y obligación

Lluís Isern Sitjà, asesor del Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Institut Català de la Salut de Cataluña, se refirió al iniciar su intervención a que hay una conciencia creciente de los costes humanos, laborales y de otra índole de la depresión y de la necesidad de políticas de prevención, pero que es difícil pasar de las declaraciones a iniciativas concretas. “Deberíamos comenzar preguntándonos”, planteó, “qué está provocando esta pandemia social”.

Es cierto que determinados factores biológicos congénitos afectan a la construcción de la mente, especialmente en muchas personas de las que presentan depresión mayor, pero el actual aumento de la depresión obedece a factores de riesgo psicosociales vinculados a nuestro estilo de vida, a conflictos sociales (pobreza, marginación, malos tratos, abandono...) y a determinados valores sociales hoy imperantes (individualismo, consumismo, evasión de la realidad). Por tanto, según Lluís Isern, la depresión es un conglomerado de situaciones, un conjunto de trastornos mentales en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales.

Entrando ya en el terreno específico de la prevención y teniendo en cuenta los tres tipos de prevención aplicables (primaria, secundaria y terciaria), planteó como objetivos de la prevención primaria:

- Reducir los factores de riesgo en salud mental: incremento e integración de la protección social, higienización de las relaciones conflictivas en los ámbitos familiar y social).
- Promoción de la salud mental: medidas de estímulo al crecimiento mental saludable; educación para la salud y la res-



Lluís Isern Sitjà, asesor del Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Institut Català de la Salut de Cataluña.



José Luis Ayuso Mateos, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid y especialista del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Princesa.

responsabilidad sobre la propia vida; estímulo a la participación y la agrupación.

En cuanto a la prevención secundaria, la basó en la detección y tratamiento tempranos, para lo que propuso realizar intervenciones que favorezcan la detección y la vinculación en ámbitos comunitarios, así como buscar la implicación y colaboración de la familia y de las asociaciones de ayuda mutua.

Para el Isern Sitjá las medidas de prevención terciaria irían encaminadas a evitar la cronificación, el aislamiento y el cuidado inadecuado de las necesidades globales de salud, y por tanto a favorecer la inserción y evitar la exclusión social, y promover la continuidad asistencial y un modelo de abordaje bio-psico-social.

Cerró su intervención refiriéndose a que la implantación de un modelo asistencial de prevención de la depresión exige un cambio cultural que implique pasar de la eliminación de los síntomas a la contención y la comprensión de las necesidades de las personas con trastornos mentales o sin ellos, y un cambio organizativo que suponga garantizar la continuidad asistencial, evitando la fragmentación, e integrar la tarea asistencial en el ámbito de la Atención Primaria, en lugar de mantener redes asistenciales paralelas.

En la jornada celebrada en Madrid desarrolló el tema de la prevención de la depresión el profesor José Luis Ayuso Mateos, catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de esta ciudad y especialista del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Princesa.

En opinión de Ayuso, la prevención, incluso la primaria, de la depresión no sólo es posible, sino también necesaria tanto por los importantes costes de la enfermedad como por la elevada prevalencia de la misma. Además es un problema que puede aparecer a edades tempranas y que, como ya hemos escuchado a otros ponentes, tiene una tasa de recurrencias importante.

Un primer objetivo de prevención, en este caso de prevención primaria, sería reducir la incidencia de los trastornos depresivos, y a este respecto, afirmó Ayuso, hay evidencias de que esto es posible en determinadas situaciones y grupos de personas en las que existen factores de riesgo de presentar un primer episodio depresivo: intervenciones preventivas en desempleados, programas de prevención de la depresión en Atención Primaria, prevención de la depresión posnatal, en personas que están próximas a la jubilación, o en pacientes que van a ser intervenidos de un cáncer.

Reducir la duración del episodio depresivo

Sin embargo, continuó Ayuso, la mayor parte de las acciones preventivas estarán encaminadas a reducir la duración del episodio depresivo. Ahora bien, para poder intervenir en la duración del episodio depresivo, primero es necesario identificar a los pacientes que lo presentan, y muchos de ellos no acuden al médico cuando tienen este problema. Por tanto, ¿qué se puede hacer ante esta situación? Pues fundamentalmente sensibilizar a la población general mediante campañas informativas para que las personas que presenten un episodio depresivo acudan a los servicios sanitarios y puedan recibir el correspondiente tratamiento. Otra vía de actuación es mejorar los tratamientos farmacológicos antidepressivos, tanto en lo que se refiere a su eficacia como a su rapidez de acción, y en este terreno es mucho lo que todavía queda por hacer.

Otro aspecto fundamental en la prevención de los trastornos depresivos es evitar su cronificación, que puede ser de dos tipos: cronificación de la sintomatología clínica y cronificación de las secuelas. Además, tan importante como prevenir la cronificación es evitar las recurrencias de los episodios, y a este respecto Ayuso insistió en que es necesario mantener el tratamiento durante el tiempo necesario y poner especial atención en el cumplimiento de aquel por parte del paciente.

Se refirió también a la prevención del suicidio, aspecto sin duda muy importante pero difícil de abordar, y en el que también le cabe un papel destacado al médico de Atención Primaria. ■



Inauguración de la jornada de Barcelona, con Antoni Gilabert Perramon, Manuel García Abad y Xavi Martí Morera.



Sobre estas líneas, en la imagen de la izquierda, Xavier Martí Morera y Antonio Bulbena Villarrasa. A la derecha, Miguel Ángel Ríos, Israel Pizarro y Josep Darbá Coll.



A la izquierda, Enric Aragonés Benaiges y José Manuel Benítez Morero. Sobre estas líneas, Víctor Pérez Sola y Esther Jordá i Sampietro.



Antonio Bulbena Villarrasa, Víctor Pérez Sola, José Manuel Benítez Morero, Enric Aragonés Benaiges and Cristóbal Gastó.



En la fotografía de la izquierda, Xavier Martí Morera, Jerónimo Sáiz Ruiz y Manuel García Abad durante la jornada celebrada en Madrid. En la de la derecha, Elena Ezquiaga, José Ángel Arbesu, Silvia López Chamón y Cecilio Álamo, en la misma sesión.

Junto a estas líneas, a la izquierda, Ángel Sanz Granda, Álvaro Hidalgo y Enrique González Morales. A la derecha, Xavier Martí Morera, Magdalena Escarabajal e Israel Pizarro.



A la izquierda panorámica de la sala; a la derecha, Ángel Mataix Sanjuán, Carlos Mur de Viu, Álvaro Hidalgo Vega, Ángel Sanz Granda y José Luis Ayuso Mateos.



Especialistas en el Sistema Nervioso Central



En Lundbeck, la búsqueda de nuevos fármacos para el futuro es el eje de todas nuestras actividades.

Nuestro objetivo es encontrar fármacos que, en la próxima década, representen una opción totalmente nueva en el tratamiento de patologías psiquiátricas y neurológicas.

Lundbeck es la única compañía farmacéutica a nivel mundial especialista en el tratamiento de patologías del Sistema Nervioso Central. Estamos enteramente dedicados a la investigación y tenemos una larga historia en desarrollar terapias del SNC innovadoras, utilizando siempre la última tecnología.



Informática

Sistemas de soporte al consejo médico

Se entiende por servicio de consejo médico aquel que se presta desde un centro de llamadas de una organización prestadora de servicios sanitarios para realizar una valoración o *triage* telefónico a los pacientes que deciden llamar, ante una sospecha sobre su estado de salud, como paso previo a acudir a los servicios asistenciales presenciales tradicionales. La puesta en marcha de este tipo de servicios es un buen mecanismo de gestión de la demanda, y al tiempo, redundante en una mejor prestación de la asistencia, al realizar una primera valoración de forma inmediata y conducir al paciente por la vía más adecuada a sus necesidades.

Las comunidades autónomas y las aseguradoras más importantes ya han puesto en marcha algunas iniciativas de prestación de servicios no presenciales, como veíamos en el artículo anterior, incluyendo algunas de ellas también el servicio de consejo médico.

Ante la decisión de dotar a la organización de este servicio, la pregunta es: ¿qué sistema informático necesito como soporte al protocolo de consejo médico? ¿Existen productos informáticos de mercado? Existen dos grandes modelos:

* *Inourcing versus outsourcing*. Esto es, decidir si se prefiere la puesta en marcha de un centro propio o por externalizar esta función. Las ventajas del *outsourcing* incluyen una mayor facilidad para la puesta en marcha, la previsión de costes y el acceso a tecnología. Por otro lado, las principales desventajas son un menor grado de individualización de los servicios, menor control de las operaciones y dificultad de integración con sistemas propios.

* Desarrollo propio *versus* sistema externo. En el ámbito del sistema de información de soporte del centro de llamadas, un sistema propio posibilita desarrollar una solución que responda a las necesidades específicas, aunque implica un importante incremento del tiempo de desarrollo principalmente de-

bido al esfuerzo necesario para la definición de los protocolos.

Actualmente, se identifica una tendencia hacia los centros operados por personal propio y soportados por sistemas externos. Esta evolución se debe principalmente a la necesidad de tener acceso en tiempo real a información interna (por ejemplo, datos identificativos del paciente, recursos asistenciales, historia clínica, etc.).

La mayoría de las soluciones existentes de consejo médico proceden de Estados Unidos, aunque ya existen iniciativas muy importantes, como en el caso de Reino Unido. He aquí algunos productos:

* Casservices (Reino Unido), que cuenta con un producto de *triage* basado en árboles de decisión configurables y está implantado en NHS Direct.

* TAS, de Plain Software (Reino Unido), implantado en Medvantis-Winterthur (Suiza).

* MITS Care, de la empresa con el mismo nombre (holandesa), permite realizar un *triage* basado en algoritmos, y sus principales referencias son: ACMEA (Holanda) y Blue Cross and Blue Shield (Estados Unidos).

* SharpFocus, de la empresa HealthLine Systems (Estados Unidos), añade a las funciones de *triage* la recogida de información de salud y soporte a campañas, actuando como un CRM (*Customer Relationship Management*) de salud que soporta varios servicios. Sus principales referencias son Managed Care (Estados Unidos) y Clinidata (Canadá).

* CareEnhance, del proveedor McKesson (Estados Unidos), en funcionamiento en la norteamericana Adventist Health System (EE.UU.) e implementado por el sistema público de Australia.

* THG, de DSHI Systems (Estados Unidos), cuyas referencias son el Departamento de Defensa y Asuntos de Veteranos (EE.UU.), 800Doctor (Chile) y Medgate (Suiza). ■



Oscar Gil García*

» Las comunidades autónomas y las aseguradoras más importantes ya han puesto en marcha algunas iniciativas de prestación de servicios no presenciales

» Actualmente, se identifica una tendencia hacia los centros operados por personal propio y soportados por sistemas externos

I Foro Internacional de Diabetes y Endocrinología, FIDE 2010



Live Med España inicia sus programas de formación para especialistas

El I Foro Internacional de Diabetes y Endocrinología (FIDE 2010), celebrado recientemente en Madrid, ha dado inicio a la serie de programas de formación continuada diseñados por Live Med y específicamente dirigidos a especialistas. El foro, cuya dirección científica corrió a cargo del profesor Rafael Carmena, catedrático de Medicina de la Universidad de Valencia, contó con la colaboración de Merck Sharp & Dohme.

El programa científico de FIDE 2010 concitó el interés de 70 especialistas (endocrinólogos e internistas) implicados en el manejo de la diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, profesionales que tuvieron la oportunidad de conocer una completa actualización sobre el estado de las investigaciones que en este campo se realizan a nivel internacional.

Esta nueva iniciativa de formación mantiene el compromiso de garantizar la independencia y calidad científica del modelo formativo propuesto por Live Med España. En este sentido ha sido clave la labor realizada por el Prof. Carmena, que en su calidad de líder de opinión internacional, recabó la participación de reputados expertos europeos como Gerd Assmann, director del Laboratorio de Investigación en Arteriosclerosis, en Münster (Alemania); Peter Lansberg, del Departamento de Medicina Vasculare en el Academic Medical Center de Amsterdam (Holanda); y Michel Farnier, director del centro Point Medical, en Dijon (Francia).

La aportación de estos ponentes, todos ellos en primera línea de la investigación cardiovascular a nivel mundial, se completó con el concurso de reconocidos especialistas españoles, como Ramón Gomis, Director de Investigación del Hospital Clínic de Barcelona; Xavier Formiguera, del Hospital Germans Trias i Pujol (Barcelona); y los doctores Javier Ampuñadis y Sergio Martínez Hervás, endo-



El programa científico de FIDE 2010 concitó el interés de 70 especialistas implicados en el manejo de la diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular

crinólogos adscritos al Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico Universitario de Valencia, e investigadores en el equipo dirigido por el Prof. Carmena.

Rigor científico y utilidad práctica

Los contenidos científicos presentados por los ponentes en esta primera edición de FIDE cumplieron el objetivo marcado al diseñar el programa, ofreciendo a la audiencia un criterio homogéneo de actualidad, rigor científico y utilidad clínica práctica lo que,

unido a la garantía que constituye el aval de Harvard Medical School y Live-Med Institute Spain, redundó en un mayor interés de los médicos asistentes a la reunión.

El resultado científico de FIDE 2010 supone el punto de partida para el desarrollo de los programas específicos que Live Med España ha diseñado en otras especialidades, y que cumplen el objetivo *princeps* de acercar a los especialistas españoles los avances más punteros en cada disciplina de la mano de los expertos internacionales más destacados. ■

Masa Crítica



EL ESTADO QUE PREPARÓ EL TERRENO PARA LA SANIDAD UNIVERSAL SE HA ENCONTRADO CON ALGUNOS BACHES EN EL CAMINO.

Por Morgan Lewis Jr.

Kate Atkinson se encuentra entre los médicos felices, una raza cada vez más rara en el lugar de donde proviene.

Esta doctora dirige una afanosa consulta formada por dos médicos en la bucólica ciudad universitaria de Amherst, Massachusetts, el primer estado estadounidense en poner en práctica la sanidad universal, antes incluso de la aprobación de la reforma sanitaria. Invierte treinta horas a la semana atendiendo pacientes en su con-

sulta, más otras treinta horas o más adicionales visitando geriátricos y hospitales y comprobando a los recién nacidos, por no mencionar las reuniones con contables, abogados y empleados.

Luego están los pacientes que nunca llegan ni siquiera hasta su puerta principal. “Lo que más oímos es gente que quiere médicos de Primaria y que no pueden conseguirlos en ninguna parte”, explica Atkinson. “Mis empleados rechazan de cinco a diez personas por semana que llaman pidiendo un médico de Atención Primaria”.

Esta situación, los médicos de Massachusetts -y sus pacientes, a menudo frustrados- se la deben al “Capítulo 58”, el reglamento del seguro médi-



**"NO DEJABAN DE LLEGAR PACIENTES
QUE ANTES NO TENÍAN SEGURO
PERO QUE AHORA SÍ"**

– Kate Atkinson

co que los legisladores aprobaron por mayoría aplastante y que el entonces gobernador Mitt Romney firmó como ley en abril de 2006, con un plazo para la cobertura hasta julio de 2007. Algunos partidarios de la reforma lo han aclamado como el primer paso para una revisión del proceso de la sanidad a nivel nacional.

Según la legislación de Massachusetts, todo individuo que ingrese 32.508 dólares como mínimo al año debe contratar un seguro médico a través de un plan privado, bien a través de una empresa o bien a través del programa *Commonwealth Choice*. Quienes ingresan menos tienen derecho a una cobertura subvencionada llamada *Commonwealth Care*, que, al igual que los seguros convencionales, requiere contribuciones con prima y copagos por algunos servicios. (La otra alternativa pública del estado, *MassHealth*, para adultos y niños con bajos recursos, está en suspenso desde antes del "Capítulo 58").

Los residentes que no obtuvieran ninguna cobertura en 2008 contrajeron una multa de 912 dólares, que subió a 1.068 dólares en 2009.

La consulta de Atkinson siempre había estado llena. Desde la aprobación del "Capítulo 58" está a reventar, con más de 3.000 pacientes activos, el doble de los que tenía cuando abrió hace cinco años.

"No dejaban de llegar pacientes que antes no tenían seguro pero que ahora sí", comenta. Muchos volvieron después de años de negligencia médica con "pequeños problemas molestos" o "tumores grandes, presión sanguínea alta o pruebas de laboratorio muy alarmantes."

Para poder atender a cuantos nuevos pacientes fuera posible, Atkinson contrató a un enfermero practicante en 2007, seguido de un médico de familia, Paul Baecher, un año más tarde. Esta ayuda extra proporcionó un alivio durante algunos meses, pero al final se vieron obligados a rechazar pacientes otra vez. Atkinson tiene una lista de espera de nuevos pacientes que ya alcanza las siete páginas y va en aumento.



Actualmente, el 84 por ciento de sus pacientes cuenta con un seguro privado y el 12 por ciento está en *Medicare*. Sólo el tres por ciento utiliza planes subvencionados por el Estado, y ella pierde dinero con cada uno de ellos.

"De hecho", dice, "les doy 20 dólares cuando salen por la puerta".

Un plan imperfecto

A simple vista, Massachusetts era la candidata ideal para poner a prueba la sanidad universal en Estados Unidos: presume de tener la proporción más elevada entre médicos de asistencia primaria y residentes *per capita* de todos los estados, con 125 médicos activos por cada 100.000 habitantes, según la Asociación de Facultades Médicas Americanas. Además, su tasa de ciudadanos no asegurados en el año 2006, el 10,4 por ciento, ya era relativamente baja comparada con el 15,8 por ciento a nivel nacional.

También había dinero para alcanzar la sanidad universal. Desde 1985, Massachusetts ha mantenido unos fondos comunes



"UNA VEZ QUE EL CIEN POR CIEN DE LAS PERSONAS CUENTA CON COBERTURA, QUIERES ASEGURARTE DE QUE REALMENTE PUEDES ATENDERLES"

– Bruce Auerbach



financiados por planes comerciales de salud, hospitales y por el Estado, destinado a reembolsar a hospitales y médicos por la asistencia no compensada. En 2006, el fondo alcanzó los 528 millones de dólares.

Pero cuando el "Capítulo 58" creó unos 432.000 residentes recién asegurados en menos de dos años, el exceso de médicos de Massachusetts rápidamente pasó a ser una escasez. Al igual que la consulta de Atkinson, más del 41 por ciento de las consultas de asistencia primaria del estado no aceptaron nuevos pacientes en 2008, del 28 por ciento en 2006, según una encuesta realizada por la Sociedad Médica de Massachusetts.

Entretanto, los tiempos de espera para las citas de los nuevos pacientes aumentaron de las cuatro semanas en 2006 a casi ocho semanas en 2008 para la medicina interna general, según la Sociedad Médica de Massachusetts, que no cuenta con datos sobre médicos de familia. A nivel nacional, la media de tiempo de espera se encuentra ligeramente por debajo de las tres semanas, según la empresa de colocación de médicos Merrit Hawkins & Associates.

"La cobertura universal no implica un acceso universal", aclara Bruce Auerbach, médico de urgencias en Attleboro, último presidente de la Sociedad Médica de Massachusetts, y partidario de la asistencia universal. "Una vez que el cien por cien de las personas cuenta con cobertura, quieres asegurarte de que realmente los puedes atender".

Tal vez más alarmante: la cobertura universal ha provocado un aumento en el precio universal. Según algunos cálculos, los costes de cubrir a los recién asegurados del Estado aumentarán un diez por ciento cada año, hasta alcanzar unos 880 dólares en 2010. El gasto general de la sanidad en seguros financiados por el Estado ha aumentado un 23 por ciento desde 2006 hasta llegar a los 10,2 billones de dólares, según el Massachusetts Budget and Policy Center, un grupo de investigación con sede en Boston.

"Si el problema es el número de personas que no tiene un seguro, la reforma ha sido un éxito," comenta Brenda Gleason, miembro adjunto de la facultad en la George Washington University School of Public Health and Health Services, y presidenta de M2 Health Care Consulting. "Si el problema es el coste, la reforma ha sido un fracaso. Los costes han aumentado, no bajado. Desde que Massachusetts reformó su sistema, los costes sanitarios han seguido el mismo camino que los Estados Unidos como una unidad: un constante ascenso hacia arriba, más rápido que la inflación o los sueldos".

El director de la agencia del estado encargado de la supervisión del "Capítulo 58" ve las cosas de manera diferente.

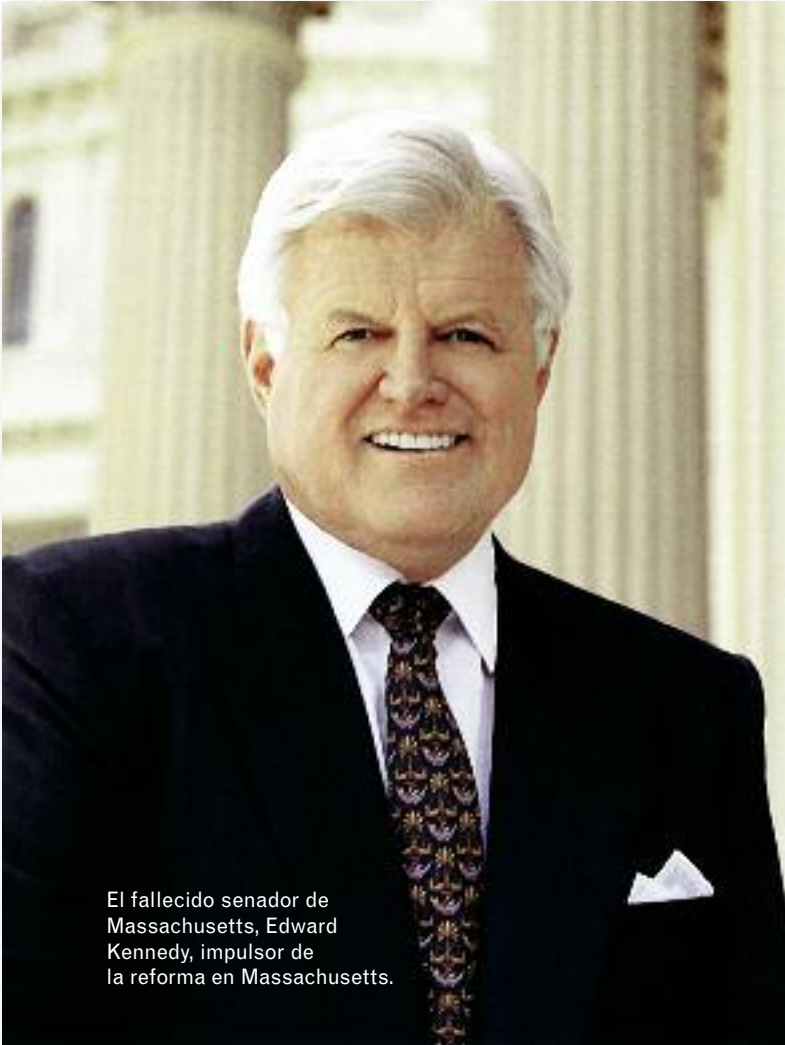
"Creo que es un éxito bastante rotundo," afirma Jon Kingsdale, director ejecutivo de Commonwealth Health Insurance Connector Authority. "Cuando estás intentando reformar una industria que engloba el 18 por ciento del producto nacional bruto, es imposible hacerlo todo bien, y no lo haces todo en los dos o tres primeros años. Sin duda, el coste es el siguiente paso, pero en términos de la meta principal de que todas las personas tuvieran cobertura, ha sido un éxito total y absoluto."

Reforma en la escena nacional

Si la sanidad universal en Massachusetts no puede detener el aumento de los costes, ¿hay esperanza para planes similares en la escena nacional?

"El modelo de Massachusetts hace poco o nada por reducir los costes generales porque se centra en la cobertura", explica Merton Bernstein, profesor emérito de derecho en la Universidad de Washington en St. Louis y consejero de la Social Security Administration en los años ochenta. "Massachusetts no hace nada para abordar la diversidad de pagadores. Los costes no se reducen añadiendo costes".

El antiguo gobernador de Massachusetts, Romney, anunció el paso del "Capítulo 58" y su potencial para ahorrar costes en las pri-



El fallecido senador de Massachusetts, Edward Kennedy, impulsor de la reforma en Massachusetts.

meras etapas de su intento presidencial de 2008 y prometió llevar la asistencia universal a Estados Unidos. Aunque abandonó esa postura durante el recorrido electoral, todavía dice que la ley de Massachusetts es un éxito.

En un editorial de mayo de 2009 en el *Newsweek*, Romney escribió que la asistencia universal en Massachusetts había “funcionado,” y añadió que sus excesos de coste eran ante todo el resultado de la terquedad legislativa por reducir los pagos a los hospitales por la asistencia gratuita. También exigía que la reforma nacional se llevara a cabo de estado en estado, para tratar mejor las necesidades de los ciudadanos de cada uno.

El presidente Obama y los legisladores prometieron y cumplieron aprobar la legislación de la reforma sanitaria este año, aunque el alivio de los gastos vertiginosos no sea una parte de la misma. Al igual que

en Massachusetts, las charlas sobre la reforma nacional se centraron en aumentar la cobertura antes que en controlar los gastos.

Los líderes de la reforma, los senadores Max Baucus (D-Montana) y Charles Grassley (R-Iowa) del Comité Financiero, publicaron una serie de documentos de política en abril y mayo del pasado año que presentaban su plan para ampliar la cobertura sanitaria para los 46 millones de estadounidenses que no cuentan con un seguro. Se incluían los esbozos para la creación de un portal en Internet, similar al sitio “Conector” de Massachusetts, que tanto individuos como empleados pueden utilizar para conocer y contratar planes. Aquellos que opten por no contratar un seguro se enfrentarán a multas, también como en el plan de Massachusetts.

Pero a diferencia de Massachusetts, el Comité Financiero recomienda créditos fiscales para ayudar a los norteamericanos a contratar un seguro a través de planes privados, antes que subvencionar las primas directamente para los individuos con bajos ingresos.

El difunto senador Edward Kennedy (D-Massachusetts) publicó un borrador de 615 páginas de su propio proyecto de ley de reforma, “The Affordable Health Choices Act.” Su versión final tenía previsto incluir una opción de plan de sanidad pública para todos los estadounidenses, sin tener en cuenta los ingresos, para competir con el mercado privado -una medida polémica que también adoptó Barack Obama en un discurso a la Asociación Médica Americana en junio de 2009. Grassley se oponía a dicho plan público, afirmando que dejaría a las aseguradoras privadas fuera del negocio.

El primer borrador de la legislación de Kennedy no especificaba si habría una opción pública disponible para todos los ciudadanos. El amplio proyecto de ley tampoco decía mucho acerca de las medidas para reducir los costes, pero era fuertemente partidario de medidas de prevención como las exploraciones de cardiopatías, cáncer y depresión, y de las campañas educativas.

“Si el Congreso será capaz de decretar esto es cuestión de 64.000 dólares ahora mismo”, aseguraba en su momento Thomas Barker, abogado de Boston y antiguo

abogado general suplente para el departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo el mandato de George W. Bush.

“¿Aprobarán un gran proyecto de ley?” “Sí”, afirmaba Barker. “¿Y se llamará reforma sanitaria? Sí, aunque todavía no estoy seguro de si será una gran transformación del sistema sanitario.”

Todo el que puede se va

Kate Atkinson no se opone a la sanidad universal. Simplemente, el modelo actual podría producir alguna mejora.

A parte del miserable reembolso para los planes financiados por el Estado, ve la reforma en Massachusetts como una mera expansión de lo que ella considera una industria de administración de seguros médicos fragmentada y entrometida que la entierra en montañas de papeleo, preautorizaciones y solicitudes de rechazo. Peor aún, añade, son los “niveles de calidad” establecidos por el grupo de comisión de seguros del estado, que clasifica a los médicos en una de tres categorías. Los pacientes que visitan a un médico de alguno de los dos últimos niveles deben vivir con copagos más elevados o bien cambiar de médico.

Muchos de sus colegas, al parecer, no contienen la respiración por la mejora.

“Hemos perdido 20 médicos de Atención Primaria en este condado”, añade. “La mayor parte de ellos estaban cansados de tratar con la administración de seguros médicos y escogieron trabajar en hospitales o en la Administración de Veteranos o abandonaron la medicina por completo”.

Hasta el año pasado, el médico de familia Andrew Mackey, trabajó en un centro de salud en Northampton, donde el 20 por ciento de sus pacientes contaban con la cobertura de un plan subvencionado por el Estado. Ahora trabaja en un hospital en una institución que negocia los honorarios de los contratos con los planes de salud más importantes para médicos afiliados.

“El Estado sólo ha arreglado una pequeña parte de la reforma, que está intentado ayudar a que la gente contrate un seguro, pero aún no se han abordado los verdaderos problemas”, comenta Mackey. “El sistema que han propuesto es bastante poco sistemático”. Aunque atiende pacientes sólo a media jornada, asegura que gana más ahora que trabaja en un hospital que antes tra-

bajando a jornada completa en una consulta privada durante 14 años.

“Si mi esposa y mis hijos no estuvieran tan a gusto aquí,” dice “hubiera dejado el estado hace diez años”.

La evolución de Massachusetts parece estar respondiendo a las preocupaciones de Mackey. En agosto de 2008, el gobernador Deval Patrick formó una comisión para estudiar las posibilidades de reducir los costes para los médicos, concretamente a través de la negociación del reembolso. Una propuesta que gana ímpetu supone cambiar el método de cobro por servicio por una única capitación o pago “global”, más una bonificación a los médicos de asistencia primaria por los servicios asociados a la coordinación de la asistencia y al manejo de las enfermedades crónicas. Un grupo señalado por el Estado negociaría el pago global con las aseguradoras en nombre de los médicos.

La comisión se estableció para presentar sus recomendaciones sobre el pago global al gobernador a finales de junio.

Hasta ahora, el único medio de Atkinson para hacer crecer su resultado final consiste en expandir la consulta. Pero ella ya atiende a 30 pacientes al día, y sus cinco salas de reconocimiento tienen poco espacio para médicos adicionales. Además, aunque quisiera añadir a un médico, sabe que dar con uno es complicado.

“Todo el que puede se va del estado”, dice. “No es coincidencia que los únicos nuevos médicos que han llegado a nuestra zona se hayan criado aquí o estén casados con alguien que trabaja en alguna de las facultades”.

Antes de que este reportaje fuera publicado, Atkinson quiso rematarlo con un correo electrónico. Sólo un mes después de haberla entrevistado en su consulta, la frustración había calado hondo en su optimismo.

“Aunque yo no ejerzo la medicina para hacerme rica”, escribió, “nunca pensé que tuviera que llegar a luchar tanto para pagar las facturas si era una buena médica dispuesta a trabajar duro.” ■

Puntos clave

» Según la legislación de Massachusetts, los individuos que ingresan 32.508 dólares como mínimo deben contratar un seguro médico a través de un plan privado.

» La afluencia de 432.000 pacientes recién asegurados convirtió un exceso de médicos en una escasez crítica en Massachusetts.

» Incluso con un número adecuado de médicos, la reforma de Massachusetts no parece ser un modelo de ahorro en el coste adecuado para el país.

Reforma sanitaria y 'reinvencción' de la Atención Primaria en EE.UU.

La recientemente aprobada reforma sanitaria estadounidense, tuvo como referencia los cambios realizados en 2006 en el pequeño estado de Massachussets, en la región de Nueva Inglaterra.

"Masa crítica" (Critical Mass.) es un juego de palabras entre Massachusetts (Mass.), la situación "crítica" de su sistema sanitario y el concepto físico "masa crítica" (cantidad mínima de material precisa para mantener una reacción en cadena), metáfora de algo pequeño con gran potencial de difusión. La expresión alude a los problemas que la sanidad de Massachusetts tuvo que enfrentar como reacción a la reforma planteada.

Por José Manuel Freire*

Massachusetts es un estado especial dentro de Estados Unidos. Tanto históricamente, por su papel en la independencia y configuración del país, como modernamente, por el dinamismo científico, económico, político y cultural que le dan sus dos universidades de referencia mundial: Harvard y el MIT (Massachusetts Institute of Technology). Este dinamismo tiene un matiz decididamente liberal en el contexto estadounidense e impregna todos los ámbitos, incluida la sanidad. Massachusetts, antes de la reforma, era el estado con menor porcentaje de personas sin seguro médico (10,3 por ciento, media nacional 15,3 por ciento), con el mayor porcentaje de empre-

sarios que aseguraban a sus empleados (70 por ciento, media nacional 60 por ciento), y tenía un mercado de seguros médicos altamente regulado a favor de los asegurados.

El "ensayo" de la reforma

En 2006 aprobó una reforma para ampliar el aseguramiento sanitario a la totalidad de la población del estado. Aquella reforma, con un gran consenso social y político, imponía deberes (1) a los individuos (obligación de asegurarse bajo pena de importantes multas), (2) a los empresarios (contribución al seguro médico de sus empleados) y (3) al gobierno del estado que debe regular y monitorizar las reformas, proveer cobertura subsidiada a los sin recursos y poner en marcha un sistema de información y contratación de seguros (Health Connector).

La reforma de Massachusetts ha tenido un éxito notable en su objetivo fundamental de aumentar la cobertura de aseguramiento: 432.000 nuevos asegurados en noviembre de 2008. Sin embargo, el 15 por ciento de incremento de costes que ha supuesto la reforma en sus dos primeros años pone de manifiesto que la solución de un problema (el de los sin seguro o mal asegurados) ha agravado otro problema importante: los altos costes en crecimiento constante.

Igualmente, como indica el artículo "Masa crítica", la expansión del aseguramiento ha agravado los problemas de acceso a la atención sanitaria, mostrando que "cobertura universal no significa acceso universal", especialmente cuando el sistema sanitario no cuenta con una red suficiente de medicina general/Atención Primaria, como es el caso

de Estados Unidos, donde no está desarrollada y carece de incentivos para mantenerse y crecer.

La ley *Patient Protection and Affordable Care Act* (HR 3590), firmada por el presidente Obama el pasado 23 de marzo, es un gran éxito político y sanitario que pasará a la historia como un hito de la política social estadounidense. Su proceso de aprobación ha sido muy difícil y complejo, pero los avances logrados suponen un gran paso adelante. Su objetivo fundamental, al igual que el de la reforma de Massachusetts de 2006, es dar cobertura de seguro médico a 34 millones de personas de los 47 que actualmente carecen de él. No es un objetivo fácil de lograr a escala nacional donde, contrariamente a lo que sucede en Massachusetts, la situación de partida no es ni mucho menos tan favorable, ni tampoco existe tanto consenso para avanzar en los objetivos de la reforma.

Sin embargo, la reforma impulsada por Obama no se limita a la ampliación de la cobertura del aseguramiento sanitario, y tanto en la ley HR 3590, como en la HR 4972 *Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010* y en los fondos dedicados a sanidad (59.000 millones de dólares) de la *American Recovery and Reinvestment Act*, queda claro el objetivo de reformar el sistema a través de multitud de medidas para garantizar el acceso a los servicios, mejorar la calidad y controlar los costes.

El papel de la Atención Primaria

Dentro de estas medidas, un aspecto que merece atención desde España y que conecta con el tema de fondo de este artículo, son los incentivos puestos en marcha para fortalecer y dar un papel clave a la Atención



Primaria en el futuro de la sanidad en los EE.UU. Un indicador de este interés es la abundante literatura dedicada en los últimos meses al tema, y en especial a las *medical homes* (una especie de Centros de Salud). La “reinención de la Atención Primaria” en Estados Unidos es, posiblemente, uno de los mayores retos de su reforma sanitaria.

La reflexión sobre este tema y los avances que allí se hagan pueden ser de gran interés para otros sistemas sanitarios, incluido el español. Para los interesados en ello recomiendo el número monográfico *Reinventing Primary Care de Health Affairs* de mayo 2010 (<http://www.healthaffairs.org/>). Vale la pena. ■



*Jefe del Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad.

Una vocación TRUNCADA

ASESINATO EN MURCIA

[Por **Soledad Guillén Mayordomo***]

El 11 de marzo de 2009 tres disparos acabaron con la vida de María Eugenia Moreno mientras atendía a un paciente en el Centro de Salud de Moratalla, Murcia. El responsable de los disparos fue el propio paciente.

Algo sacudió la conciencia de toda la población cuando en los medios de comunicación saltó la noticia: “Matan a una doctora en el Centro de Salud de Moratalla (Murcia), mientras estaba atendiendo a un enfermo”.

El paciente acudió al citado centro de salud a las doce y media de la madrugada del día 11

de marzo de 2009 aquejado de una dificultad respiratoria que presentaba desde hacía tres días. Horas antes, sobre las 16 horas, el enfermo se había personado en el centro exigiendo que le administraran un tratamiento que, según su opinión, necesitaba. El enfermero que le atendió no consideró necesaria su administración, por lo que instó al enfermo a que siguiera con la misma medicación que llevaba y a que si empeoraba volviese a consultar.

Cuando el paciente volvió, llevaba escondida una pistola en la chaqueta, pero nadie la vio y nadie se dio cuenta de las verdaderas intenciones que traía. Hizo que llamaran a María Eugenia Moreno. Ella no lo conocía, no lo había visto antes. Cuando la doctora lo estaba auscultando por la espalda, le asestó tres tiros, dos en el tórax y el último en la cabeza

En la frontera de la incertidumbre

Rodolfo Castillo Wandossell*

Las agresiones a sanitarios en general, y a médicos en particular, son una lacra que sufrimos desde hace años, cuyos motivos y soluciones son multifactoriales y algunos de muy difícil abordaje. El ámbito sanitario se impregna de la agresividad generalizada que vive nuestra sociedad del bienestar. Son siempre los demás los que tienen la culpa de lo que nos acontece: el Estado, el Gobierno, las autoridades... Los otros, nunca nosotros, nunca el ciudadano.

La medicina ha avanzado más en estos últimos 60 años, que en todo el tiempo anterior. La población confiada en

esa alta expectativa, ha generado un nivel elevado de exigencia, con el umbral de frustración bastante bajo. Se han desarrollado los derechos individuales de las personas, y una legislación “reparadora” que persigue la restitución del daño, mediante la compensación económica del error que lo ocasionó. Si añadimos un sistema sanitario público con saturación de servicios, circuitos interminables y esperas injustificadas, estamos ante un panorama que, siendo defendible, alberga algunas claves que justifican la situación de agresividad latente en la que nos encontramos.

Por otra parte, los médicos nos hemos mostrado auto-complicentes y escasamente autocríticos. No hemos sido

NO PAS

POLICIA

mientras yacía en el suelo. Siguió en su locura y quiso matar también al enfermero y al conductor de la ambulancia, que resultó herido leve en un brazo.

María Eugenia, con tan sólo 32 años, tuvo la mala suerte de tropezarse en su camino con un loco, un jubilado solitario de 73 años que atesoraba una pistola desde que trabajó de taxista en Barcelona. Un indeseable que segó para siempre la vida de una profesional extraordinaria y de toda su familia, dejando un hijo de tres años, un marido joven y una madre viuda que se había sacrificado para darle a su hija una carrera universitaria, la de medicina, la que ella amaba y por la que tenía una verdadera vocación.

Tuve la gran suerte de conocer a María Eugenia cuando le quedaban dos años para terminar la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que estaba realizando en el Hospital de Caravaca de la Cruz (Murcia). Era una persona muy querida por todos sus compañeros de trabajo. La recordamos sobre todo por ser entrañable, trabajadora y segura de sí misma. Le sabía poner pasión a todo lo que hacía, porque le encantaba su trabajo y eso se notaba con sólo verla.

María Eugenia murió por una agresión deleznable. Una de muchas, ya que las agresiones a los facultativos son cada día más frecuentes, cruzan el país de norte a sur y de este a oeste, y los profesionales nos sentimos impotentes ante hechos como estos. ¿Cómo podemos atajar realmente esta pandemia? Los médicos estamos confundidos y los políticos

paralizados, pero lo que sí está claro es que hay que empezar a tomar medidas eficaces, pues de seguir así vamos a destruir nuestro sistema sanitario, tan valorado por todos los ciudadanos y por organismos nacionales e internacionales.

La sociedad, cada vez más agresiva en sus comportamientos, carga todas sus frustraciones contra los profesionales sanitarios que estamos para atender y ayudar a los ciudadanos. Nosotros tenemos muy clara nuestra función, pero los ciudadanos deben ser conscientes de la inmensa suerte que tienen de disfrutar una sanidad gratuita y de calidad como es la española, a la que tenemos el deber de cuidar. Los profesionales sanitarios tenemos que sentirnos respetados por la sociedad y respaldados por nuestras instituciones sanitarias.

Esperemos que el caso de María Eugenia marque un antes y un después en la problemática de las agresiones a médicos y no tengamos que lamentar más casos similares. Nosotros, los que la conocimos, la recordamos como una compañera extraordinaria a la que le gustaba hacer el bien y que siempre tenía una sonrisa en los labios.

María Eugenia siempre estará en nuestros corazones. ■



* Médica de Urgencias del Hospital Comarcal de Caravaca de la Cruz. Amiga y compañera de la Dra. María Eugenia Moreno.

formados en técnicas relacionales y habilidades de comunicación. Al prestar la atención en equipos interdisciplinarios, ha aflorado una cierta dispersión de la responsabilidad. El factor prisa y la adaptación del médico a la inercia de la desmotivación generalizada han conducido a la inhibición: se cumple con el trabajo pero con abstracción de lo que acontece en el entorno.

Es difícil concebir el ejercicio médico en el contexto de la medicina pública, exento al cien por cien de riesgo. El riesgo existe, pero debe estar previsto y debe ser conocido para minimizarlo. A esto contribuyen los planes contra las agresiones que hemos desarrollado en los Colegios de Médicos con apoyo institucional y jurídico permanente al agredido, así como una campaña continua para sensibilizar a las fiscalías en el tratamiento jurídico que se debe prestar a estas situaciones. Los Servicios Regionales

de Salud también han contribuido a la causa con la creación de comisiones, programa de actuaciones y apoyo.

Existe un problema legal, hay consenso respecto a la gravedad del mismo, y no es tolerable la reiteración de las agresiones. Es un problema de la sociedad, no sólo de sus médicos. Con temor y practicando una medicina exclusivamente defensiva, no existe beneficio para nadie.

La incertidumbre siempre acompaña al ejercicio médico, pero a ella no se debe añadir el miedo.



* Presidente del Colegio de Médicos de la Región de Murcia

NO PASAR

POLICIA

ASESINATO en Kentucky

EL ASESINATO DE UN MÉDICO RURAL SUPONE
UNA AMENAZA PARA MILES DE PACIENTES

[Por **Gregory A. Hood**]

El 8 de diciembre de 2009, Dennis Sandlin fue asesinado a tiros en una clínica de Cronettsville, Kentucky. La policía asegura que el acusado, John Combs, estaba enfadado con el médico por haber encargado una prueba de orina antes de recetarle analgésicos. Combs se ha declarado inocente del crimen.

No conocía personalmente a Dennis “Denny” Sandlin aunque me hubiera gustado. Mientras vivió, los dos ejercimos la medicina de atención primaria en Kentucky. Los colegas de profesión y amigos que teníamos en común me cuentan que era un gran ser humano, como se suele decir, un

médico dedicado a su trabajo al frente de la atención sanitaria.

El término “al frente” tuvo su significado más funesto el 8 de diciembre, cuando el “contrariado paciente” John Combs disparó en la cabeza a mi colega desarmado en un pasillo de la clínica, acabando con su vida. ¿El motivo? La policía asegura que Sandlin pidió una prueba de orina antes de darle a Combs recetas para sustancias que sólo se dispensan con receta médica.

El abuso de este tipo de medicamentos es un problema muy importante en Norteamérica, de magnitud alarmante, casi inimaginable, en la zona central y oriental de Kentucky. Es un cuestión que requiere constante vigilancia y esfuerzo en todas las consultas que conozco en la zona. Por lo que me cuentan

colegas e incluso pacientes, la situación es peor en las pequeñas ciudades, como Cornettsville, donde Sandlin era el único médico de la clínica. Ahí está la tragedia que este asesinato pone en marcha.

Durante décadas, tanto médicos como organizaciones médicas y políticos han hablado sobre la necesidad de ampliar el acceso de los médicos a la Norteamérica rural en general y al Kentucky rural en particular. La muerte de Sandlin, al igual que ocurre con cualquier homicidio, no es sólo una horrible calamidad para su familia sino también una escalofriante llamada de atención para médicos y comunidad.

Cada día, agentes de las fuerzas del orden, soldados y bomberos arriesgan sus vidas conscientemente por sus comunidades. Los médicos de Atención Primaria empiezan a darse cuenta de que ellos también. El asesinato de Sandlin priva a los otros miles de pacientes a los que atendía de su presencia y esfuerzos capaces de salvarles la vida. Y con todo, la privación no acaba aquí.

Por cuestiones farmacológicas, pérdidas de reembolsos y una plétora de otros desafíos, ya hacía tiempo que los médicos abandonaban el Kentucky rural. Hay condados enteros sin un solo médico de atención primaria. Debido a este crimen nefasto, contratar nuevos médicos para cubrir estas zonas es cada vez más complicado. Los médicos con los que he hablado han adelantado sus planes de abandonar sus consultas de la zona este de Kentucky.

Miles de pacientes podrían afrontar el futuro sin médicos que les ayuden, ya que no habrá ninguno que les atienda. Esa mañana de jueves, murió más que un hombre. Una parte del espíritu de su familia y de todos los médicos murió con él. En el futuro, cientos, probablemente miles, de pacientes tendrán más posibilidades de morir porque ahora ni Sandlin ni ningún otro médico como él estarán en el este de Kentucky para atenderlos.

Los líderes de política sanitaria y las personas con buena conciencia saben que las respuestas al consumo epidémico de los fármacos con receta, y a la violencia concomitante, deben existir. *Medical Economics* ha publicado artículos sobre el peligro de los pacientes narcoticodependientes, así como un artículo de opinión posterior. En la actualidad, se está realizando una serie de mítines en todo Kentucky como respuesta a este asesinato. Estos mítines incluyen debates sobre los problemas del abuso de medicamentos con receta médi-

ca y sobre cómo mejorar la seguridad de la atención sanitaria y ampliar el tratamiento y la prevención del abuso de medicamentos.

En el primero de estos mítines, un médico sugirió celebrar uno de 72 horas en una prisión o centro psiquiátrico para pacientes potencialmente consumidores o fármacodependientes. Un juez de distrito propuso permitir el acceso de los profesionales de la medicina a los antecedentes legales de los pacientes. Combs tiene tres condenas criminales anteriores.

Son propuestas interesantes, pero los hechos de este episodio demuestran la futilidad de las mismas. El personal clínico informó de la conducta combativa de Combs y sus amenazas a un diputado del condado de Perry a las 9.30 de la mañana, hora en la que Combs ya había abandonado las instalaciones. El personal de la clínica no quiso presentar cargos, y aunque había una orden de detención pendiente sobre Combs, el diputado supuso que iría a otra clínica y no se molestó en localizarlo y arrestarlo antes de que regresara a la clínica dos horas más tarde, cuando tuvo lugar el fatídico encuentro.

Es poco probable que estos mítines aporten alguna solución al modo en que el personal médico “en las trincheras” debería hacerse cargo de la cruda realidad de los riesgos a los que se enfrentan. Cada uno de nosotros debe sacar sus propias conclusiones de la muerte de nuestro compañero. Podemos considerar las opciones prácticas de los protocolos de distribución y seguridad de nuestras consultas médicas. Podemos y debemos mejorar y mantener nuestros propios niveles de conciencia y capacidades para establecer los límites, reducir las situaciones y, en caso de ser necesario, defendernos. De hecho, el propio Sandlin había reducido a un paciente en busca de fármacos muy agresivo, según comentaron sus familiares.

Los que estamos en las trincheras debemos aplicar estas medidas tácticas y activas de inmediato, mientras los políticos y líderes comunitarios debaten sobre cuestiones de política y estrategia en la “guerra de los medicamentos” en la relativa seguridad del “cuartel”. Pero nosotros, como comunidad, como profesión, y también como nación, no debemos olvidar nunca que el 8 de diciembre no perdimos sólo a un médico o un familiar, sino que perdimos a miles. La pérdida es demasiado valiosa como para repetirla o sustituirla. ■

Consejería de Salud y Consumo de Aragón

Luisa Noeno Ceamanos: "Consideramos a las TIC como un fin en sí mismas"



Luisa Noeno Ceamanos, consejera de Salud y Consumo de Aragón.

PREGUNTA: *Su Departamento aún a salud y consumo, ¿cree que esto le da una visión más amplia de las necesidades socio-sanitarias de los ciudadanos?*

RESPUESTA. Es una gran oportunidad y, efectivamente, aporta una perspectiva mucho más general y completa del conjunto de derechos de los ciudadanos; también de sus problemas y de sus expectativas. No podemos olvidar que existe una importante zona fronteriza común entre la salud y el consumo, como por ejemplo en todo lo relacionado con la seguridad de los productos, con la alimentación, protección de colectivos vulnerables, o la información, la formación, la educación, y la prevención y promoción de la salud.

P. *¿Cuáles son las líneas estratégicas que está desarrollando Aragón en materia de sanidad?*

R. Nosotros nos hemos propuesto avanzar en la accesibilidad y la equidad en la prestación de servicios sanitarios en todo el territorio aragonés, que tiene unas características geográficas y demográficas que hacen más exigente la planificación y la dotación de recursos. Por eso, confiamos en la oportunidad y en las posibilidades que ofrecen las nuevas

tecnologías de la información y la comunicación, puesto que permiten mantener y elevar el nivel de respuesta y la calidad en la atención, al mismo tiempo que mejoran la accesibilidad a los recursos asistenciales, disminuyen los tiempos de respuesta, agilizan la gestión y favorecen la formación profesional. Las inversiones en nuevas infraestructuras, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la infancia, las estrategias sanitarias para abordar de forma integral los principales problemas de salud son otras las líneas estratégicas del Departamento.

P. *El Servicio Aragonés de Salud apuesta por una alta participación de los ciudadanos, ¿cuáles son las iniciativas más destacables que tienen en marcha en la actualidad?*

R. El paso fundamental ha sido la creación en esta legislatura de la Dirección General de Atención al Usuario, para que sea la interlocutora de los usuarios del sistema. En su ámbito de competencia se han situado algunas iniciativas muy importantes, como ha sido la elaboración de un nuevo modelo de participación ciudadana basado en una mayor representatividad, más operatividad de los consejos de salud y una participación más directa a través de las nuevas tecnologías, la elaboración de los compromisos del Departamento de Salud y Consumo, la Carta de Derechos y Deberes, o la creación del Servicio "Salud Informa", una plataforma tecnológica (teléfono único de salud y web) con grandes posibilidades de acceso a la información y a la gestión de trámites no presenciales (cita, tarjeta sanitaria, información general y sobre programas de salud específicos).

P. *¿Qué posición ocupan las TIC en su política sanitaria? ¿Y la investigación?*

R. Consideramos las tecnologías de la información y la comunicación no como un fin en sí mismas, sino como una herramienta clave para mejorar tanto la oferta que presta el sistema sanitario como la accesibilidad al mismo. El ejemplo de esta apuesta es el Plan de Sistemas de Información y Telemedicina 2006/2011. En cuanto a la investigación biomédica, sin duda es un pilar del sistema. La creación en 2002 del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud ha supuesto un avance muy importante en la dinamización de la investigación. El Instituto cuenta en estos momentos con un centenar de investigadores en plantilla, y prácticamente un millar de investigadores asociados, que están desarrollando trabajos competitivos y de alta calidad. Creemos que hay que progresar en la consolidación de estas políticas. En estos momentos el proyecto emblemático del Instituto es la construcción del Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA), que esperamos podrá entrar en servicio a finales del primer trimestre de 2011.

P. *Describe los retos a los que se enfrenta la sanidad aragonesa en los próximos años.*

R. La sanidad aragonesa, como ocurre en todas las comunidades autónomas, tiene ante sí el gran reto de la sostenibilidad, como sinónimo de evolución y de capacidad de adaptación tanto a los cambios sociales, como a las tecnologías y a las fórmulas de gestión que apuestan por un uso acorde y eficiente de los medios ya disponibles. Es decir, no me refiero a la sostenibilidad sólo como un concepto económico, sino como algo más amplio que abarca cuestiones como la innovación, la investigación biomédica y las estrategias de salud que se inician con la prevención contribuyen a mejorar los resultados en salud. ■

CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

Luisa María Noeno Ceamanos

Secretaría General Técnica

María Fernanda Pérez Gurpegu

- Servicio de Personal y Asuntos Jurídicos
- Servicio de Gestión Económica, Contratación y Asuntos Generales
- Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Dirección General de Consumo

Francisco Catalán Duerto

- Servicio del Consumidor
- Servicio de Disciplina de Mercado

Dirección General de Planificación y Aseguramiento

Manuel García Encabo

- Serv. de Oferta Sanitaria, Formación y control y uso del Medicamento
- Servicio de Programas
- Servicio de Conciertos y Prestaciones
- Servicio de Evaluación, Acreditación y Calidad
- Unidad de Coordinación de Trasplantes de Aragón

Dirección General de Atención al Usuario

Teresa Antoñanzas Lombarte

- Servicio de Atención al Usuario

Dirección General de Salud Pública

Francisco Javier Faló Fornies

- Servicio de Vigilancia en Salud Pública
- Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
- Servicio de Salud Alimentaria y Ambiental

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Esteban de Manuel Keenoy

Consortio Aragonés de Salud

Esperanza Aranda

Servicio Aragonés de Salud

Ana María Sesé Chaverri

- Direcciones de área
- Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias. 061 Aragón
- Gerencia de Sector de Barbastro
- Gerencia de Sector de Huesca
- Gerencia de Sector de Calatayud
- Gerencias de los Sectores de Zaragoza I, II y III
- Gerencia de Sector de Alcañiz
- Gerencia de Sector de Teruel

Banco de Sangre y Tejidos

Luis Callén Sevilla

NOTICIAS/ACTUALIDAD

El ciudadano como eje del sistema

Más representatividad, más operatividad de los consejos de salud y una participación más directa a través de las nuevas tecnologías son los tres pilares del nuevo modelo de participación en salud que la Dirección General de Atención al Usuario aragonesa ha ideado para situar al ciudadano en el eje del sistema sanitario. Este modelo ha sido elaborado durante más de un año en un proceso en el que han colaborado unas 700 personas de colectivos sociales representativos. El documento final lleva consigo una apuesta por la salud pública y mejoras en los consejos de salud de zona y sector.

Salud desde la gran pantalla

El programa Cine y Salud, organizado por la Dirección General de Salud Pública en colaboración con la Dirección General de Política Educativa y pionero en España, cumplió este año su novena edición. En este último curso han participado cerca de 50.000 alumnos aragoneses de, 173 centros educativos, lo que supone una cobertura del 77% del total de centros en Aragón, y más de 1.900 profesores. Este proyecto trata los aspectos relacionados con la promoción de la salud en la adolescencia a partir del lenguaje cinematográfico.

Aragón conmemora el décimo aniversario del primer trasplante cardiaco

El 30 de marzo de año 2000 el grupo de Cirugía Cardíaca del Hospital Miguel Servet realizó con éxito el primer trasplante de corazón en Aragón. Desde entonces, otras 92 personas han sido sometidas a esta intervención quirúrgica en este hospital. El trasplante cardiaco significó en su momento un reto muy importante para Aragón, ya que implicaba que sus ciudadanos pudieran disponer de una prestación sin tener que desplazarse a otras comunidades.

Nueva Unidad de Investigación Traslacional del Hospital Universitario Miguel Servet

Estimular la interacción entre investigadores básicos y clínicos y lograr así optimizar el establecimiento de sinergias, el desarrollo de la investigación traslacional de calidad y el óptimo traslado de los resultados a la práctica clínica, es el objetivo de la Unidad de Investigación Traslacional del Hospital Universitario Miguel Servet, promovida y gestionada por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) en colaboración con el Hospital. Se trata de una infraestructura esencial en la apuesta del Departamento de Salud por la investigación.



La noche de Halloween

José Gallego Ferreiro

Medicina Interna / Medicina del Trabajo

Recién terminada la carrera (y nunca mejor escrito dada su duración: con sus seis años y las especialidades es como enfrentar el maratón de “iron man”, la famosa prueba de resistencia física e intelectual por aquello de *mens sana in corpore sano*) me incorporé al mundo laboral con la ilusión de aquel famoso Dr. Ganon de los años 70, que llevaba el fonendo al cuello como un collar. Aquí, que por aquel entonces aún no éramos europeos, lo depositábamos en el bolsillo de la bata, con la finalidad de no ser menos que el resto del

mundo mundial. Con todo, empezaron algunos a colgarse el fonendo al cuello, adjuntos, cátedros, e imitadores del Dr. Ganon, moda que dura hasta hoy en día.

Cualquier “compi” que se precie, debe ir con la sogá al cuello, perdón con el estetoscopio (palabra en desuso), y con zuecos de colores. Eso es lo que hay. Y si alguno quiere decir sin decirlo, que ha estado en Estados Unidos que utilice batas de colores diferentes y ya tenemos al galeno “guay del paraguay”. En estas reflexiones an-



Cualquier *compi* que se precie, debe ir con la sogá al cuello, perdón con el estetoscopio, y con zuecos de colores

daba, pues el tiempo pasa aunque parece detenido en los departamentos de los Hospitales, siempre los mismos apellidos, se ve que la genética manda, como ocurre con las familias reales y algunos gobernantes no tan reales, que casi rozan la eternidad. Mi incorporación al mundo de la Sanidad Pública (en mi opinión, la otra no existe), fue decidida en marzo de 1943 por los que dirigían las labores de Gobierno en aquel entonces.

Una urgencia

Mi historia comienza en el recién inaugurado, y mal llamado, Servicio Especial de Urgencias, que ni era servicio, y sí servicial; ni era especial, antes bien, muy vulgar; y no era de urgencia, era la prolongación de los avisos sin hacer del médico de cabecera. Así me fui adentrando en el mundo mágico de la medicina, mágico no por la magia (que no existía), sino por las sorpresas que encubría.

Una noche de Halloween, otra costumbre anglosajona incorporada al acervo cultural no sanitario aunque sí con cobertu-

ra universal como la medicina pública, me dieron un aviso “urgente” (que supongo que para eso estaba en un servicio de urgencias). Al llegar al domicilio del paciente, acompañado por el conductor de la “lechera”, denominación asociada al color del coche, no a su cometido, nos introducimos en el domicilio con la seriedad y respeto de la ocasión. Pasé a la habitación de la paciente y me encontré a una señora profundamente dormida, con una temperatura corporal excelente y sin latidos cardíacos, ni ruidos respiratorios.

Resulta que su marido, de aspecto muy respetable, para ocultar su muerte había colocado una manta eléctrica debajo del colchón para, posteriormente, solicitar con cara de sorpresa un certificado de defunción. Ante esta situación, miré el calendario y comprobé que era la noche de *Halloween*, y que las meigas existen.

Acudí a la improvisación ante la situación como aprendí de un adjunto de Patología General, cuando navegaba para llegar a la meta, sin saber lo que me esperaba después de seis años de carrera y otros tantos de especialidad. ■



Lo mejor de lo publicado

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



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

■ Identificados factores de riesgo de la enfermedad de Alzheimer

Arch Gen Psychiatry. 2009;66:1263-1270. [Noviembre de 2009]

Un estudio de los Países Bajos determinó que la hipertensión arterial y los marcadores inflamatorios indican un riesgo elevado de presentar enfermedad de Alzheimer entre las personas de mediana edad que tienen un progenitor afectado por dicha enfermedad. Los investigadores compararon a 206 descendientes de 92 familias en que un progenitor tenía enfermedad de Alzheimer de comienzo tardío con 200 descendientes de 97 familias sin progenitores afectados. Los grupos se exploraron en busca del genotipo APOE ϵ 4, factores vasculares, producción de citocinas pro y antiinflamatorias al estimularse con lipopolisacáridos, y marcadores de inflamación. El genotipo APOE ϵ 4 era más frecuente entre los descendientes de un progenitor con enfermedad de Alzheimer (47 por ciento) que entre los hijos de padres no afectados por la enfermedad (21 por ciento). Los descendientes de un progenitor con enfermedad de Alzheimer tenían también presiones sistólicas y diastólicas más altas e índices tobillo-brazo más pequeños que los observados en los hijos sin padres afectados.

■ El uso prolongado de parches de nicotina conlleva beneficios

Ann. Intern Med. 2010;152:144-151 [Febrero, 2010]

El uso de parches transdérmicos de nicotina durante mucho tiempo, frente al tratamiento habitual de 8 semanas, podría mejorar las probabilidades de la abstinencia tabáquica, según investigadores de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia. Estos analizaron los datos de 568 fumadores adultos que se aleatorizaron para recibir 24 semanas de nicotina transdérmica u 8 semanas de tratamiento seguidas de 16 con placebo. El criterio de valoración principal fue la abstinencia puntual de 7 días a las 24 y las 52 semanas, verificada con análisis del monóxido de carbono. En la semana 24, los investigadores hallaron que los sujetos del grupo con tratamiento extendido tenían tasas mayores de abstinencia puntual (31,6 frente a 20,3 por ciento) y abstinencia continua (19,2 frente a 12,6 por ciento). El tratamiento ampliado se asoció también a un me-

nor riesgo de recaídas y a más probabilidades de superarlas. Sin embargo, la abstinencia puntual fue similar en los dos grupos a las 52 semanas (alrededor del 14 por ciento).

■ Analizado el uso del Papanicolau por los médicos de Atención Primaria

Ann Intern Med. 2009;151:602-611. [3 de noviembre de 2009]

Las recomendaciones que hacen los médicos de Atención Primaria de hacerse un Papanicolau tienen menos probabilidades de coincidir con las directrices para la detección del cáncer cervicouterino, según investigadores del *National Cancer Institute* de Bethesda, Maryland. Los investigadores hallaron que el 91 por ciento de los médicos pedían citologías de Papanicolau. Aunque la mayoría declararon que las directrices de cribado eran importantes para su desempeño profesional, sólo el 22,3 por ciento se atenían a ellas en cuanto a aplicar o dejar de aplicar el Papanicolau en los distintos supuestos clínicos.

■ Se necesitan listas de comprobación médica para mejorar la asistencia y los resultados

Crit Care. 2009;13:210. [31 de diciembre de 2009]

Las listas de comprobación, tan frecuentes en la aviación y otras muchas profesiones, se usan poco en la medicina y, si se empleasen más ampliamente, constituirían herramientas muy potentes para normalizar la asistencia y mejorar los resultados clínicos de los pacientes, según investigadores de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore. Estos investigaron el uso actual de las listas de comprobación en medicina y hallaron que su empleo se limita al funcionamiento de los equipos en determinados ámbitos clínicos, como la unidad de cuidados intensivos, o a ciertos algoritmos terapéuticos muy específicos. Mientras tanto, los obstáculos que impiden el uso de estas listas de comprobación son la resistencia profesional y la lentitud del proceso de diseminación de conocimientos. Basándose en la creación de listas de comprobación en los campos de la aviación y la ingeniería de factores humanos, los autores propusieron un proceso para las listas de comprobación médica. El proceso de desarrollo de listas de comprobación de estos autores

comprende: basar el diseño de las listas de comprobación en las necesidades de los usuarios y la realidad de sus trabajos; enumerar los elementos críticos en primer lugar; evitar las listas largas, de ser posible, y dividir las listas necesariamente largas en subsecciones.

■ Síntomas digestivos asociados al maltrato infantil

Ann Fam Med. 2010;8:134-140. [Marzo-abril de 2010]

Los niños que han sufrido maltrato podrían tener un mayor riesgo de síntomas digestivos carentes de explicación, y esta asociación está en parte mediada por el malestar psicológico, según investigadores de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Estos investigadores analizaron los datos de 845 niños observados desde los 4 a los 12 años de edad en los *Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect*. La información referente a los síntomas digestivos se recogió a intervalos de dos años mediante el *Youth Self-Report*, relleno por los padres hasta los 12 años y por los propios niños a partir de esa edad. Los problemas digestivos se correlacionaron con el malestar referido por los propios niños a los 12 años de edad y con las denuncias de malos tratos presentados a los Servicios de Protección de la Infancia (*Child Protective Services: CPS*). Los investigadores hallaron que las denuncias de abusos sexuales presentadas a los CPS a lo largo de la vida se asociaban a dolor abdominal a los 12 años de edad, y que en el 91% de los casos, los abusos sexuales precedían al dolor abdominal o eran simultáneos a los mismos.

■ Los hallazgos vinculan la variabilidad de la presión arterial con el riesgo de ictus

Lancet. 2010;375:895-905. [13 de marzo de 2010]

La variabilidad de la presión arterial sistólica (PAS) de una visita a otra y la PAS máxima predicen el ictus, y el efecto de los grupos farmacológicos sobre la variación interpersonal de la presión arterial podría explicar los distintos efectos de los antihipertensivos sobre el riesgo de ictus, según investigadores del Hospital John Radcliffe de Oxford, Reino Unido. Los investigadores analizaron los datos de pacientes con accidente isquémico transitorio (AIT) previo y de pacientes con hipertensión tratada. Hallaron que, entre los pacientes con AIT, la variabilidad de la PAS de

una visita a otra predecía los ictus posteriormente, con independencia de la PAS media. La PAS máxima también predecía los ictus. En los pacientes con hipertensión tratada, la variabilidad residual de la PAS de una visita a otra durante el tratamiento predecía los ictus y los episodios coronarios con independencia de la PAS media. Los bloqueantes de los canales de calcio y los diuréticos de acción ajena al asa reducían la variación interpersonal de la PAS más que los demás grupos, y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los bloqueadores de los receptores de angiotensina 2 y los bloqueantes beta la aumentaban.

■ Dos estrategias para la diabetes de tipo 2 no ayudan al corazón

N Engl J Med. [en línea] 14 de marzo de 2010.

<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/NEJMoa1001282v2>. Acceso el 16 de marzo de 2010.

En los pacientes con diabetes de tipo 2 y riesgo alto de episodios cardiovasculares, el tratamiento hipolipemiante combinado con fenofibrato y simvastatina no reduce la tasa de episodios cardiovasculares frente a la simvastatina sola, y el control intensivo de la presión arterial, frente al control habitual de la misma, tampoco reduce la tasa de acontecimientos adversos de tipo cardiovascular, según los resultados de dos análisis del estudio *Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes*. Unos investigadores del Colegio Universitario de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia en Nueva York aleatorizaron a 5.518 pacientes con diabetes de tipo 2 y tratados con simvastatina para recibir fenofibrato o un placebo. Frente a la simvastatina en monoterapia, la combinación de fenofibrato y simvastatina no redujo las tasas anuales de acontecimientos adversos de tipo cardiovascular a lo largo de ocho años, incluidas las muertes por causas cardiovasculares, el ictus no mortal y el infarto de miocardio no mortal. Otros investigadores del *Veterans Affairs Medical Center* de Memphis, Tennessee, también evaluaron el control intensivo de la presión arterial aleatorizando a 4.733 pacientes con diabetes de tipo 2 para recibir control intensivo o control habitual de dicha presión arterial. El control intensivo no redujo la tasa del resultado compuesto de muerte por episodios cardiovasculares, ictus no mortal e infarto de miocardio no mortal.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





Líderes en la prevención



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

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

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

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



sanofi pasteur MSD
vacunas para la vida

Cultura

LIBROS

Las distintas caras de la seguridad hospitalaria

Coordinado por Fernando Bocanegra Morales, jefe del área de Seguridad Corporativa de la Consejería de Sanidad de Madrid, el "Manual de seguridad hospitalaria" es una publicación, pionera en España, que pretende facilitar la toma de decisiones de los centros sanitarios, tanto públicos como privados, en cuestiones relacionadas con la prevención de incendios, las emergencias, el control de accesos, los riesgos laborales, la arquitectura y la custodia de documentación sanitaria. Uno de los factores claves para garantizar una asistencia sanitaria de calidad es la seguridad de los pacientes, familiares, visitantes y trabajadores del centro. Este libro ofrece una selección de herramientas útiles que pueden ayudar a resolver los problemas de seguridad en los centros hospitalarios.



Título: Manual de seguridad hospitalaria.
Coordinador: Fernando Bocanegra Morales.
Edita: Tirant lo Blanch Homenajes & Congresos.

EXPOSICIONES

'El aduanero Rousseau'

Cien años después de la muerte de Henri Rousseau el Museo Guggenheim Bilbao, en colaboración con la Fondation Beyeler de Basilea, le dedica una exposición. Desde el 25 de mayo hasta el 12 de septiembre, el visitante podrá admirar cuarenta obras maestras que recorren la gran variedad de su carrera artística y subrayan la relevancia de Rousseau como uno de los principales precursores del arte moderno, más allá de su temprana consideración como "encantador, aunque algo extraño y naif". Además de sus conocidas pinturas de la jungla, Rousseau también pintó vistas de París y sus alrededores, retratos, alegorías y escenas costumbristas en un estilo innovador, que puede considerarse un *collage* pintado.



El 'barro' eterno

Bancaja presenta la exposición "Tanagras. Figuras para la vida y la eternidad. Colección del Museo del Louvre", una muestra dedicada al arte de la terracota en la antigua Grecia y que centra su mirada en las estatuillas conocidas como Tanagras. La muestra permanecerá abierta al público en el Centro Cultural Bancaja de Valencia hasta el 7 de julio de 2010. La exposición está integrada por aproximadamente 210 figuras procedentes en su totalidad de la colección de Tanagras del Museo del Louvre, una de las más completas del mundo. La amplia selección de piezas mostrada en Valencia destaca no sólo por su valor cultural y artístico sino también por la posibilidad que abre al visitante de conocer usos y costumbres de la vida cotidiana en la época de la Grecia clásica.



EVENTOS

Feria del Libro de Madrid, una cita imprescindible

Del 28 de mayo al 13 de junio las casetas de libros volverán a inundar el madrileño parque del Retiro con motivo de la 69ª edición de la Feria del Libro de la capital. El evento, que este año estará dedicado a la literatura nórdica en reconocimiento al fenómeno de ventas encabezado por Stieg Larsson y su trilogía "Millenium", se ha convertido a lo largo de su ya dilatada historia en una cita de referencia internacional para el sector del libro. Organizada por el Gremio de Libreros de Madrid, la cita engloba a más de 200 librerías y es uno de los principales eventos dinamizadores del libro y la cultura de España. Este año, además, se presenta como gran aliciente el lanzamiento masivo del polémico e-book. La plataforma de distribución digital formada por las editoriales Planeta, Mondadori y Santillana han anunciado que estarán listos para el 30 de mayo.



PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



BARCELONA
14 de septiembre
Hotel Fira Palace

MADRID
23 de septiembre
Hotel NH Eurobuilding

VALLADOLID
11 de noviembre
Hotel Palacio de Santa Ana

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com

**LIVEMED**

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Internet

La mayoría de los universitarios copian de Google

Los medios tecnológicos puestos al servicio de los usuarios son cada vez más sofisticados, pero de poco sirven a los universitarios españoles, que van a lo fácil: mayoritariamente usan Google, y dan la espalda a buscadores más sofisticados o específicos del mundo académico.

Y no sólo eso, resulta que según el informe elaborado por la Universidad de las Islas Baleares (UIB), una vez acceden a Google, una cuarta parte de los alumnos encuestados reconoce que se conforma con los tres, cuatro o cinco primeros documentos que le facilita el buscador, sin comprobar si se trata de documentos fiables que deben contener la relación de procedencia de las fuentes informativas.

Otro informe, atribuido al Centro Nacional de Referencia de Aplicación de las TIC basadas en fuentes abiertas (Cenatic), concluye que la práctica totalidad de universidades y centros de investigación españoles dispone de *software* libre, concretamente, el 60 por ciento de los servidores de las universidades españolas se basan en este tipo de *software*, una tecnología que gusta a los universitarios hasta el punto de que en



Google se ha revelado como la fuente más utilizada por los estudiantes superiores.

el 57 por ciento de los campus existen asociaciones de apoyo a las tecnologías libres.

Si tenemos en cuenta el correo electrónico, el porcentaje sube al 67 por ciento el 87 atendiendo a las herramientas de gestión; el 42 por ciento en sus bases de datos; el 67 por ciento de sus sistemas *antispam*; el 40 por ciento de sus campus virtuales o el 44 por ciento de sus soluciones de administración electrónica.

También pone de manifiesto el estudio de Cenatic que cerca del 85 por ciento de las universidades españolas han constituido equipos de investigación para mejorar las prestaciones del *software* libre. Además, y esto es muy importante, están en contacto con la industria para generar transferencia tecnológica. ■

Sección patrocinada por



Europa en tren

Esta web nos descubre los más modernos y rápidos trenes que circulan por Europa con precios realmente competitivos para, circulando a alta velocidad en muchos casos, contemplar el paisaje a ras de suelo.

<http://www.raileurope.com/index.html>



Peligros de la cirugía estética

La sociedad ha fomentado el culto a la cirugía estética para corregir defectos o para sentirse más a gusto, pero antes deben evaluarse los peligros.

<http://revista.consumer.es/web/es/20011201/actualidad/informe1/31503.php>



CIBERCONSEJOS

En favor del software libre

El segundo Encuentro Internacional de Internautas (ENI 2010) celebrado en Langreo (Asturias) defiende el *software* libre como impulso a la innovación. Los asistentes recordaron que su empleo mejora la competitividad de las empresas, ya que abarata los costes, acorta los plazos y es una herramienta muy necesaria a la hora de producir más y más rápido. Por otra parte, demandan un acceso universal a la banda ancha en toda España, abaratamiento de su coste y una regulación nacional y europea de la misma.

iTunes con virus para iPads

Las altas ventas de los iPads están llevando a los *hackers* a fijarse como objetivo dichos dispositivos y el programa de música iTunes es el medio para infectarlo. Los usuarios reciben un correo en el que se les invita a descargar la última versión de iTunes como paso previo a una actualización del *software* de su iPad. El usuario es redirigido a una web que descarga un código malicioso denominado Backdoor.Bifrose.AADY, de modo que pueda ser controlado remotamente por el ciberdelincuente.

Golf



III European Nations Cup

Brillante victoria de Suecia

España, de la mano de Tania Elósegui y Emma Cabrera, acabó en octava posición.

La VCI Copa de Europa Femenina (Comunitat Valenciana European Nations Cup) enarbó la bandera de la emoción y el dramatismo desde el primer momento.

El triunfo sueco exigió enormes dosis de trabajo suplementario. No en vano, Australia, integrada por dos jugadoras de élite como Karrie Webb y Karen Lunn, a dos golpes de las suecas al inicio de la última jornada, protagonizaron un arranque que generó temor y admiración en todos sus rivales: cuatro *birdies* en los cuatro primeros hoyos que sirvieron no sólo para dar alcance a Suecia, a pesar de que las nórdicas anotaron un *birdie* en el hoyo 2, sino para superarlas a velocidad de vértigo.

Con Dinamarca (cuarta al final) y Francia (quinta) a rebufo, a pesar de hacer las cosas extraordinariamente



Suecia, equipo ganador en esta tercera edición de la European Nations Cup.

bien, el torneo se adentró poco a poco en una fase exclusiva de dos a pesar de que Italia, que realizó un excelente trabajo a lo largo de las cuatro jornadas, exigía su cuota de protagonismo antes de acabar en tercera posición.

Las australianas, instaladas en el par a partir del hoyo 5, incrementa-

ron sus posibilidades de triunfo con un *birdie* en el 11 que a la postre parecía definitivo. No en vano, Suecia apuraba sus opciones con un inoportuno *bogey* en el 14 que concedió una ventaja de dos golpes a Australia, que se antojaba definitiva, hasta el punto de que Webb y Lunn esperaban el desenlace en la casa club con ese colchón de dos golpes a falta de un hoyo de las suecas.

La reacción nórdica fue espectacular. Golpe de aproximación desde casi 200 metros de Sophie Gustafson que dejó la bola a dos metros de bandera antes de que Anna Nordqvist rematase con certero *putt* para *eagle* que obligó a disputar el *play-off*. Fue en el tercer hoyo cuando Suecia tomó ventaja gracias a un golpe de aproximación extraordinario y otro *putt* que la dejó dada. ■

Madrid Másters: espaldarazo para la Raider Cup

Para Gonzalo Fernández Castaño, presidente de GFC Golf & Business, empresa promotora del Madrid Másters que se celebra entre el 27 y 30 de este mes, el evento constituirá un espaldarazo a la candidatura que Madrid ha presentado para organizar la Ryder Cup 2018. La decisión se tomará en abril de 2011 y en liza están otros candidatos, como Alemania, Francia, Holanda, Portugal y Suecia. Mientras tanto, al Madrid Másters "vendrán muy buenos jugadores. Los españoles estarán todos: Miguel Ángel Jiménez, Sergio García, Álvaro Quirós, Rafa Cabrera, Pablo Larrazábal, Pablo Martín, Nacho Garrido, José Manuel Lara... Nada me haría más ilusión que poder confirmar la presencia de Chema Olazábal, pero no se encuentra bien y lleva tiempo sin competir", asegura Fernández Castaño. Añade acerca del lugar donde se celebrará el torneo: la finca de la Real Sociedad Hípica Española Club de Campo: "Es espectacular. El campo estará precioso y dará muy buena imagen en televisión. El diseño de Robert Von Hagge es exigente, pero a los jugadores les va a encantar". Y en relación a su propio juego: "Me encantaría ganar en España y, mucho más, hacerlo en Madrid. El año ha empezado flojo y no está siendo para tirar cohetes. El sexto puesto en el Open de Andalucía estuvo bien, pero me supo a poco".



Certamen de Artículos 2010

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

GRAN PREMIO Crucero 3.000 €

PLUS Premio Médicos Jóvenes Crucero 2.000 €

- ❖ **¿Quién puede participar?** Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.
- ❖ **¿Qué hay que enviar?** Artículos originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.
- ❖ **¿Sobre qué se puede escribir?** Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.
- ❖ **¿Cómo participar?** Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*. Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.
- ❖ **¿Dónde enviar su artículo?** Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección: medeconomics@drugfarma.com*
- ❖ **Presentación de originales** El plazo de participación expira el **2 de noviembre de 2010**.



Que los abrazos sólo sirvan para compartir alegría

Éste es nuestro objetivo, nuestro compromiso y nuestro trabajo.

Para ello investigamos y desarrollamos nuevas alternativas de tratamiento del dolor eficaces y seguras.

Por eso apoyamos a los que se preocupan por él: médicos, farmacéuticos e instituciones.

Para que el dolor se transforme en alegría.

