

# Medical Economics

www.medeco.es.com

Nº 134 25 de junio de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

**Mesa redonda:**

**Troncalidad**

## Cómo formar mejores especialistas

**ADEMÁS**

I Symposium de la EFIC:  
Impacto  
socioeconómico  
del dolor

(páginas centrales)

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATION

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  
VIROLOGÍA  
DERMATOLOGÍA  
ANTI-INFECCIOSOS  
DOLOR



astellas

Leading Light for Life

38 EN PORTADA

# Cómo formar mejores especialistas

El Ministerio de Sanidad y Política Social quiere cambiar el actual plan de formación de los MIR mediante la implantación de la llamada troncalidad: el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado (un mínimo de dos años). La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) así lo determina, pero los trabajos que se desarrollan en ese sentido se encuentran envueltos en cierta polémica.

## GESTIÓN DE CALIDAD

### 9 Contaminación acústica

Desde hace tiempo se cuenta en nuestro país con diversa normativa básica, aprobada a todos los niveles legislativos, que puede guardar relación con la problemática del ruido.

## PRÁCTICA PROFESIONAL

### 46 Cómo tratar a su paciente adolescente

La adolescencia es una edad complicada y con frecuencia los médicos, al igual que los padres, pueden verse en situaciones en las que no saben cómo actuar.

## ENTREVISTA

### 14 "La independencia y una educación liberal han marcado mi vida"

Desde su pequeño despacho "prestado" del Hospital Clínico San Carlos, César Pedrosa sigue en contacto con el radiodiagnóstico, técnica y disciplina importada de los Estados Unidos, a cuya divulgación en España este asturiano, nacido en Ribadesella en 1932, contribuyó decisivamente.

14 DE CERCA | 25 de junio de 2010 | Medical Economics

César Sánchez Álvarez-Pedrosa, catedrático emérito de Radiología

#### "La independencia y una educación liberal han marcado mi vida"

En un pequeño despacho "prestado" del Hospital Clínico San Carlos, algunas horas después de la sesión de trabajo en el centro de diagnóstico por imágenes (MIR) que se celebró el día 23 de junio, César Pedrosa, catedrático emérito de Radiología, nos habla de su vida profesional y personal. César Pedrosa, como todos los que han trabajado en el Hospital Clínico San Carlos, ha vivido una vida profesionalmente muy activa y con una gran dedicación a su trabajo. En este artículo, nos cuenta cómo ha sido su vida profesional y personal, desde su formación en el Hospital Clínico San Carlos hasta su jubilación en 1992, contribuyendo decisivamente a la divulgación de la radiología en España.

Por Gonzalo San Segundo

**¿De su madre, qué ha heredado?**  
 El 10 de mayo de 1932 nació en Ribadesella, Asturias, un niño que se llamaría César. Su madre, María, era una mujer muy fuerte y trabajadora. Él heredó de ella una gran capacidad de trabajo y una gran determinación. Su padre, Juan, era un hombre muy sencillo y trabajador. Él heredó de él una gran capacidad de trabajo y una gran determinación.

**¿Qué le ha marcado de su infancia?**  
 La independencia y una educación liberal han marcado mi vida. Desde pequeño me enseñaron a ser independiente y a tomar decisiones por mí mismo. Mi educación fue muy liberal y me permitió desarrollar mi personalidad y mi capacidad de trabajo.

**¿Cómo se interesó por la Medicina?**  
 Me interesé por la Medicina desde pequeño. Siempre me gustó leer y aprender cosas nuevas. Cuando me enteré de que podía estudiar Medicina en el Hospital Clínico San Carlos, me decidí a hacerlo. Desde entonces he estado dedicado a la Medicina y a la divulgación de la radiología en España.

**¿Por qué se interesó por la Radiología?**  
 Me interesé por la Radiología porque me parecía una profesión muy interesante y que me permitía aprender cosas nuevas. Además, me gustaba el hecho de que la radiología era una técnica que estaba siendo utilizada cada vez más en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades.

46 PRÁCTICA PROFESIONAL | 25 de junio de 2010 | Medical Economics

### Cómo tratar a su



Por Wayne J. Guglielmo

**L**os adolescentes que se acercan a los 13 años de edad de los adolescentes, a pesar de que son físicamente jóvenes, ya tienen una gran capacidad de pensamiento y de toma de decisiones. Esto significa que los adolescentes ya no son simplemente niños que necesitan ser protegidos y controlados, sino que son individuos que están desarrollando su propia identidad y su capacidad de pensamiento crítico.

Los adolescentes que se acercan a los 13 años de edad de los adolescentes, a pesar de que son físicamente jóvenes, ya tienen una gran capacidad de pensamiento y de toma de decisiones. Esto significa que los adolescentes ya no son simplemente niños que necesitan ser protegidos y controlados, sino que son individuos que están desarrollando su propia identidad y su capacidad de pensamiento crítico.

Real Academia Nacional de Medicina



2ª Edición

# Premio Carlos IV

de Investigación en  
Medicina Preventiva  
y Salud Pública



Bases disponibles en: [www.ranm.es](http://www.ranm.es)

Con la colaboración de:



REAL ACADEMIA  
NACIONAL DE MEDICINA

## 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 Díaz  
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 Impuestos

Compra de un piso

### 10 Normativa

Denuncia de delitos públicos

### 12 Gestión en Atención Primaria

Integración y liderazgo

## Y ADEMÁS...

### 20 Sanidad autonómica

Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana

### 50 Journal Scan

### 53 Las tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Mejorará el sistema de troncalidad la preparación de los profesionales sanitarios?

Participe a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

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

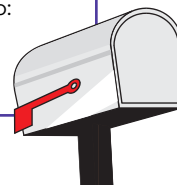


## ENCUESTA EXCLUSIVA

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

## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web:  
[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)



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

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

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

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

© Copyright 2010 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

### Marta Aguilera Guzmán

Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

### Margarita Alfonso Jaén

Secretaria General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

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

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutista Abogado 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

### Julio Fernández Llamazares

Secretario General de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

### 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 Angel García Rodríguez

Presidente. Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Abraham Herrera

Jefe de 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 Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

### 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

# La Lanceta

## ¡Libro blanco a la vista...!

**E**n España se redactan y publican tantos libros blancos que obnubilan y hasta maltratan la memoria, hasta tal punto que muchas veces nos quedamos *in albis*, pues para lo que fueron concebidos resultan tan etéreos como polvorientos. Hay libros blancos que, a fuerza de rumiarlos y conservarlos, se tornan amarillentos; a otros ni siquiera se les dan la oportunidad de envejecer o la del anticuario; y no faltan los que, por su atrevimiento, son tachados de “rojos” y quedan terminante descartados (antes se les condenaba a la hoguera).

Si se consulta Google, aparecen 209.000 páginas en España con las palabras “libro blanco”, varias veces por encima de los libros de cualquier otro color. Hay libros blancos, como ropa tendida en un convento cisterciense, prácticamente en todos los sectores y actividades de este país. En el ámbito de la salud, y por citar sólo los casos más recientes, se han dedicado libros blancos a la dependencia, la salud pública, la Sanidad, la fisioterapia, etcétera. ¿Qué tendrá el blanco que tanto interés suscita y tantas faenas protagoniza?

La última faena (entendido el vocablo en esta ocasión como tarea o dedicación), es la que lleva a cabo un grupo de 40 expertos, cuyos nombres no han trascendido, aunque se sabe que entre ellos figuran seis consejeros autonómicos y tres ex ministros de diversos colores políticos. La misión de dicho grupo es alumbrar un libro blanco que pretende decir y describir cómo hay que hacer las cosas en el Sistema Nacional de Salud (SNS). El equipo redaccional no persigue poner sobre la mesa problemas y soluciones, sino diseñar un nuevo modelo de gestión de la salud.

¡Caray!, plasmar esa pretensión en negro sobre blanco parece una tarea

encomiable, tanto como utópica pensando en su futura adopción, lo que hace que el empeño nazca ya oscurecido. Pues resulta que lo que se pretende es establecer “un nuevo modelo de gestión de la salud”, cuando, en palabras de Rafael Bengoa, consejero de Sanidad del País Vasco, y de otros muchos, no existe un único modelo, sino casi tantos como comunidades autónomas y, en varias de ellas, conviven varios modelos. ¿Será que ese nuevo modelo que está germinando aspira a sustituir los existentes?

El proyecto es realmente loable y ambicioso. Abarca aspectos que van desde la organización política y gestión de la salud, hasta la financiación y economía de la salud, pasando por la gestión clínica, farmacéutica, del personal y las tecnologías de la salud. Y se anuncia que estará listo en abril de 2011, coincidiendo, más menos, con el 25 aniversario de la promulgación de la Ley General de Sanidad y los 20 años del informe redactado por una comisión presidida por Fernando Abril Martorell y propulsado por el entonces ministro de Sanidad Julián García Vargas.

El conocido como *Informe Abril* es el espejo en el que se mira el libro blanco que promueve la Fundación Bamberg. Y uno duda si mirarse en tal espejo -uno de esos libros blancos que, salvo algunas ideas y propuestas aisladas, duerme a la espera de puntuales resurrecciones- reflejaría una imagen lo suficientemente nítida como para que los responsables políticos vieran en ella la Sanidad que deberían gestionar y tomar en seria consideración el contenido de este libro blanco en gestación.

Mas, viendo la marcha que lleva el tan traído y llevado Pacto por la Sanidad, ¿nos quedaremos otra vez *in albis*? ■



Gonzalo San Segundo\*

\*Director asociado de Medical Economics.

Para contactar: gonzalosan@sansegundo.e.telefonica.net

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 2,51

por ciento del PIB español procede del sector sanitario privado.

### 8,5

millones de usuarios tienen póliza de seguro sanitario en España.

### 56.000

son las camas de que disponen el sector sanitario privado.

### 34.000

los profesionales de la medicina ocupados en la sanidad privada.

Fuente: Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad.

## BIOTECNOLOGÍA

### El Observatorio Zeltia inicia su andadura

Con el objetivo de fomentar la innovación, la divulgación y el análisis de la información biotecnológica aplicada a la salud, el Grupo Zeltia ha iniciado la andadura del Observatorio Zeltia, que pretende promover la educación y la formación científica y tecnológica desde edades tempranas. El Observatorio se estructura entorno a tres áreas de innovación: desarrollo de nuevas estrategias y herramientas de comunicación que apoyen la difusión de los últimos avances científicos en el ámbito de la biotecnología aplicada a la salud; divulgación, organización de seminarios, jornadas, encuentros y mesas redondas sobre información vinculada a la biotecnología aplicada a la salud; y análisis: elaboración de estudios e informes que mejoren el conocimiento científico en este área.



## MUTUAS

### PSN cerró 2009 con 2,12 millones de beneficio neto

La mutua Previsión Sanitaria Nacional, Mutua de Seguros a Prima Fija (PSN) celebró recientemente su Asamblea anual en la que se dio el visto bueno a los resultados de 2009 y se decidió destinar los 2,12 millones de beneficio neto logrados a reservas voluntarias. El presidente de PSN, Miguel Carrero, destacó los buenos resultados alcanzados: 24 millones de euros en primas únicas, un 60 por ciento más que en el ejercicio anterior, y lo atribuyó a estar afrontando la crisis "con rigor, transparencia y sin atajos". En esa misma Asamblea, se abordó la aprobación por parte del Comité de Ministros del 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 ha mostrado su satisfacción por dicha aprobación, emitiendo un comunicado en el que celebra el clima de cooperación que ha existido con la Administración General del Estado y se muestra satisfecha con el decreto.



El Consejo de Administración de PSN, al principio de la Asamblea General de Mutualistas.

## SEGUROS MÉDICOS

### Asisa creció un 4,9 por ciento el pasado año

Con una facturación global de todas sus clínicas de 267 millones de euros en 2009, lo que supone un incremento cercano al 3 por ciento, la reciente celebración de la Asamblea general del Grupo Asisa, cien por cien propiedad de la Cooperativa Lavinia, transcurrió en un ambiente de satisfacción por las cifras alcanzadas. El resumen financiero de 2009 incluye, además de ese crecimiento del 3 por ciento en facturación global, un total de 684 millones de euros a prestaciones asistenciales, lo que supone un incremento de 4,74 por ciento respecto a 2008; un crecimiento del 2,8 por ciento en cuanto a honorarios médicos, alcanzando los 314.849 millones de euros; y una facturación por primas de 796 millones de euros, un 4,71 por ciento más que en 2008.



## SANIDAD PRIVADA

## Las clínicas privadas ingresaron 5.800 millones de euros en 2009

El volumen de negocio de las clínicas privadas no benéficas españolas ascendió un 5 por ciento el pasado año hasta alcanzar los 5.800 millones de euros. Así, lo atestigua un informe de la consultora DBK en el que también se prevé que este crecimiento se mantenga en 2010 y 2011. De esta manera, el sector logra mantener su tendencia al alza, si bien por debajo de 7-8 por ciento que venía registrando en los últimos años. Tras este crecimiento se encuentran, sobre todo, los segmentos de convenios con aseguradoras y de conciertos públicos, puesto que el segmento de clientela privada pura sigue mostrando mayor debilidad. De cumplirse las previsiones de DBK y mantenerse el ritmo de crecimiento del 5% en el periodo 2010-11 la cifra de beneficios para ése año se situaría en 6.450 millones de euros.



## EMPRESAS

## Grifols se hace con la americana Talecris por 2.800 millones de euros

Grifols, holding empresarial español especializado en el sector farmacéutico-hospitalario y una de las compañías líderes del mundo en la producción de hemoderivados, ha suscrito un acuerdo definitivo para adquirir la compañía estadounidense Talecris Biotherapeutics, especializada también en la producción de fármacos biológicos derivados del plasma, por un importe total de 3.400 millones de dólares (2.800 millones de euros). La operación se efectuará mediante una oferta mixta de efectivo y acciones de Grifols de nueva emisión sin derecho a voto y permitirá crear un grupo líder mundial en el sector de los hemoderivados. Gracias a la nueva adquisición, la compañía española pasa a convertirse en el tercer mayor fabricante del mundo de hemoderivados, mientras que hasta ahora ocupaba la quinta posición. La complementariedad geográfica es una de las grandes bazas de esta compra, ya que mientras Grifols tiene una posición destacada en los mercados europeos y de América Latina, Talecris es especialmente fuerte en Estados Unidos y Canadá.



## DEONTOLOGÍA

## Nuevo avance en la protección de derechos de los pacientes

La Asamblea General de la OMC ha aprobado por mayoría dos declaraciones, elaboradas por la Comisión Central de Deontología Médica en relación a "El consentimiento informado en la práctica médica" y a "La actuación de los médicos en relación a los acompañantes de las personas ingresadas en centros hospitalarios". Ambos documentos han sido catalogados por la propia Asamblea de gran importancia, ya que con ellos se da un paso más sobre la protección de los derechos de los pacientes. Respecto al consentimiento informado se señala que no puede tener la consideración de burocrático puesto que exige una relación personal previa, con lo que se considera contrario a la deontología médica entregar un formulario estándar. En cuanto a los acompañantes se subraya tanto la importancia que supone esta figura para el paciente como la gran influencia que el médico ejerce en las actitudes y las reacciones personales de los familiares respecto de la enfermedad.

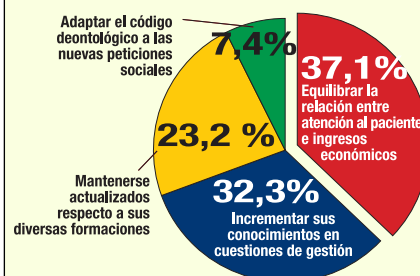


## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

## Medical Economics

¿Cuál cree que será el principal reto para los profesionales de la medicina en los próximos años?



La mayor parte de los encuestados (37,1 por ciento) consideran que equilibrar la relación entre paciente e ingresos es el principal reto que la medicina afrontará en los próximos años. Las cuestiones de gestión, con 32,3 por ciento de los votos, ocupan el segundo lugar y la continuación de la formación el tercero, con 23,2 por ciento de las respuestas. Mucho menos preocupante parece ser la adaptación deontológica a las nuevas necesidades sociales que aparece como cuarto reto con el 7,4 por ciento de los votos de los encuestados.

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

# Impuestos

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

### Compra de un piso

*Estoy pensando comprarme un piso. ¿Qué impuestos tengo que tener en cuenta?*

#### 1. Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA)

Si va adquirir un piso directamente de la promotora y de nueva construcción deberá pagar un 7 por ciento (8 por ciento a partir del 1 de julio de 2010) sobre valor de adquisición del piso, salvo que se trate de una vivienda de protección oficial, en cuyo caso el tipo de gravamen es el 4 por ciento. No se olvide de que también tendrá que pagar el Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados (IAJD) por la escritura de compraventa (documento notarial). El tipo de gravamen depende de cada comunidad autónoma, pero en la mayoría es el 1 por ciento, y se aplica sobre el valor declarado en la escritura.

#### 2. Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales (ITP)

Si, por el contrario, va a adquirir un piso de segunda mano, debe saber que en este caso se devenga el ITP y no el IVA. El tipo de gravamen aplicable es el 6 por ciento, salvo que las comunidades autónomas hayan establecido un tipo distinto. De hecho, en la mayoría de las comunidades autónomas el tipo aplicable es el 7 por ciento. Algunas comunidades han decidido subirlo al 8 por ciento desde el 1 de julio de 2010, en consonancia con la subida del tipo del IVA. Este tipo de gravamen se aplica al valor real del piso.

El obligado al pago de este impuesto es el comprador del inmueble, que es, por tanto, quien tendrá que declarar el impuesto e ingresar la cuota resultante en las arcas públicas de la comunidad autónoma que corresponda. En este caso, usted no tendrá que pagar el 1 por ciento del IAJD por la escritura (documento notarial).

Por otro lado, si usted compra el piso a un particular o sociedad no residente en España, tiene que saber que está obligado a retener e ingresar en el Tesoro el 3 por ciento del precio acordado, en concepto de pago a cuenta

del Impuesto sobre la Renta de los no Residentes que debe pagar el vendedor.

#### 3. Impuesto sobre Actos Jurídicos Documentados (IAJD)

Si para adquirir el piso solicita un préstamo hipotecario a un banco debe tener en cuenta que, en una interpretación estricta de la norma, la escritura de préstamo hipotecario está gravada con el IAJD. La base para calcular el importe a ingresar por este impuesto estará constituida por el importe de la obligación principal o capital, incluyendo los intereses, indemnizaciones y otras cantidades incluidas en la garantía. Si no consta expresamente esta cantidad se toma como base el capital y tres años de intereses. El tipo aplicable será el que cada comunidad autónoma haya aprobado (en la mayoría es el 1 por ciento), aplicándose en su defecto el tipo del 0,5 por ciento.

#### 4. Impuesto sobre el Incremento de Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana (IIVTNU)

Este impuesto grava el aumento de valor de los terrenos urbanos puesto de manifiesto en el momento de la transmisión. Cada piso tiene su parte de terreno, así que, cada vez que se vende un piso, se devenga este impuesto. Lo que se somete a imposición es un importe que se calcula aplicando un porcentaje al valor catastral del suelo, porcentaje que aumenta a medida que el bien ha estado más tiempo en el patrimonio del vendedor. Sobre el importe resultante se aplica el tipo de gravamen. Los ayuntamientos suelen calcularlo a petición del vendedor o comprador, aunque legalmente el obligado al pago es el vendedor.

#### 5. Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI)

La persona obligada al pago de este impuesto es quién a 1 de enero es titular de un inmueble. Por tanto, si usted adquiere un inmueble cualquier otro día de 2010 debe tener en cuenta que no tiene que pagar la cuota del IBI correspondiente a este año, ya que es el vendedor el que está obligado a su pago. ■

» En la mayoría de las comunidades autónomas el tipo aplicable para adquirir un piso de segunda mano es el 7 por ciento

» La persona obligada al pago del IBI es quién a 1 de enero es titular de un inmueble

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

## Gestión de Calidad: Medio Ambiente

# La contaminación acústica (II)

**H**asta décadas recientes el problema acústico no era percibido como contaminación, en el sentido estricto que tiene hoy día. Nuestra legislación es una gran prueba de ello. Desde hace tiempo se cuenta en nuestro país con diversa normativa básica, aprobada a todos los niveles legislativos, que puede guardar relación con la problemática del ruido. Así, podemos mencionar la regulación de actividades clasificadas recogida en el Reglamento de Actividades Molestas, Insalubres, Nocivas y Peligrosas, del año 1961. Ya en el marco del actual Derecho Ambiental, surge con la legislación estatal que hoy existe en materia de Evaluación de Impacto Ambiental, o la Ley de Prevención y Control Integrados de la Contaminación, etc. Por su parte, las comunidades autónomas disponen de competencias para reforzar con medidas legislativas el marco general establecido. Del mismo modo, los ayuntamientos regulan la materia con sus Ordenanzas municipales.

El problema de la contaminación sonora es lo suficientemente importante como para que se haya convertido en objeto de preocupación por parte de las instituciones de la Unión Europea y sus Estados miembros. Por ello, se aprobó la Directiva 2002/49/CE, de 25 de junio de 2002, del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre evaluación y gestión del ruido ambiental que constituye en la actualidad un referente básico, coherente e integrado, de la política comunitaria en esta materia. La trasposición de esta Directiva a nuestro ordenamiento jurídico constituye la vigente Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido.

La Ley aborda el problema ambiental del ruido teniendo en cuenta la percepción y el nivel sonoro que recibe el ciudadano. Es de aplicación a todos los emisores acústicos, de forma integrada, porque todas las fuentes se deben considerar conjuntamente. Además, por primera vez, se establecen parámetros co-

munes sobre la contaminación acústica para todo el territorio nacional (índices acústicos).

En lo referente a la evaluación y gestión del ruido ambiental, la Ley del Ruido se ha desarrollado mediante el Real Decreto 1513 de 16 de diciembre del año 2005. Se trata de un desarrollo parcial de la Ley del Ruido que sólo comprende la contaminación acústica derivada del ruido ambiental y la prevención y corrección, en su caso, de sus efectos en la población.

De acuerdo con el artículo 2 del RD, éste se aplicará al ruido ambiental al que estén expuestos los seres humanos, en particular, en zonas urbanizadas, en parques públicos u otras zonas tranquilas de una aglomeración, en zonas tranquilas en campo abierto, en las proximidades de centros escolares, en los alrededores de hospitales, y en otros edificios y lugares vulnerables al ruido; pero, siguiendo con el mismo artículo, no se aplicará al ruido producido por la propia persona expuesta, por las actividades domésticas, por los vecinos, en el lugar de trabajo ni en el interior de medios de transporte, así como tampoco a los ruidos debidos a las actividades militares en zonas militares, que regirán por su legislación específica

La mayor parte de las comunidades autónomas han visto la necesidad de proporcionar un marco de funcionamiento coordinado, apoyando a los ayuntamientos en la adopción de medidas contra la contaminación acústica.

Por lo que respecta a los ayuntamientos, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 42, apartado 3º, atribuye a los ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás administraciones públicas, entre otras, responsabilidad en materia de control sanitario de industrias, actividades, servicios, transportes, ruidos y vibraciones, así como el control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana. ■



Elisa Herrera Fernández\*

» La Ley aborda el problema ambiental del ruido teniendo en cuenta la percepción y el nivel sonoro que recibe el ciudadano

» La mayor parte de las Comunidades Autónomas han visto la necesidad de proporcionar un marco de funcionamiento coordinado, apoyando a los Ayuntamientos en la adopción de medidas contra la contaminación acústica

\*Experta en Derecho Ambiental.

Para contactar: elisa.herrera@orange.es

# Normativa

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Ofelia de Lorenzo Aparici\*

» El médico tiene un deber de denunciar la comisión de delitos públicos, lo que lleva a asimilar la posición de éste a la de la policía judicial

» En numerosas ocasiones un médico actúa como auténtico confesor del paciente que le revela datos de su vida íntima y le pide consejo amparado

### Denuncia de delitos públicos

*¿Tiene el médico la obligación de denunciar delitos públicos en detrimento de su fidelidad al paciente?*

La obligación de secreto médico puede verse en gran medida limitada, e incluso anulada, cuando el profesional se ve en la tesitura de acudir a los tribunales, ya sea motivado por la denuncia de un delito o en calidad de testigo. Se produce en estos casos un conflicto entre su deber moral y su obligación jurídica, entre su posición como médico y su proceder como ciudadano.

El artículo 259 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal dice: “El que presencia la perpetración de cualquier delito público estará obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del juez de Instrucción, municipal o funcionario fiscal más próximo al sitio en que se hallare”. Y el artículo 262 de la citada ley recalca la obligación de denuncia que surge para los que, por razón de su cargo, profesión u oficio, tuvieren noticia de algún delito público.

Por tanto, el médico tiene un deber de denunciar la comisión de delitos públicos, lo que lleva a asimilar la posición de éste a la de la policía judicial, por más que no figure en el artículo 283 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

### Trato discriminatorio

*¿Tiene el médico los mismos derechos que otros profesionales para no revelar delitos confesados por sus pacientes?*

El trato discriminatorio del que es objeto el médico en comparación a otros profesionales se agrava al manifestar el artículo 263 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que: “La obligación impuesta en el párrafo primero del artículo anterior [citado más arriba] no comprenderá a los abogados ni a los procuradores respecto de las instrucciones o explicaciones que recibieren de sus clientes. Tampoco comprenderá a los eclesiásticos y ministros de cul-

tos disidentes respecto de las noticias que se les hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio”.

Este precepto resulta más llamativo si se aprecia la similitud entre la posición del ministro de culto y el médico, que en numerosas ocasiones actúa como confesor del paciente que le revela datos y le pide consejo amparado en la confianza de que todo ello permanecerá en el más absoluto secreto.

### Comparecencia como testigo

*¿Se puede obligar a un médico a declarar en un juicio contra su secreto profesional cuando acude al mismo en calidad de testigo?*

Sobre este particular la Ley de Enjuiciamiento Criminal dispone en su artículo 410: “Todos los que residan en territorio español, nacionales o extranjeros, que no estén impedidos tendrán la obligación de concurrir al llamamiento judicial para declarar cuanto supieren sobre lo que les fuere preguntado, si para ello se les cita con las formalidades prescritas en la ley”.

En los artículos 416 y 417 la Ley libera de dicha obligación al abogado del procesado, respecto a los hechos que éste le hubiera confiado en su calidad de defensor; a los eclesiásticos y ministros de culto disidentes, sobre los hechos que les fueren revelados en el transcurso de su ministerio, y a los funcionarios públicos, civiles o militares, cuando con su declaración violaran el secreto que por razón de su cargo estuvieren obligados a guardar o desobedecieran a su superior jerárquico para prestar la declaración que se les requiera.

Se puede apreciar que el médico no se encuentra en ninguna de estas circunstancias, de lo que se deduce su obligación de declarar como testigo cuando sea requerido para ello por el tribunal, aunque cabría una escapatoria si se escudase en el último de los preceptos mencionados, alegando su condición de funcionario público en los casos en que ello fuera posible. ■

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

¿Busca Elegancia, Lujo, Exclusividad?



Ubicado en Marbella, Costa del Sol, INCOSOL es el único Hotel donde una avanzada Policlínica se une a un Medical SPA de lujo, ofreciendo los más completos servicios de Salud, Belleza y Bienestar. 192 lujosas y luminosas habitaciones, todas con terrazas y espectaculares vistas. Seis piscinas, cinco de ellas climatizadas, e impresionantes jardines que le trasladarán a épocas y lugares de ensueño. Su estancia inolvidable en un **Paraíso Verdadero de Cinco Estrellas**.



# Gestión en Atención Primaria

## Integración y liderazgo



Daniel Ferrer-Vidal Cortella\*

**>> Liderar es marcar el camino, diseñar alianzas y aplicar sobre el terreno los propósitos, entendiendo que el objetivo ha de ser para todos el mismo**

**>> No basta con que la direcciones de las organizaciones exijan resultados a sus profesionales, es preciso también que los profesionales exijan resultados a las direcciones**

Ciertas cosas parecen estar ya cambiando en nuestros sistemas sanitarios como respuesta a un entorno cada vez más restrictivo: más allá de la acuciante crisis y nuestro incierto futuro, el futuro de toda Europa y de su cuestionado modelo basado en el estado de bienestar, se evidencia una realidad epidemiológica en que la atención a la patología crónica debe priorizarse, un marco tecnológico que obliga a combinar valentía y sentido común al invertir, una realidad presupuestaria limitada en un contexto inflacionista en que se sigue apostando por un modelo público de atención donde el ciudadano, cada día más informado, es su verdadera y única razón de ser. Se evidencia además que el incremento del gasto no se está acompañando de una mejora en resultados en salud, si no tal vez al contrario: una excesiva intervención sanitaria está generando alertas que empiezan a mostrar la peor cara de la moneda. Y también, por qué no decirlo, emerge una realidad en la que los profesionales, en un entorno de aparente escasez, los propietarios primeros y últimos del proceso y de los procesos, los verdaderos protagonistas, manifiestan cuando menos cansancio y malestar, y esa cierta sensación de frustración y ahogo del que parece conocer soluciones que no siempre son ni veladamente contempladas.

Integrar es superar el paradigma limitante de la división de niveles, de lo que hace el uno por el otro, o en contra del otro o de "los otros"; liderar es marcar el camino, diseñar alianzas y aplicar sobre el terreno los propósitos, entendiendo que el objetivo ha

de ser en este caso para todos el mismo: ofrecer servicios en salud desde organizaciones que han de saber adaptarse al entorno y, por tanto, desaprender de anclajes de modelos probablemente excesivamente burocratizados, seguro heredados del siglo pasado. Cubrir de la forma más eficiente posible las necesidades reales en salud debe marcar la estrategia, casi la única, que debe estar "alienada" entre y para todos los actores: políticos, gestores, profesionales y ciudadanos, y también, sociedades científicas, sindicatos y asociaciones en su sentido más amplio. Difícil reto.

Integrar es, antes que nada, consensuar objetivos, y para ello es preciso, primero, cambiar las reglas de juego: sin un nuevo marco de relación contractual entre administración y proveedores que genere sinergias en el "para qué" hacemos las cosas, no es posible facilitar que "las verdaderas buenas intenciones" se ofrezcan sin trampas sobre la mesa. El compromiso no sale de la nada: no basta meramente con cambiar en nuestros politizados discursos términos como "competencia y disputa por el mercado" por otros como "colaboración y alianzas"; es preciso más bien cambiar el "interés por competir", por el "interés por colaborar". Cambiar de intereses es un ejercicio serio que obliga a cambiar de reglas: el interés no nace solamente de la voluntad sino también de la necesidad entre los que negocian, voluntades y necesidades que, por lícitas siempre, siempre deben ser contempladas. En este proceso de cambio en el marco relacional, es obligado insistir en la necesidad de disponer de verdaderos sistemas de informa-



ción, comunicación y medición, sensibles y fiables, que ofrezcan realmente lo que es preciso medir, casi como condición para que esta exposición de intereses no falle en lo más básico, en la corresponsabilidad y la transparencia.

Hablar de liderazgo no es tampoco nuevo, de hecho, pocos términos se han utilizado últimamente tan frívolamente como para que apetezca tanto renovarlo. No obstante, creo que todos creemos entender lo que esto significa, lo que ya es mucho, y, sobre todo, suponemos su importancia a la hora de generar cambios. En este sentido, todos, políticos, gestores, profesionales y ciudadanos tienen sus deberes.

### Cambios necesarios

Primero, los políticos, que deben entender que es preciso cambiar esas “reglas” de las que hablábamos, y también deben entender que es moralmente obligado explicarlo a la sociedad, a sus votantes. Deben presentarse nuevas disposiciones legales que dirijan la administración y las organizaciones hacia estos nuevos objetivos.

En segundo lugar, los gestores, que deben aceptar las nuevas reglas y adaptar sus organizaciones para hacerlas más flexibles, como condición para sus propias supervivencias; estos deben también creer en la necesidad de estos cambios, para así poder aplicarlos. Disponer de gestores realmente comprometidos es clave para el éxito, entendiendo que en las organizaciones sanitarias los cambios profundos son los que nacen desde abajo y, por tanto, la predisposición a generar esta dinámica y a aceptarla es también clave: gestores que acepten capacitar para el liderazgo, antes de entregarlo.

En tercer lugar, los profesionales, que deben superar el estancamiento que nace del actual “observar y sufrir”, por un nuevo paradigma en que es básico más que la mera participación, recoger y recuperar el testigo del liderazgo. Para ello, obviamente, deben

cambiar algunas o muchas condiciones, especialmente las que tienen que ver con el “pasar cuentas” entre unos y otros, ejercicio que debe ser bidireccional. No basta con que la direcciones de las organizaciones exijan resultados a sus profesionales, es preciso también que los profesionales exijan resultados a las direcciones, y, en base a ello, se adopten también decisiones: las direcciones deben situarse, más que apoltronadas en atalayas auto justificadas en la jerarquía y la inercia de las historias, en posiciones de servicio a los profesionales, verdaderos conocedores del producto y del servicio, y deben orientar sus organizaciones con una nueva visión sistémica hacia la generación de redes entre proveedores y demás actores del entorno, favoreciendo así que las decisiones, las más trascendentes, en definitiva, se confundan, por inmediatas, con el propio ejercicio profesional. También deben crearse los profesionales que este nuevo entorno es posible, y adaptar también su marco competencial y sus hábitos de trabajo a la nueva realidad.

Por último restan los ciudadanos, cada día más activos, más informados y más capacitados para tomar decisiones sobre su propia salud. Pero tal vez no tanto, quizás por desinformación, para establecer con el sistema sanitario relaciones más “saludables”, menos enviadas y más socialmente rentables. No sé si un nuevo contrato social debe rediseñarse y redactarse, pero sí que es seguro que un nuevo equilibrio debe proponerse, en que la información real de lo que se ofrece y se dispone concuerde más finamente con las expectativas de todos, y con los objetivos de la propia sociedad del bienestar.

Seguro que más recursos, más inversiones, son necesarias, pero de nada serviría inyectar más dinero público al sistema si no lo enlazamos con un nuevo modelo de sistema sanitario en que las relaciones se establecen en base a estas nuevas propuestas, a estos nuevos pactos y a estos renovados liderazgos. ■

*Sección patrocinada por:*



César Sánchez Álvarez-Pedrosa, catedrático emérito de Radiología

## “La independencia y una educación liberal han marcado mi vida”

*En un pequeño despacho “prestado” del Hospital Clínico San Carlos, algunas fotos familiares y de su tierra asturiana y un óleo abstracto con la firma de su esposa (Marisa), proporcionan cierto calor a la estancia. En ella, dominada por archivadores metálicos, un PC y otros elementos de oficina, César Pedrosa, como habitualmente se le conoce (la manía de hacer desaparecer los apellidos más comunes), sigue en contacto con el radiodiagnóstico, técnica y disciplina importada de Estados Unidos, a cuya divulgación en España este asturiano, nacido en Ribadesella en 1932, contribuyó decisivamente.*

Por Gonzalo San Segundo

**PREGUNTA:** Su infancia y adolescencia transcurren en Ribadesella (Asturias), donde nació un día de 1932.

**RESPUESTA:** Yo tenía siete años cuando terminó la Guerra. Fueron años muy duros. Por ejemplo, al colegio teníamos que ir cada uno con una silla de casa, porque no había dinero ni para el mobiliario. Mi infancia estuvo influenciada por mi padre, que era un gran atleta (fue el ganador del descenso del Sella los dos primeros años, 1932-1933, y campeón universitario de España de peso y lanzamiento de jabalina), y por un amigo que me aficionó a la exploración de cuevas. Una vez, para recorrer una de ellas, hicimos una balsa de bidones de alquitrán vacíos, pero no la pudimos subir a la montaña de lo que pesaba.

**P:** ¿Le ha quedado algo de la afición deportiva de su padre?

**R:** Sí, yo corrí el Sella tres años -tengo un octavo puesto-, he ganado pequeñas competiciones de natación, travesías de puertos y cosas de esas. También jugué al *rugby* durante siete años en mi época de estudiante en Madrid, y ahora, desde hace un par de décadas, juego al golf con una pandilla de amigos que tengo en Asturias, entre los que se encuentran algunos con los que jugaba al *rugby*.

**P:** Y de su madre, ¿qué ha heredado?

**R:** Mi madre era una mujer muy inteligente. Había sido educada en Francia, pero pocas oportunidades le dio la vida, más que dedicarse a ama de casa y criar a siete hijos, de los que yo soy el mayor. Me marcó mucho, sobre todo me dio una educación de corte liberal. Yo me marché de casa a los 17 años y estuve fuera 13 años, por lo que mi formación personal estuvo muy influenciada por la independencia. Y esto se refleja en mis cuatro hijos, uno de ellos radiólogo que trabaja en Estados Unidos, en la Universidad de Harvard.

**P:** ¿Hace patria chica en Madrid?

**R:** No soy muy aficionado a manifestaciones de ese tipo. No suelo ir a restaurantes de comida asturiana y no me gustan esos dulces que han sacado en mi pueblo y que se venden con el nombre de ‘letizias’, aludiendo al nombre de la princesa de Asturias, que es de allí. Aunque, en general, la pastelería asturiana es muy buena.

**P:** ¿Cómo se interesó por la Medicina?

**R:** El médico que me parió a mí, bueno, el médico que ayudó a mi madre a traerme al mundo [risas], don Cándido Díaz, era un tipo muy peculiar, un hombre inteligentísimo, muy culto e

instruido, que había pasado temporadas en París. Y tenía una gran biblioteca, que me llamaba profundamente la atención, igual que lo que hacía. Hicimos una gran amistad que duró toda la vida. Me regalaba libros, entre ellos un ejemplar original de don Gaspar de Casals sobre la historia médica de Asturias, de 1735, que aún conservo. Todo esto hizo que me inclinara por la carrera de Medicina.

**P:** ¿Hubo en su familia algún antecedente médico?

**R:** El único, que mi padre fue dentista. Vine a Madrid a estudiar la carrera en 1949 y la terminé en 1955, después de estar tres años en el Hospital Provincial. En 1954 comencé a trabajar con el profesor Jiménez Díaz, con el que estuve cuatro años haciendo Medicina Interna. Yo estaba con uno de sus ayudantes, el doctor Parra Lázaro. Y en 1958 me marché a Estados Unidos. La democracia de ese país fue para mí un descubrimiento espectacular.

**P:** ¿Por qué se marchó a Estados Unidos?

**R:** Lo achacaría al profesor Jiménez Díaz, que me impactó por su empeño constante de mejora, por su interés en ir el extranjero a formarnos. Y en un año nos fuimos a Estados Unidos tres amigos que estábamos en el mismo servicio de la Clínica de la Concepción. Y

allí me fascinó el radiodiagnóstico, porque en aquella época en España se hacía, en general, radiología, buena fotografía, pero no radiodiagnóstico. Estuve dos años en un hospital a las afueras de Washington, y luego me fui a la Universidad de Jefferson, en Filadelfia.

**P: En 1962 prefirió regresar a España para quedarse definitivamente.**

**R:** En 1960 vine a Asturias a pasar las Navidades con mi familia, y me enteré de que en Oviedo estaban haciendo un hospital nuevo, y con un amigo mío, el doctor Noriega, bacteriólogo, fuimos a verlo. Nos recibió el gerente, doctor Soler. Y cuando éste vio a dos especialistas entrenados en Estados Unidos, se le abrieron los ojos como platos. “Vosotros tenéis que venir para acá”, nos dijo. Total, que al final nos convenció de que nos sacaría una plaza como jefe de servicio, promesa que cumplió cuando regresamos dos años más tarde. Y ahí me quedé, como jefe del Servicio de Radiodiagnóstico, hasta que en 1970 conseguí en concurso público la plaza de jefe de Departamento en este hospital. Incluso ahora, jubilado desde el 2002, doy charlas y conferencias a los residentes.

**P: Plaza que logró por el interés que en ello puso el profesor Orts Llorca, que era director médico del Clínico.**

**R:** El profesor Orts Llorca fue a Houston para ver cómo funcionaba un hospital americano y visitó el Departamento de Radiología del MD Anderson. Y cuando lo vio dijo: “A mí me gustaría tener una persona que hiciera esto en Madrid”. Y el jefe del departamento le contestó: “Pues esa persona la tiene usted en Asturias”. Le dio mi nombre y el profesor Orts Llorca me llamó. Resulta que el jefe de Radiología del MD Anderson había sido el tercero de abordo del Jefferson cuando yo estaba allí de residente.

**P: ¿Ha compaginado el ejercicio público con el privado?**

**R:** En el Clínico renuncié a la exclusividad, y por las tardes tuve una consul-

ta privada durante unos años, manteniendo una relación muy estrecha con la Clínica Españolto (Centro de Imagen Diagnóstica), de la que fui director y ahora soy asesor científico.

**P: Como profesor, ¿era duro con sus alumnos?**

**R:** En absoluto fui duro. Ni tampoco blando. Suspendía muy poco. No creo en este tipo de enseñanza con cien individuos en el aula y soltarles un rollo... En el nuevo plan de estudios que se hizo en el primer Gobierno de Felipe González, en 1983, yo luché para que hubiera más participación de los estudiantes en los departamentos.

**P: ¿Puede trascender la obra a su autor? Su libro, *Diagnóstico por imagen: compendio de radiología, “el Pedrosa”,* es más conocido que César Sánchez Pedrosa.**

**R:** La vida de los libros es efímera, sobre todo los de Medicina. Lo que pasa es que el mío, publicado en 1987, es uno de esos libros que haces en un momento muy oportuno, cuando no había nada en lengua castellana de diagnóstico por imagen de equipo moderno. Y fue un éxito, más en Latinoamérica que en España. Allí sigue siendo libro de texto en casi todas las universidades.

**P: Aparte del golf, ¿qué otras aficiones tiene?**

**R:** Soy un lector que lee mucho. Ahora tengo predilección por las buenas obras de misterio. La novela *negra* americana me gusta mucho y algunos autores modernos. Tengo poco conocimiento de la literatura actual española, pero sí he leído las novelas de Vázquez Montalbán y de Juan Marsé, por ejemplo. Y el verano, en vacaciones, lo dedico a la lectura de *El Quijote*. Además, soy socio del Real Madrid, socio con abono desde hace 15 años, de los que van al campo. Pero mi hijo mayor y el pequeño son del Atleti.

**P: ¿De qué manera le está afectando la crisis?**



César Sánchez Álvarez-Pedrosa.

**R:** Ahora soy más cauto. Tengo el mismo coche desde hace doce años: un Renault Laguna.

**P: Creo que en alguna ocasión le quisieron fichar para la política.**

**R:** Nunca me ha interesado el ejercicio de la política. Me han intentado captar, tuve una oferta en serio, estuve a punto de decir que sí, pero no voy a hablar más del asunto. En los últimos años, los políticos españoles me han decepcionado, se han convertido en una casta separada de los intereses de la ciudadanía. Soy un amante de la democracia y de las libertades individuales.

**P: A modo de retrato, ¿se atreve a hacer su propio radiodiagnóstico?**

**R:** Una cosa es lo que uno intenta ser, otra lo que ha conseguido ser y otra cómo lo ven los demás. He intentado ser un buen ciudadano y un buen profesional. Soy extrovertido. Algunos me pueden tildar de tecnócrata, pero lo primero es que uno haga bien su trabajo para que las cosas funcionen bien. Creo en la familia, en una familia fuerte. Mi tiempo libre ha sido para mis hijos y ahora para mis nietos. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



## XVIII Jornadas Mediterráneas de Medicina y Cirugía Cosmética

# La medicina regenerativa incrementa su protagonismo

Las Jornadas "han girado en torno a una evolución importante de la medicina cosmética y estética ya que cada vez adquiere más protagonismo la medicina regenerativa, una medicina en la que se pretenden utilizar las fuerzas interiores", explicaba Víctor García, presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC) al finalizar las XVIII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética, celebradas en Sitges (Barcelona) entre los días 21 y 23 de mayo. Siguiendo esta línea uno de sus grandes atractivos fue la inclusión de la conferencia internacional sobre medicina regenerativa "Bridging Event 2010", que cada año reúne a los más célebres científicos e investigadores del mundo en el campo de la regeneración de tejidos mediante células madre y factores de crecimiento. Destacó también la exposición en primicia de un nuevo método de corrección estética y rejuvenecimiento biológico, el *liposwing*, a cargo de los profesores Maurizio Ceccarelli y Víctor García; y la presentación de la edición española de *Cosmetic Surgery Times*, edición española, editada por S.P.A. (editora también



Elisabeth Pérez (centro) junto a Josep Garcés (izqda.) y Víctor García en la entrega de los Premios Benaprès.

de *Medical Economics*), que dirige Víctor García, presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC) e impulsor de estas Jornadas.

Asimismo, las Jornadas sirvieron de marco a la entrega de la segunda edición de los Premios Doctor Benaprès, organizados por el Ayuntamiento de Sitges y la SEMCC, con la colaboración de la revista *Cosmetic Surgery Times*. Elisabeth Pérez, regidora de Salud Pública y Juventud de Sitges, J. Víctor García, presidente de la SEMCC, y Josep Garcés, director en Barcelona de S.P.A. fueron los encargados de entregar estas distinciones, que recayeron en Rita Levi-Montalcini (Premio

de Honor) y Ana Wang-Saegusa (Premio 2010).

## La antropología del paciente

José M<sup>a</sup> Martínez, director asociado de *Medical Economics*, fue el encargado de realizar la conferencia inaugural titulada "La antropología de los pacientes: distintas formas de tratarlos". En ella se abordaba la necesidad de que los profesionales sanitarios adquieran técnicas y habilidades que posibiliten la mejora de la atención al paciente y un mejor conocimiento de sus expectativas incrementando así su satisfacción por el servicio prestado y logrando su fidelización. "El sector sanitario es cada vez más competitivo y tanto la atención al paciente como el logro de su satisfacción o la de las personas de su entorno van a marcar la diferencia entre clínicas", explicaba Martínez. Por ello, continuaba, debe dedicarse un gran esfuerzo a clasificar adecuadamente a los pacientes y conocer su antropología. Con ello, concluía, "podremos determinar exactamente cómo desea recibir la información, lo que hará que llegue a comprenderla y aceptarla muchísimo mejor". ■

## Los administrativos de la salud reivindican su papel en el sistema

Alrededor de 260 administrativos de la Salud se citaron en Cuenca el pasado mes para celebrar el II Congreso Nacional de Administrativos de la Salud. Bajo el lema "El administrativo de la Salud, fundamental en la gestión sanitaria", estos profesionales debatieron durante cuatro días sobre el papel y la influencia que ejercen en el sistema. Para Juan Carlos García Benito, presidente de la Asociación de Administrativos de la Salud, "ha quedado claro que dentro del sistema sanitario

Se tiene que tener más en cuenta a este colectivo a la hora de mejorar la gestión sanitaria, por lo tanto, creemos que se nos tiene que dejar participar más junto a personal facultativo y de enfermería, porque podemos contribuir a esa mejora". Por otra parte, García Benito mostró su satisfacción porque "hemos aumentado en casi cien congresistas la participación del primer encuentro, a la vez que hemos duplicado las comunicaciones y triplicado los pósters, lo que es muy importante por-

que muestra todo el trabajo que hay detrás del Congreso".

Entre los temas diferentes temas que se trataron durante el desarrollo del Congreso destacaron la atención al inmigrante, un tipo de paciente cada vez más habitual y al que conviene adaptarse, la necesidad de realzar la importancia del trato del administrativo a la hora de evaluar las encuestas de satisfacción de los pacientes, y la búsqueda de una mayor calidad en la atención. ■

**secalip**<sup>®</sup> 145mg  
FENOFIBRATO

# Dislipemia diabética

Abriendo los ojos  
al riesgo microvascular



**Secalip**<sup>®</sup> 145 previene y frena la progresión de la retinopatía diabética <sup>(1)</sup>

**Secalip**<sup>®</sup> 145 disminuye significativamente el riesgo de amputaciones de extremidades inferiores en los pacientes diabéticos tipo 2 <sup>(2)</sup>

# SECALIP® 145 mg

## FENOFIBRATO

**RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO. 1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO** SECALIP 145 mg, comprimidos recubiertos con película. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido contiene 145,0 mg de fenofibrato en nanopartículas. Excipientes: ver 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película, de color blanco, oblongo, con una cara grabada con "145" y la otra con el logotipo "Fournier". **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas:** Hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia aisladas o asociadas (dislipidemias de tipo IIa, IIb, IV, así como de tipo III y V) en pacientes que no responden a la dieta o a cualquier otra medida terapéutica no farmacológica (ejemplo: pérdida de peso o incremento de la actividad física), especialmente cuando existen evidencias de factores de riesgos asociados tales como hipertensión y hábito de fumar. El tratamiento de las hiperlipoproteinemias secundarias está indicado, cuando éstas persisten a pesar del tratamiento efectivo de la enfermedad subyacente (ejemplo: dislipidemia en la diabetes mellitus). Se deberá continuar con la dieta adecuada instaurada antes del tratamiento farmacológico. **4.2. Posología y forma de administración:** En asociación con la dieta, este medicamento constituye un tratamiento a largo plazo; la eficacia del mismo debe comprobarse periódicamente. La respuesta terapéutica se comprobará mediante la determinación de los valores lipídicos séricos (colesterol total, LDL-C, triglicéridos). En caso de no alcanzar una respuesta adecuada después de varios meses de tratamiento (por ejemplo 3 meses), deben de ser previstas medidas terapéuticas complementarias o diferentes. **Posología: Adultos:** La dosis recomendada es de un comprimido de 145 mg de fenofibrato una vez al día. Los pacientes que toman actualmente una cápsula de 200 mg de fenofibrato micronizado o un comprimido de 160 mg pueden cambiar a un comprimido de 145 mg sin que sea necesario ajuste de dosis. **Ancianos:** en pacientes ancianos, se recomienda la dosis usual para adultos. **Pacientes con deterioro de la función renal:** Es preciso reducir la dosis. Se recomienda administrar a estos pacientes la forma farmacéutica que contenga la menor dosis de principio activo (cápsula con 100 mg de fenofibrato). **Niños:** El empleo de la dosis 145 mg está contraindicado en niños. **Pacientes con enfermedades hepáticas:** No se ha estudiado este grupo de pacientes. **Modo de administración:** Tomar un comprimido entero sin masticar con un vaso de agua. SECALIP 145 mg, comprimido puede tomarse a cualquier hora del día, con o sin alimentos (ver apartado 5.2). **4.3. Contraindicaciones:** Insuficiencia hepática (incluida cirrosis biliar), Insuficiencia renal, Niños, Hipersensibilidad al fenofibrato o a cualquiera de los componentes de este medicamento, Reacciones conocidas de fotosensibilidad o fototoxicidad durante el tratamiento con fibratos o ketoprofeno, Cálculos biliares, Pancreatitis aguda o crónica, con la excepción de pancreatitis aguda debida a hipertrigliceridemia grave. **Empleo durante el embarazo y la lactancia:** ver apartado 4.6. Los pacientes alérgicos a los cacahuetes, aceite de cacahuete o a la lecitina de soja y sus derivados no deberán tomar SECALIP 145 mg comprimidos, ya que aumentaría el riesgo de reacciones de hipersensibilidad. Ver apartado 4.4. **4.4. Advertencia y precauciones especiales de empleo:** Las hipercolesterolemias secundarias causadas por diabetes mellitus de tipo 2 no controlada, hipotiroidismo, síndrome nefrótico, disproteínea, trastorno obstructivo hepático, tratamiento farmacológico, alcoholismo, deben ser adecuadamente tratadas antes de iniciar la terapia con fenofibrato. En las pacientes hiperlipidémicas bajo tratamiento con estrógenos o anticonceptivos estrógenos, es preciso determinar si su hiperlipidemia es primaria o secundaria (los eventuales altos niveles lipídicos pueden ser debidos a la administración oral de estrógenos). **Función hepática:** Al igual que con otros hipolipemiantes, se han observado aumentos de transaminasas en algunos pacientes. En la mayoría de los casos, estos aumentos fueron transitorios, leves y asintomáticos. Se recomienda, sin embargo, un control sistemático de las transaminasas cada 3 meses, durante los 12 primeros meses de tratamiento. Deberá prestarse especial atención a aquellos pacientes que desarrollen un aumento de transaminasas, y se suspenderá el tratamiento en caso de que los niveles de las ASAT y ALAT superen el triple del límite superior del valor normal o 100 UI. **Pancreatitis:** Se ha observado la aparición de pancreatitis en pacientes en tratamiento con fenofibrato (ver sección 4.3 y 4.8). Este acontecimiento puede ser el resultado de una falta de eficacia en pacientes con una hipertrigliceridemia grave, de un efecto directo del fármaco, o de un fenómeno secundario en el cual interviene la formación de cálculos biliares o sedimentos con obstrucción del conducto biliar común. **Músculo:** Se han observado bajo la administración de fibratos y otros hipolipemiantes, casos de toxicidad muscular, incluyendo raramente casos de rabdomiólisis. La incidencia de estos trastornos aumenta en caso de hipopalbuminemia e insuficiencia renal previa. Se sospechará toxicidad muscular en pacientes que presenten mialgia difusa, miositis, calambres, debilidad muscular y/o elevaciones marcadas de CPK (superiores a 5 veces el valor normal). En tales casos, se suspenderá el tratamiento con fenofibrato. El riesgo de desarrollar rabdomiólisis puede aumentar en pacientes predispuestos a miopatías y/o rabdomiólisis, incluyendo a mayores de 70 años, historial personal o familiar de trastornos musculares hereditarios, insuficiencia renal, hipopalbuminemia, hipotiroidismo y a los que ingieren grandes cantidades de alcohol. Deberá tenerse especial precaución con estos pacientes y sopesar cuidadosamente la relación entre los posibles beneficios y los riesgos de la terapia con fenofibrato. El riesgo de toxicidad muscular puede aumentar cuando el medicamento se administra en asociación con otros fibratos o con inhibidores de la HMG-CoA reductasa, especialmente en caso de existir trastornos musculares anteriores. En consecuencia, la co-prescripción de fenofibrato con estatinas deberá reservarse a aquellos pacientes que presenten una grave dislipidemia asociada a un alto riesgo cardiovascular, pero sin antecedentes de afecciones musculares. Esta combinación terapéutica se usará con precaución y se vigilará atentamente cualquier signo de toxicidad muscular. **Función Renal:** El tratamiento deberá interrumpirse cuando los niveles de creatinina sean superiores al 50% del límite superior del valor normal. Se recomienda tener en cuenta los niveles de creatinina durante los 3 primeros meses del tratamiento. Este medicamento contiene lactosa. Por lo tanto los pacientes con problemas hereditarios de intolerancia a la galactosa, con déficit de Lapp lactasa o malabsorción de glucosa-galactosa no deben tomar este medicamento. Este medicamento contiene sacarosa. Por lo tanto los pacientes con problemas hereditarios de intolerancia a la fructosa, malabsorción de glucosa-galactosa o con déficit de sacarasa-isomaltasa no deben tomar este medicamento. Los pacientes alérgicos a la lecitina de soja y sus derivados no deben tomar SECALIP 145 mg comprimidos, ya que aumentaría el riesgo de reacciones de hipersensibilidad (ver apartado 4.3.). **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** **Anticoagulantes orales:** El fenofibrato potencia el efecto de los anticoagulantes orales y puede incrementar el riesgo de hemorragia. Se recomienda reducir en un tercio la dosis de los anticoagulantes al iniciar el tratamiento con fenofibrato e ir ajustando gradualmente la dosis, si fuese necesario, en función de los controles INR (International Normalised Ratio). Por lo que no se recomienda esta asociación. **Ciclosporina:** Se han observado algunos casos graves de deterioro de la función renal, aunque reversibles, durante el tratamiento concomitante de fenofibrato y ciclosporina. Se controlará pues con especial atención la función renal de estos pacientes y se suspenderá el tratamiento con fenofibrato en caso de grave alteración de los parámetros biológicos. **Inhibidores de la HMG-CoA reductasa y otros fibratos:** El riesgo de toxicidad muscular grave aumenta cuando el fenofibrato es utilizado en asociación con inhibidores de la HMG-CoA reductasa o con otros fibratos. Esta asociación terapéutica debe utilizarse con precaución y se vigilará atentamente cualquier signo de toxicidad muscular (ver sección 4.4). **Enzimas del P450 citocromo:** Estudios *in vitro* con microsomas de hígado humano indican que tanto el fenofibrato como el ácido fenofibrato no son inhibidores del citocromo (CYP) P 450 isómeros CYP3A4, CYP2D6, CYP2E1 o CYP1A2. Son inhibidores con baja intensidad del CYP2C19 y del CYP2A6, inhibidores con baja a moderada intensidad del CYP2C9 a concentraciones terapéuticas. **4.6. Embarazo y lactancia:** No se dispone de datos sobre el uso del fenofibrato en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no demostraron ningún efecto teratogénico. Los efectos embriotóxicos aparecen a las dosis de toxicidad materna (ver 5.3). El riesgo potencial para los humanos no es conocido. Por lo tanto, SECALIP 145 mg comprimidos deberá ser administrado durante el embarazo sólo tras una cuidadosa valoración de la relación beneficio / riesgo. No hay datos sobre la excreción del fenofibrato o de sus metabolitos en la leche materna. Por lo tanto, no se empleará SECALIP 145 mg en madres en período de lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** SECALIP 145 mg comprimidos no influye sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas:** Las frecuencias se han definido de la siguiente forma: muy frecuente (>1/10), frecuente (>1/100, <1/10), poco frecuente (>1/1.000, <1/100), rara (>1/10.000, <1/1.000), muy rara (<1/10.000), incluyendo informes aislados. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: trastornos digestivos, gástricos o intestinales (dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, flatulencia) de moderada intensidad. Poco frecuentes: Pancreatitis\*. **Trastornos hepatobiliares:** Frecuentes: Se ha observado en algunos pacientes elevaciones moderadas del nivel de las transaminasas séricas (ver precauciones especiales de empleo). Poco frecuentes: desarrollo de cálculos biliares. Muy raros: episodios de hepatitis. En caso de aparición de síntomas indicativos de hepatitis (tales como ictericia, prurito) se deben realizar nuevos análisis clínicos para su verificación y se suspenderá el tratamiento con fenofibrato si fuese necesario (ver advertencias y precauciones). **Trastornos del tejido de la piel y subcutáneos:** Frecuentes: rash, prurito, urticaria o reacciones de fotosensibilidad. Raros: alopecia. Muy raros: fotosensibilidad cutánea con eritema, vesiculación o nodulación de las partes de la piel expuestas a los rayos solares o a la luz UV artificial (lámparas solares) en ciertos casos individuales (incluso varios meses después de la suspensión del tratamiento). **Trastornos musculares, de los tejidos conjuntivos y de los huesos:** Raros: mialgia difusa, miositis, calambres musculares y debilidad muscular. Muy raros: rabdomiólisis. **Trastornos cardíacos y vasculares:** Poco frecuentes: tromboembolismo (tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda)\*. **Trastornos del sistema linfático y sanguíneo:** Raros: disminuciones de las tasas de hemoglobina y leucocitos. **Trastornos del sistema nervioso:** Raros: astenia sexual, cefalea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Muy raros: neoplasias intersticiales. Variaciones en los análisis de laboratorio: Poco frecuentes: aumentos de las tasas séricas de creatinina y urea.\* En el estudio FIELD, ensayo controlado aleatorio con placebo realizado con 9795 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se observó un aumento de casos de pancreatitis, estadísticamente significativo, en los pacientes tratados con fenofibrato versus los pacientes tratados con placebo (0,8% versus 0,5%; p = 0,031). En el mismo estudio, se observó un aumento en la incidencia de embolismo pulmonar, estadísticamente significativo (0,7% en el grupo placebo versus 1,1% en el grupo fenofibrato; p = 0,022) y un aumento de trombosis venosa profunda, estadísticamente no significativo (placebo: 1,0% [48/4900 pacientes] versus fenofibrato 1,4% [67/4895 pacientes]; p = 0,074). **4.9. Sobre-dosificación:** No se ha relatado ningún caso de sobre-dosificación. No se conoce ningún antídoto específico. En caso de sobre-dosificación, recurrir al tratamiento sintomático e instaurar las medidas de soporte necesarias. El fenofibrato no puede ser eliminado por hemodiálisis. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas: Agentes hipolipemiantes/ Reductores de las tasas de colesterol y triglicéridos / Fibratos.** Código ATC: C10 AB 05. El fenofibrato es un derivado del ácido fibrato, cuyo efecto sobre los lípidos en humanos se realiza mediante la activación del receptor de la actividad proliferativa de los peroxisomas "Peroxisome Proliferator Activated Receptor type  $\alpha$  (PPAR $\alpha$ )". Gracias a la activación del PPAR $\alpha$ , el fenofibrato hace aumentar la lipólisis y la eliminación de las partículas aterogénicas ricas en triglicéridos del plasma, activando la lipoproteína lipasa y reduciendo la producción de la apoproteína CIII. La activación del PPAR $\alpha$  favorece también el aumento de la síntesis de las apoproteínas AI y AII. Ambos efectos del fenofibrato sobre las lipoproteínas conducen a la reducción de las fracciones de baja y muy baja densidad (VLDL y LDL) que contienen la lipoproteína B y a un aumento de la fracción lipoproteínica de alta densidad (HDL) que contiene las apoproteínas AI y AII. Además, mediante la modulación de la síntesis y del catabolismo de las VLDL, el fenofibrato aumenta el aclaramiento de las LDL, reduciendo los niveles de partículas pequeñas y densas de las LDL, que suelen estar elevados en los fenotipos de lipoproteínas aterogénicas, trastorno común en los pacientes con riesgo cardiovascular. Durante los ensayos clínicos llevados a cabo con fenofibrato, el nivel de colesterol total disminuyó entre el 20 y el 25%, el de los triglicéridos entre un 40 y un 55% y el del HDL-colesterol aumentó entre un 10 y un 30%. En los pacientes hipercolesterolémicos, los niveles de LDL-colesterol disminuyeron entre un 20 y un 35% y el efecto global sobre el colesterol dio como resultado una disminución de los cocientes colesterol total / colesterol HDL, LDL-colesterol / HDL-colesterol, o Apo B / Apo AI, todos ellos indicadores del riesgo aterogénico. Debido a estos efectos sobre el LDL-colesterol y sobre los triglicéridos, el tratamiento con fenofibrato puede ser beneficioso en pacientes hipercolesterolémicos con o sin hipertrigliceridemia asociada, incluidas las hiperlipoproteinemias secundarias tales como la de la diabetes mellitus de tipo 2. Actualmente, no hay ningún resultado disponible de ensayos clínicos controlados a largo plazo que demuestre la eficacia del fenofibrato en la prevención primaria o secundaria de las complicaciones de la arteriosclerosis. Los depósitos de colesterol extravasculares (xantomas tendinosos y tuberosos) pueden sufrir, bajo tratamiento con fenofibrato, una reducción importante e incluso una desaparición total. Pacientes con elevados niveles de fibrinógeno tratados con fenofibrato presentaron una reducción significativa de este parámetro, igual que aquellos que tenían una elevada tasa de Lp(a). Otros marcadores de la inflamación como la Proteína C Reactiva disminuyeron con el tratamiento con fenofibrato. El efecto uricosúrico del fenofibrato conduce a la reducción en un 25% aproximadamente del nivel de ácido úrico, reducción que puede beneficiar a los pacientes dislipidémicos con hiperuricemia. Se ha demostrado un efecto antiagregante plaquetario del fenofibrato en animales, y también en el hombre en el curso de un estudio clínico. Se manifiesta por una disminución de la agregación plaquetaria inducida por ADP, ácido araquidónico y epinefrina. **5.2. Propiedades farmacocinéticas:** SECALIP 145 mg comprimido recubierto con película contiene 145 mg de fenofibrato en nanopartículas. **Absorción:** La concentración plasmática máxima (C<sub>max</sub>) se alcanza entre las 2 y 4 horas después de la administración oral. Para un mismo individuo, las concentraciones plasmáticas permanecen estables en tratamientos continuos. Contrariamente a las formulaciones anteriores de fenofibrato, la concentración plasmática máxima y la exposición total de la formulación en nanopartículas es independiente de la ingesta de alimentos. Por consiguiente, SECALIP 145 mg comprimido, puede tomarse con independencia de las comidas. Un estudio sobre el efecto de la alimentación, llevado a cabo con la nueva formulación de comprimidos de 145 mg de fenofibrato en hombres y mujeres voluntarios sanos, en ayunas o después de una comida con alto contenido en grasas, indicó que la exposición (AUC y C<sub>max</sub>) al ácido fenofibrato no varió con la alimentación. **Distribución:** El ácido fenofibrato está fuertemente asociado a la albúmina plasmática (más del 99%). **Metabolismo y excreción:** Después de la administración oral, el fenofibrato es rápidamente hidrolizado por las esterasas en su metabolito activo, el ácido fenofibrato. No se ha detectado fenofibrato inalterado en el plasma. El fenofibrato no es un substrato para el CYP 3A4. El metabolismo microsomal hepático no está involucrado. La eliminación se realiza esencialmente por vía urinaria. La casi totalidad del producto se elimina en 6 días. El fenofibrato se elimina principalmente en forma de ácido fenofibrato y de su derivado glucuronconjugado. En pacientes ancianos, no se ha modificado el aclaramiento del plasma total aparente del ácido fenofibrato. Estudios farmacocinéticos, después de la administración de dosis única y tratamiento continuo, indican una ausencia de acumulación. El ácido fenofibrato no se elimina por hemodiálisis. La semivida plasmática de eliminación del ácido fenofibrato es del orden de 20 horas. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad:** Los estudios de toxicidad crónica no presentaron datos relevantes en cuanto a la toxicidad específica del fenofibrato. Los estudios de mutagenicidad del fenofibrato fueron negativos. Se han observado a alta dosis, en ratas y ratones, tumores hepáticos atribuibles a la proliferación de peroxisomas. Estos cambios son específicos a los roedores, no habiéndose observado éstos en otras especies animales. No tienen relevancia para su uso terapéutico en humanos. Estudios realizados en ratones, ratas y conejos no han puesto en evidencia ningún efecto teratogénico. Se han observado efectos de embriotoxicidad a las dosis de toxicidad materna. A altas dosis se observaron una prolongación del período de gestación y dificultades durante el alumbramiento. No se ha detectado ningún efecto sobre la fertilidad. **6. DATOS FARMACÉUTICOS 6.1. Lista de excipientes:** sacarosa, lactosa monohidratada, celulosa microcristalina silicada, croscopolona, hipromelosa, laurilsulfato de sodio, docusato de sodio, estearato de sodio, estearato de magnesio. Composición de la película de recubrimiento (lacado): alcohol polivinílico, dióxido de titanio (E171), talco, lecitina de soja, goma de xantán. **6.2. Incompatibilidades:** No procede / sin objeto. **6.3. Período de validez:** 2 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación:** Consérvese dentro del embalaje original. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente:** Plaqueta termoformada tipo blister (PVC/PE/PVDC transparente cerrado mediante complejo de aluminio) de 10 ó 14 comprimidos. Caja con 10, 20, 28, 30, 50, 84, 90, 98 y 100 comprimidos. Envase clínico: 280 (10x28) y 300 (10 x30) comprimidos. No todos estos formatos serán comercializados. **6.6. Instrucciones de uso/manipulación:** No se precisan instrucciones especiales. **7. Nombre o razón social y domicilio permanente del titular de la autorización de comercialización:** Laboratorios FOURNIER, S.A. Diagonal, 507. 08029 Barcelona (España). **8. PRECIO:** Secalip 145 mg comprimidos recubiertos. P.V.P. IVA-4: 8,04 €. **9. Número de la autorización de comercialización:** 66.861. **10. Fecha de la primera APROBACIÓN / renovación de la autorización:** Abril 2005. **11. Fecha de revisión del texto:** Octubre 2007



GRUPO  
SOLVAY PHARMA

Solvay Pharma es ahora Abbott Healthcare

Diagonal, 507. 08029 Barcelona

Tel. 934 954 500

1. A C Keech, P Mitchell, P A Summanen et al, for the FIELD study investigators\*

Effect of fenofibrate on the need for laser treatment for diabetic retinopathy (FIELD study): a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370:1687-97

2. Kushwin Rajamani, Peter G Colman, Li Ping Li, James D Best, Meryyn Voysey, Michael CD'Emden, Markku Laakso, John R Baker, Anthony C Keech. Effect of fenofibrate on amputation events in people with type 2 diabetes mellitus (FIELD Study): a prespecified analysis of a randomised controlled trial. Lancet 2009;373:1780-88

## Nace el IDIS, nueva apuesta de la sanidad privada

Integrado por doce grupos de clínicas privadas y compañías de seguros, el recién nacido Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) pretende poner de relieve la aportación que la sanidad privada realiza al sistema sanitario de nuestro país. Pedro Luis Cobella, presidente del nuevo instituto, y Juan Abarca Cidón, secretario del mismo, fueron los encargados de presentar en sociedad el nuevo proyecto, en un acto celebrado en Madrid el pasado 9 de junio.

Tal y como explicaba Juan Abarca durante la presentación, “el IDIS pretende inaugurar una nueva era en un sector vanguardista e innovador como es el sanitario español”. Entre las motivacio-

nes que impulsaron la creación del IDIS, Abarca destacaba la promoción del conocimiento de la sanidad privada y su aportación a la sociedad, la mejora de la atención a pacientes y

familiares, el favorecer una visión integral de la sanidad privada destacando su función de complementariedad con la pública, y, por último, aunar intereses comunes en el entorno de las aseguradoras.

Por el momento, el IDIS está integrado por Grupo Quirón, Grupo Hospiten, Grupo Capio, Grupo USP, Grupo Hospital de Madrid, la Agrupación Catalana de Establecimientos Sanitarios (ACES) y las aseguradoras privadas Asisa, Adeslas, Sanitas, Mapfre, DKV y Aresa-Mutua Madrileña. Sin embargo, tanto Pedro Luis Cobella como Juan Abarca Cidón subrayaron que “invitamos a todos los demás integrantes del sector privado a que se unan a este foro”. ■



Pedro Luis Cobiella, presidente del IDIS (izqda.) y Juan Abarca Cidón, secretario general, durante la presentación del Instituto.

Pharma  
Mar  
Grupo Zeltia

## Todo el poder del mar, ahora contra el cáncer

- En 2007 logramos la aprobación de un fármaco de origen marino y su comercialización para el tratamiento de pacientes con **sarcoma de tejidos blandos**
- Ahora lo hemos conseguido también para el tratamiento de mujeres con **cáncer de ovario**
- Somos la compañía líder a nivel mundial en el desarrollo de fármacos de origen marino y **vamos a seguir investigando soluciones para pacientes con cáncer**

## Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana

### Manuel Cervera Taulet: "Somos pioneros en reducir la burocracia mediante las TIC"



**Manuel Cervera Taulet,**  
consejero de Sanidad de la  
Comunidad Valenciana.

**PREGUNTA.** *¿Cuáles son los rasgos definitorios de su actual política sanitaria?*

**RESPUESTA.** Una de nuestras apuestas es el programa de infraestructuras sanitarias Construyendo Salud, que ha supuesto la inversión de más de 1.500 millones de euros para acercar la red asistencial a nuestros ciudadanos. En concreto, en la presente legislatura, vamos a poner en marcha siete nuevos hospitales con una inversión de 383 millones de euros en obra y equipamiento. También hemos puesto en marcha 43 nuevos centros de Atención Primaria y 20 ampliaciones, de modo que hoy contamos ya con 842 centros.

Otro de los pilares de la sanidad valenciana son sus profesionales, a los que hemos ayudado a mejorar las condiciones retributivas y de trabajo a través de un Pacto Institucional firmado el pasado año. La contención del gasto farmacéutico es otro punto a destacar. Hoy somos la segunda autonomía que registra mayor contención de gasto. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la investigación sanitaria y biomédica son, asimismo, apuestas estratégicas del Consell.

**P.** *Los hospitales valencianos se han convertido en un referente quirúrgico, especial-*

*mente en el área de los trasplantes, ¿es ésta una línea de innovación prioritaria?*

**R.** Una vez más este año la Comunidad es referencia en trasplantes de órganos y tejidos, destacando en las intervenciones de alta complejidad. Me refiero a la reciente autorización de la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, por la que el hospital La Fe de Valencia realizará, en colaboración con la Fundación Pedro Cavadas, el primer trasplante de piernas doble del mundo. La Fe es el único centro español autorizado a realizar trasplantes de extremidades superiores e inferiores y el único acreditado para realizar cualquier tipo de trasplante de órganos y tejidos.

**P.** *¿Cuáles son los principales avances en la inversión en TIC's?*

**R.** Recientemente hemos ofrecido un balance de los avances alcanzados en la gestión de la sanidad con la aplicación de las TIC, en el que hemos calculado que supone un ahorro de 65 millones de euros anuales. Somos pioneros en reducir la burocracia mediante la aplicación de las TIC. De hecho el tiempo que los profesionales utilizaban en tareas burocráticas ha pasado en los últimos tres años del 30% del total de su tiempo al 10%.

Otro de los avances es la prescripción electrónica a pacientes crónicos. En concreto, de los 102,4 millones de recetas prescritas electrónicamente en 2009, un 74,6% son planificadas. La implantación definitiva del Orion-Clinic dará lugar al "hospital sin papeles", que permitirá prescindir del papel, logística, distribución y almacenamiento. Por último, destaca la implantación de la Historia de la Salud Electrónica (HSE).

**P.** *¿Cómo ha vivido la Comunidad Valenciana la incorporación de la e-receta?*

**R.** Desde finales de marzo de 2008, en la Comunidad estamos extendiendo la

disponibilidad de la e-receta de forma progresiva. Ya está presente en las 299 oficinas de farmacia de la provincia de Castellón, con cobertura total de su población (578.549 personas), en 22 farmacias de la provincia de Valencia (95.038 personas) y en la provincia de Alicante, comenzamos su implantación en el pasado mes de febrero. Actualmente un total de 680.723 ciudadanos de nuestra Comunidad utilizan ya la receta electrónica.

**P.** *¿Cuáles son los retos que afronta la sanidad valenciana en los próximos años?*

**R.** La sanidad valenciana, al igual que el resto de sistemas sanitarios autonómicos, tiene ante sí el mayor de los retos: la sostenibilidad, que se ha puesto en riesgo por el aumento de la población, por el envejecimiento más tardío, por la llegada de personas de fuera de nuestro país y por los avances tecnológicos y asistenciales, que han provocado que el gasto sanitario se haya incrementado enormemente.

Y para ser sostenibles debemos ser eficientes. Nuestra Comunidad está demostrando cada día que lo es, puesto que ha logrado estar en los primeros puestos gracias a ser una prioridad para el Consell, que le dedica el 40 por ciento de su presupuesto. Somos eficientes porque apostamos por la innovación, por nuevas formas de gestión como el modelo concesional, que han demostrado ser más eficaces, y que ya son imitadas más allá de nuestras fronteras. Y somos eficientes porque en la actualidad, los sistemas de información, la inversión en TICs es probablemente la forma más rentable de invertir en sanidad. La Agencia Valenciana de Salud conoce bien estos planteamientos y lo ha demostrado con claridad en los últimos años, apostando de forma decidida por las TIC como uno de los ejes estratégicos sobre los que debe sustentarse la mejora de la eficiencia y de la calidad de la asistencia sanitaria. ■

## Consejero: Manuel Cervera Taulet

• Gabinete del Consejero: Ignacio Ferrer Cervera  
• Unidad de Comunicación: Clara Tuset Sachis

• Servicio de Relaciones Institucionales:  
Pedro Chinesta Tejera

### Agencia Valenciana de Salud

**Dir. Gerente de la Agencia**  
Luis Rosado Bretón

**Dir. Gral. de Rec. Económicos**  
Eloy Jiménez Cantos

**Dir. Gral. de Rec. Humanos**  
José Cano Pascual

**Dir. Gral. de Asistencia Sanitaria**  
Luisa Carrera Hueso

**Dir. Gral. de Drogodependencias**  
Sofía María Tomás Dols

**Dir. Gral. de Farmacia y Prod. Sanit.**  
José Clérigues Belloch

**Dir. Gral. de Calidad y Aten. al Paciente**  
Pilar Ripoll Feliu

### Secretaría Autonómica

Luis Rosado Bretón

- Directores Asistencia Sanitaria de Zona  
- Área Coordinación y Planificación  
- Área Informática, Telecomunicaciones y Organización

- 5º Coord. y Planificación de Recursos Econ.  
- 5º Aprovisionamiento  
- Área Recursos Económicos  
- Área Infraestructuras y Mantenimiento

- Área de Concursos y Tecnología Sanitaria  
- Área de Asistencia Sanitaria  
- Programa Trasplantes de la Comunidad Valenciana

### Subsecretaría

Alfonso Bataller Vicent

Secretaría General Administrativa  
Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

### Dirección General para la Salud Pública

Manuel Escolano Puig

- Área de Coord. de Centros y Actuación en Sanidad Pública  
- Área de Epidemiología  
- Área de Seguridad Alimentaria

### Dirección Gral. Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria

Pilar Viedma Gil de Vergara

- Instituto Acreditación y Evaluación de Prácticas Sanitarias  
- Área de Inspección, Evaluación y Ordenación

### Direcciones Territoriales

## NOTICIAS/ACTUALIDAD

### Hacia el 'crecimiento cero' en gasto farmacéutico

La Conselleria de Sanitat prevé alcanzar el “crecimiento cero” en gasto farmacéutico durante este año, gracias a las medidas que está aplicando, que supondrán un ahorro de 100 millones de euros. En primer lugar, se procede a la dispensación directa en los hospitales de medicamentos de alto coste para pacientes ambulatorios, que supondrá un ahorro de 10 millones de euros. Otras medidas son el control del consumo de productos farmacéuticos de uso frecuente en grupos de pacientes y la revisión de historias farmacoterapéuticas de pacientes crónicos y polimedicados.

### El Hospital La Fe estrena instalaciones

El pasado mes de mayo finalizaron las obras de ampliación del Hospital La Fe, tras las cuales éste se ha convertido en el mayor proyecto sanitario realizado en España, tanto por su presupuesto como por su tamaño y volumen de actividad. La construcción de este edificio se traduce en un cambio de modelo, ya que La Fe pasará de ser una ciudad sanitaria con varios edificios y una construcción propia de los años 60, a un moderno complejo con un único bloque asistencial y dos más dedicados a docencia-administración y laboratorios e investigación.

### Activado el plan de prevención de calor

La Conselleria ya ha activado su plan de actuación frente a temperaturas extremas diseñado para este verano, operativo desde junio hasta el 30 de septiembre. Se trata de un sistema de vigilancia meteorológico propio elaborado por el Centro de Estudios Ambientales del Mediterráneo (CEAM), en el que la Comunitat Valenciana queda dividida en 30 zonas climáticas con características propias. Los mapas de riesgo que se elaboran cada día proporcionan información para tres días consecutivos y muestran los datos de temperatura y niveles de intervención para cada zona.

### El Hospital de Vinalopó abre sus puertas

El Hospital del Vinalopó, integrado en la red sanitaria de la Generalitat inició sus actividades el pasado 1 de junio. El nuevo hospital ofrecerá una completa cartera de servicios médicos y quirúrgicos. El centro cuenta con 196 habitaciones individuales, 56 consultas externas, 12 quirófanos, 8 paritorios, 22 puestos de diálisis, y 16 puestos de UCI en más de 45.000 metros cuadrados de superficie. Además, dispone de un amplio servicio de urgencias, dotado con 19 boxes de atención resolutive, 3 de reanimación y 40 puestos de observación.

Cosmetic  
SURGERY TIMES

SUSCRÍBASE  
POR SÓLO 10 €  
DE GASTOS  
DE ENVÍO

Suscríbese a la revista  
más actualizada  
sobre cirugía  
y medicina cosmética

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones

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

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

suscripciones@drugfarma.com

## Lilly, premio a la Excelencia en la Acción Empresarial

Laboratorios Lilly ha sido galardonado con el premio a la Excelencia en la Acción Empresarial que entrega de Global Business Coalition para el SIDA, la tuberculosis y la malaria, en la categoría de inversión en la comunidad, por su proyecto de lucha contra la tuberculosis en la provincia china de Qinghai. Este proyecto se enmarca dentro del programa “Transferencia de Esperanza”, la alianza internacional promovida por Lilly para luchar contra la tuberculosis multirresistente.

La Global Business Coalition (GBC) quiere reconocer con este premio “el trabajo realizado por determinadas empresas en la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria”, explicaba John Tedstro, presidente y CEO de GBC. “Los gobiernos y las ONG’s no pueden hacerlo solas. Necesitan unir fuerzas con el mundo empresarial para hacer que la salud de las personas sea sostenible a largo plazo”, añadía. ■



## El Hospital de Torrevieja reestructura su accionariado

El segundo centro sanitario público regional que fue puesto bajo concesión privada, el Hospital de Torrevieja, ha visto como en apenas medio año su accionariado pasaba de estar dividido en cinco partes a sólo tres. Tras la salida en febrero de Acciona, otro de los socios, Clínica Salus Baleares, ha cerrado el traspaso de sus acciones, que ascendían al 10 por ciento del total. De esta manera, el grupo Ribera Salud se refuerza como socio mayoritario tras hacerse con el 10 por ciento que correspondía a Acciona, y Grupo Cívica triplica su participación al haber comprado la parte de Clínica Salus Baleares. La titularidad del Hospital de Torrevieja se reparte ahora en un 50 por ciento para Ribera Salud, un 35 por ciento para Asisa y un 15 por ciento para el Grupo Cívica. ■



# Impacto socioeconómico del dolor



**No hace distinciones por raza, sexo, edad, creencia religiosa o condición social. El dolor es el más “democrático” y extendido trastorno de salud que afecta al ser humano. No sólo está presente en la mayor parte de las enfermedades como un signo de alarma o un síntoma primordial, sino que se constituye por sí mismo en una enfermedad. Unos 200 expertos de cerca de una treintena de países se dieron cita el pasado 4 y 5 de mayo en Bruselas, en el I Symposium de la EFIC (*European Federation of IASP - International Association for the Study of Pain- Chapters*). La conclusión fue clara: el dolor crónico debe ser considerado como una enfermedad por derecho propio y como tal, y teniendo en cuenta su trascendental impacto socioeconómico, debe ser urgentemente abordado por las autoridades políticas y sanitarias europeas.**

“El dolor es actualmente el mayor problema de salud en Europa”, según el profesor Giustino Varrasi, presidente de la EFIC (*European Federation of IASP Chapters*). En una reunión internacional celebrada en Bruselas, en la que participaron unos 200 profesionales europeos de 28 países y procedentes de distintos ámbitos asistenciales, económicos y de la gestión sanitaria, se fijaron los retos y principales avances en la prevención y manejo del dolor.

Auspiciado y organizado por la EFIC, y con el apoyo de Grünenthal, el evento ha permitido conocer nuevos datos epidemiológicos del dolor crónico, su impacto social y repercusión económica, así como difundir proyectos innovadores que se están desarrollando en distintos países europeos y que, en opinión del Prof. Varrasi, “deben ser la base sobre la que generar iniciativas globales europeas”.

Y es que, según se ha puesto de manifiesto en este reputado foro, “la falta de organización, planificación y de sensibilidad

frente a las consecuencias individuales, sociales, sanitarias y económicas del dolor están ralentizando la generalización de estrategias eficaces para contrarrestar este problema de salud pública”, afirmó el presidente de la EFIC.

Entre las principales conclusiones extraídas de este encuentro, como resumió el profesor Varrasi, cabe destacar la declaración EFIC en la que se reconoce que “aunque el dolor agudo puede ser considerado como un síntoma de una enfermedad o de una lesión, el dolor crónico y persistente es más que un síntoma, y se debe considerar como una enfermedad por sí mismo”.

### Esfuerzo conjunto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el dolor puede matar pero que, además, tiene graves consecuencias, que van desde el aumento exponencial de la discapacidad y la pérdida de calidad de vida hasta el incremento significativo del absentismo o las bajas laborales.

En el año 2008, la propia OMS estimó que aproximadamente un 80 por ciento de la población mundial tenía un acceso insuficiente o nulo a los recursos adecuados para tratar el dolor moderado-grave; en términos absolutos, esto supone que más de 10 millones de personas, incluidos los pacientes con dolor oncológico, no están recibiendo la terapia adecuada para atajar este trastorno.

Como dato a tener en cuenta, el Dr. Serdar Erdine, presidente del *World Institute of Pain*, proclamó que “la utilización de opioides es menor de la esperada y recomendada, un déficit que se debe fundamentalmente a ideas erróneas y falta de conocimientos”; sin duda, proclamó, “existe un miedo injustificado al riesgo de adicción a los opioides”.

Y es que, como se puso de relieve en este symposium, un creciente grupo de pacientes que sufren dolor crónico no están actualmente tratados de forma adecuada; en opinión del presidente de EFIC, “esto se debe fundamentalmente a que el dolor sigue sin ser reconocido como un importante problema por parte de muchos sistemas nacionales de salud”.

Sin embargo, esta tendencia se está invirtiendo, especialmente por el impulso mostrado por algunos países en la lucha

**“La falta de organización, planificación y de sensibilidad frente a las consecuencias individuales, sociales, sanitarias y económicas del dolor están ralentizando la generalización de estrategias eficaces para contrarrestar este problema de salud pública”**



El I Symposium de la EFIC reunió en Bruselas a unos 200 profesionales europeos de 28 países.

contra el dolor, organizando proyectos encaminados, la mayor parte de ellos, a determinar el impacto de este trastorno en los pacientes y en la sociedad. “Son experiencias muy positivas –reconoció José de Andrés, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia-, pero su efecto puede ser muy limitado si no se hace un esfuerzo conjunto; debemos trabajar en sintonía y en conjunto todos los países europeos”.

En este sentido, Isabel de la Mata, *Principal Adviser* de la Comisión Europea, participó en este foro para poner de manifiesto la sensibilidad que está mostrando la Comisión Europea ante el drama personal y social que supone el dolor crónico. “Aunque el tratamiento, reembolso y la financiación de las terapias dirigidas a paliar el dolor depende de los estados miembros de la Unión Europea, desde la Comisión estamos decididos a mejorar la coordinación, cooperación y difusión de las buenas prácticas clínicas en el manejo del dolor”, señala. A su juicio, “la próxima aprobación de la Directiva de Atención Sanitaria Transfronteriza va a permitir que los pacientes y los profesionales sanitarios tengan una mayor movilidad en el entorno europeo, lo que multiplicará la necesidad de optimizar recursos y de fomentar la mejora de las prácticas clínicas”.

Y es que hay mucho margen de mejora. “Más investigación, mejoras educativas (tanto a nivel social como de los profesionales sanitarios), mayor difusión de los nuevos conceptos, aumento de la atención pública de este problema e incremento del apoyo financiero son los pilares esenciales sobre los que se debe asentar el presente y futuro del abordaje del dolor en Europa”, reclamó el Dr. Erdine. Junto a ello, se demanda un tratamiento más agresivo del dolor agudo, la especialización en Medicina del Dolor, la disminución de los factores de riesgo y la implementación de políticas más decididas, coherentes y globales.

### Impacto sociosanitario

Dependiendo de la definición de dolor que se adopte y de la metodología empleada en cada estudio, la prevalencia de dolor se sitúa entre el 8 y el 60 por ciento; en general, se considera que aproximadamente 1 de cada 5 europeos (entre un 12 y un 24 por ciento) presentan dolor crónico. La

## LA PERSPECTIVA ESPAÑOLA

España fue uno de los países que contó con una mayor representación de expertos en este simposium. Más de una veintena de profesionales, procedentes del ámbito de la gestión, la investigación, la clínica o la política asistieron a este foro y, en muchos casos, pudieron aportar su visión y sus experiencias.

Como ponentes, se contó con las aportaciones de: Emilia Altarriba, presidenta de la Fundación de Afectados y Afectadas de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de España (Fundación FF); Sergi Blancafort, de la Universidad de Pacientes de la Fundación Josep Laporte; Ana Casas, de la Unidad de Oncología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla; José De Andrés, de la Fundación para el Estudio y Tratamiento del Dolor de la Comunidad Valenciana; Isabel de la Mata, *Principal Adviser* de la Comisión Europea; Joana Gabriele, Directora del Foro Español de Pacientes; José María Muñoz y Ramón, miembro de la Comisión del Hospital Sin Dolor del centro hospitalario La Paz; y Renata Villoro, del Instituto Max Weber de Madrid.

Entre las aportaciones efectuadas por los profesionales españoles participantes en la reunión, despertó un especial interés la iniciativa del Hospital Sin Dolor, promovida por el Hospital Universitario La Paz de Madrid y que ha permitido consolidar una Comisión de Dolor, que complementa a la Unidad del Dolor y que permite un abordaje multidisciplinar, integral y de calidad del dolor. Entre sus éxitos más sobresalientes, como destacó el Dr. José María Muñoz y Ramón, miembro de la Comisión Hospital Sin Dolor de La Paz, “hemos distribuido unas 5.000 escalas de dolor estandarizadas entre todo el personal sanitario del centro que posibilitan una rápida y eficaz evaluación del dolor en todos nuestros enfermos, siendo un parámetro más de investigación y tratamiento en cualquiera de nuestras intervenciones”.

También suscitó un importante interés la experiencia promovida por la Fundación Josep Laporte y la Universidad Autónoma de Barcelona. La Universidad de Pacientes, en palabras de Sergi Blancafort, profesor en esta institución, “es una clara muestra del beneficio que se puede obtener con la instauración de programas de auto-manaje del dolor”. Con esta iniciativa se ha evidenciado el éxito del trabajo conjunto de administraciones sanitarias e instituciones, en colaboración con los pacientes, promocionando la responsabilidad de los enfermos en sus cuidados de salud, “lo cual optimiza la utilización de los servicios de salud y los recursos disponibles”.

También se ha tenido en cuenta la perspectiva del paciente en este foro. En este sentido, la Directora del Foro Español de Pacientes, Joana Gabriele, puso de relieve que “el dolor sigue siendo un problema relevante y no resuelto, que afecta a millones de personas en todo el mundo y que es por sí mismo un determinante de la salud global”.

Entre sus consecuencias, como indicó Emilia Altarriba, presidenta de la Fundación FF, destaca “la pérdida de autoestima, el impacto negativo en la esfera laboral y social, sus repercusiones psicológicas...”; con todo, añadió, “una de las principales quejas de los pacientes con dolor crónico es que su trastorno no es reconocido como tal, siendo habitualmente incomprendidos, como les sucede a las personas con fibromialgia”.

## LOS EXPERTOS



**José De Andrés,**  
*de la Fundación  
para el Estudio y  
Tratamiento del  
Dolor de la  
Comunidad  
Valenciana*

- Es imprescindible determinar cuándo, cómo y por qué un determinado paciente con dolor crónico severo debe ser remitido a una Unidad de Dolor para que se le practique una intervención específica.
- En la mayor parte de las ocasiones, los pacientes son remitidos tan tarde a estas Unidades que, cuando llegan, acumulan tanto dolor que les tiene al límite de sus posibilidades.
- Hay que racionalizar los recursos sanitarios: muchas de las exploraciones y consultas que realizan los enfermos pueden evitarse, ya que no abordan específicamente su problema ni lo mejoran.
- Disponemos de los conocimientos y los recursos necesarios para prevenir consecuencias mayores asociadas con el dolor.

- Las estrategias intervencionistas son útiles para afrontar algunos tipos de dolor y pacientes específicos; no se debe generalizar el tratamiento del dolor.
- Con las técnicas y fármacos disponibles actualmente no conseguimos resolver el 100 por cien de los dolores, pero sí que los podemos controlar, los aliviarnos y minimizamos sus consecuencias.



**Isabel de la Mata,**  
*Consejera Principal  
en la Dirección  
General de Salud  
y Consumidores de  
la Comisión  
Europea*

- Parece mentira que el dolor, a día de hoy, siga sin ser un tema específico en los estudios de Medicina o de las otras profesiones sanitarias.
- Aunque el tratamiento, reembolso y la financiación del dolor depende de los estados miembros de la UE, desde los máximos organismos que gobierna la Unión Europea se puede llevar a cabo una ta-

rea de coordinación y de difusión de las buenas prácticas.

- La Comisión Europea cuenta, para ello, con varios instrumentos: los programas de investigación y el programa de salud pública.
- El trabajo en red de los estados miembros es esencial para avanzar en este ámbito.



**Emilia Altarriba,**  
*presidenta de la  
Fundación de  
Afectados y  
Afectadas de  
Fibromialgia y  
Síndrome de  
Fatiga Crónica de España*

- Estamos más preparados para tratar el dolor agudo que el crónico.
- La percepción del enfermo es fundamental para tratar de mejorar el manejo de este problema de salud; si éste entiende que no se le hace el caso que precisa o que no se le atiende lo suficientemente bien, tenderá a aislarse.
- Es necesario que los profesionales de la salud se informen y se for-

prevalencia estimada de este trastorno en niños y adolescente se acerca al 25 por ciento.

El dolor es la causa más frecuente de problemas médicos. Cerca de una quinta parte de la población europea se queja de sufrir dolor crónico, siendo la mayor parte de los afectados personas con más de 40 años. El dolor de espalda se sitúa, con diferencia, como el tipo de dolor más frecuente, siendo una de las primeras causas de absentismo laboral.

La situación resulta especialmente dramática en las personas mayores. En un es-

tudio llevado a cabo por EFIC se reconoce que menos de un 20 por ciento de los profesionales de la salud mencionan el problema del dolor cuando están frente a una persona de edad avanzada que presenta enfermedades tales como la diabetes o la artritis; incluso, un tercio de los pacientes aceptan ya como inevitable este padecimiento en la tercera edad. Entre los trastornos asociados más frecuentes, las personas mayores se quejan mayoritariamente (un 60 por ciento) de que el dolor les impide dormir de forma óptima. En palabras del Dr. Erdine, “esta actitud fatalista

# ESPAÑÓLES OPINAN

men sobre el dolor, al igual que los pacientes.

- Las autoridades sanitarias y políticas se deben involucrar más en los programas de prevención y atención del dolor.
- Se deben respetar y garantizar los derechos de los pacientes.
- Hay que facilitar la incorporación del enfermo a la vida social y laboral, diseñando trabajos apropiados a las características y fluctuaciones de su dolor.
- En nuestra Fundación disponemos de un banco de ADN de Investigación en Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica, que cuenta ya con más de 4.000 muestras.
- Reuniones de este tipo son de gran utilidad para los pacientes, ya que se escucha nuestra voz y se ponen en común problemas, retos, ideas y proyectos.
- Si se conociesen bien los costes sociales del dolor, los políticos no escatimarían tiempo ni recursos en actuar mejor y más precozmente.



**Sergi Blancafort,**  
de la Universidad  
de Pacientes de la  
Fundación Josep  
Laporte

- La Universidad de los Pacientes es una universidad específica y monográfica dedicada a pacientes, familiares, cuidadores, voluntarios y ciudadanos en general, interesados en temas de salud y sanidad.
- El objetivo de la Universidad de Pacientes es múltiple: convertirse en referencia para la acreditación y realización de actividades para pacientes, promover la democratización del conocimiento y la defensa de los derechos de los pacientes, devolver a la sociedad su inversión en la universidad actuando con responsabilidad social, y diseñar actividades que respondan a las necesidades de los pacientes.
- Queremos atender las necesidades existentes de información y conocimiento sobre salud y manejo de la enfermedad por parte

de pacientes, familiares y cuidadores.

- Existe un nuevo modelo de paciente con un mayor grado de implicación en las estrategias de responsabilidad y abordaje de la enfermedad.
- La educación sanitaria de los pacientes contribuye a una mejora de la calidad del sistema sanitario.



**Ana Casas,**  
de la Unidad  
de Oncología  
del Hospital  
Virgen del Rocío  
de Sevilla

- El dolor para el paciente con cáncer es algo muy frecuente e importante, que interfiere significativamente con su calidad de vida y le da una connotación muy negativa a su existencia.
- En los estadios iniciales de la enfermedad oncológica el dolor crónico puede estar ya presente en más de un 30 por ciento de los pacientes, un porcentaje que se eleva hasta el 80-90 en las fases más avanzadas.

frente al dolor es lo que debemos tratar de superar, ya que son demasiados los pacientes que lo consideran como parte inevitable de la vejez”.

Se estima que el dolor se encuentra entre una de las diez enfermedades que más impacto tiene en los presupuestos de cuidados de la salud. Según resaltó el profesor Ceri Philips, de la *School of Health Science en la Swansea University* (Reino Unido), “sus costes no sólo los paga el paciente (ya sea directamente por lo que debe gastar en tratamientos o por la pérdida de tiempo de ocio, deterioro en la calidad de

vida,..), sino que también repercuten muy negativamente en los sistemas de salud (exploraciones, terapias, consultas,...) y en la sociedad en general (pérdida de productividad, estrés, menos beneficios,...)”.

Con todo, España sigue gozando de un cierto privilegio en comparación con otros países europeos. En datos aportados por la Dra. Renata Villoro, especialista en Economía de la Salud y profesora en el Instituto Max Weber de Madrid, “mientras que la tasa media de dolor crónico se sitúa en el 19 por ciento en los países europeos (afectando a 75 millones de persoans), Es-

## LOS EXPERTOS

- El dolor oncológico, aparte de otras muchas consecuencias, le recuerda constantemente al paciente que está enfermo y que puede morir; desde el punto de vista psicológico, esto es dramático.
- Actualmente, el dolor oncológico se puede tratar en un 97 por ciento de los casos; sin embargo, es frecuente el infratratamiento, seguramente por un déficit de evaluación.
- El tratamiento para el dolor oncológico debe ser siempre individualizado.
- El correcto uso de los fármacos opioides es un reto y una necesidad; a pesar de disponer de recomendaciones claras sobre el uso de estos medicamentos, todavía no se utilizan de manera adecuada, tanto por el mantenimiento de barreras profesionales como sociales.
- Muchos médicos siguen pensando que los opioides crean adicción y, por eso, limitan demasiado su uso; por su parte, hay muchos pacientes y familiares que asumen con

resignación que estos fármacos deben dejarse para las etapas finales de la enfermedad oncológica o para los estadios más graves de dolor.

- El simposium ha superado de largo todas las expectativas que tenía, ya que se han tocado todos los aspectos relacionados con el dolor, con la participación de un elenco de expertos extraordinario



**Joana Gabriele,**  
directora del Foro  
Español de  
Pacientes

- El dolor es un problema relevante y no resuelto que afecta a millones de personas en todo el mundo.
- El Foro Español de Pacientes es una entidad que tiene como objetivo principal la representación del conjunto de organizaciones que defienden los intereses de los pacientes españoles.

- Tratar adecuadamente a los pacientes resulta más coste-eficaz que no tratarlos.
- Nuestras principales demandas se recogen en el "Manifiesto de pacientes del FEP para la Comisión y el Parlamento Europeo 2009".
- Básicamente, exigimos un acceso equitativo y a tiempo a un diagnóstico sin riesgos y efectivo, así como a los tratamientos y al apoyo pertinente; también demandamos una mejor información y recursos para que los pacientes puedan ser partícipes a la hora de determinar su asistencia.



**José María Muñoz  
y Ramón,** miembro  
de la Comisión del  
Hospital Sin Dolor  
del centro  
hospitalario La Paz

- La lucha contra el dolor debe afectar e involucrar a todos los profesionales sanitarios, no sólo a la Unidad del Dolor.

paña registra una prevalencia próxima al 12 por ciento". Sin embargo, los costes sociales de la enfermedad siguen siendo enormes. A modo de reflexión, citó que de cerca de un 20 por ciento de los pacientes que experimentan un dolor crónico pierden su trabajo por ello y un 13 por ciento deben cambiar de empleo o de responsabilidad laboral por esta causa.

### Los últimos datos

En este foro se procedió también a la presentación del último estudio europeo que ha analizado el impacto del dolor según la opinión de consumidores y pacientes. El

trabajo, coordinado por el Dr. Paul C. Langley, profesor adjunto de la Universidad de Minnesota, ha permitido encuestar a más de 50.000 personas de 5 países europeos: Reino Unido, Francia, España, Alemania e Italia.

El trabajo, denominado *National Health and Wellness Survey*, se ha basado en encuestas realizadas por medio de Internet a 53.524 personas  $\geq 18$  años; de ellas, 11.891 reconocieron que habían experimentado dolor en el último mes (1 de cada 5 participantes).

En base a esta población de más de 10.000 personas que habían reportado al-

## ESPAÑÓLES OPINAN

- La Comisión del Hospital Sin Dolor, que se constituyó formalmente en octubre de 2009, ha resultado muy positiva y estamos tremendamente satisfechos de los resultados alcanzados.
- En tan poco tiempo hemos logrado, por ejemplo, repartir más de 5.000 sencillas escalas de medida del dolor a todos los profesionales del hospital.
- Aunque hace años se generalizaron en algunos países europeos los denominados "Painless Hospital", no llegaron a cuajar; nuestra iniciativa está acogiéndose con mucho entusiasmo, sobre todo porque el proyecto y la idea surge desde la base, de los profesionales que trabajamos a diario con los pacientes.
- Nuestro reto es que cualquier profesional sanitario de nuestro centro se sienta comprometido en la lucha contra el dolor, y esto ya lo estamos consiguiendo.
- Queremos exportar nuestra idea y nuestro modelo a otros centros hospitalarios, tanto dentro

como fuera de nuestras fronteras, y, de hecho, ya se han interesado muchas instituciones por copiarlo o adaptarlo a su realidad.



**Renata Villoro,**  
*del Instituto Max Weber de Madrid*

- La tasa media de dolor crónico se sitúa en el 19 por ciento en los países europeos, mientras que en España registra una prevalencia próxima al 12 por ciento.
- La tasa de pacientes respondedores también es superior en nuestro país a la media europea, con un 44 por ciento de pacientes que llegan a controlar su dolor con el tratamiento prescrito (33 por ciento en Europa).
- Sin embargo, el promedio de duración del dolor en España es muy superior a la media europea (9,1 vs. 7 años).
- La osteoartritis y la artritis reumatoide son las principales causas de dolor en España (47 por ciento).
- Más de un 20 por ciento de las personas con dolor crónico en España pierden su trabajo, con un promedio de días perdidos de trabajo de 8,4 en los últimos 6 meses.
- Para determinar el impacto real del dolor, debemos medir especialmente los costes sociales, que incluyen los costes directos no médicos debidos a los cuidados informales, los costes indirectos debidos a bajas temporales y los costes indirectos asociados con las bajas por enfermedad permanentes.
- En datos del año 2005 (incluyendo sólo a las enfermedades musculoesqueléticas y no contabilizando los costes directos), se concluye que los costes sociales del dolor crónico en España superan los 12.000 millones de euros; de ellos, 3.300 millones se deben a los cuidados informales y el resto corresponden a costes indirectos.

gún episodio de dolor frecuente y moderado-severo en el último mes, se han extraído algunas evidencias de interés. Entre ellas, el Dr. Paul C. Langley destacó las siguientes:

- 1 de cada 5 europeos (de los países participantes) han experimentado dolor frecuente y moderado-grave en el último mes.
- En la mitad de ellos, el dolor se sufre diariamente.
- El dolor de espalda (más del 65 por ciento) y el de las articulaciones (51 por ciento), son los más frecuentemente referidos.
- Existe una alta prevalencia de comorbilidades que acompañan al dolor, siendo especialmente destacada la elevada proporción de enfermos con trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión,...).
- Un 63 por ciento se quejan de dolor de cabeza y más del 46 por ciento documentan dificultades para dormir.
- Tan sólo el 12 por ciento de la población con dolor moderado recibe fármacos opioides; sin embargo, el cumplimiento de esta terapia es muy alto.
- La prevalencia de comorbilidades se eleva proporcionalmente conforme aumenta la gravedad del dolor.



Auspiciado y organizado por la EFIC, y con el apoyo de Grünenthal, el evento ha permitido conocer nuevos datos sobre el dolor crónico.

**“Mientras que la tasa media de dolor crónico se sitúa en el 19 por ciento en los países europeos (afectando a 75 millones de personas), España registra una prevalencia próxima al 12 por ciento”**

- La utilización de fármacos opioides también se correlaciona directamente con la severidad del dolor.
- El dolor tiene un efecto negativo sistémico sobre la calidad de vida.
- El dolor se relaciona estrechamente con menos posibilidades de encontrar o mantener un trabajo, un incremento significativo del absentismo laboral y una elevación de la utilización de los recursos sanitarios.
- El perfil típico de la persona que tiene dolor crónico es el de una mujer de 48 años, con bajos ingresos y un nivel educativo pobre.

### Prevalencia y epidemiología

Desde una perspectiva más práctica y didáctica, se celebraron en este symposium varios talleres para abordar de forma más pormenorizada, actualizada y exhaustiva algunos aspectos controvertidos y de interés relacionados con el dolor.

La medición de la magnitud de este problema es esencial para determinar tanto sus implicaciones sociosanitarias y económicas como para concienciar a las autoridades sanitarias sobre la necesidad de llevar

a cabo políticas encaminadas a minimizar y prevenir sus efectos. En el taller “Prevalencia y Epidemiología” se puso de manifiesto que en muchos casos el dolor puede llegar a ser una condición intratable y crónica, por lo que “pasa de ser un síntoma a convertirse en una enfermedad por sí mismo”, afirmó el Dr. Narinder Rawal, del Departamento de Anestesiología y Cuidados Intensivos del Örebro University Hospital (Suecia). La carga socioeconómica de estos casos es extraordinaria, llegando a considerarse que el dolor crónico se encuentra entre las 10 primeras enfermedades que afecta más a los presupuestos sanitarios. Según indicó el Dr. Rawal, “para poder adoptar decisiones estratégicas válidas en este ámbito, debemos contar con datos actualizados y fiables de la prevalencia y la epidemiología”.

Y es que no se dispone en estos momentos de datos actualizados, recopilados de forma homogénea y globales de la prevalencia del dolor. El rango de variación es enorme, con datos de prevalencia de dolor crónico en Europa que oscilan desde el 12 por ciento hasta el 24 por ciento (según los estudios y los países analizados), lo cual resalta la necesidad de disponer ya de herramientas de medición globalmente aceptadas y empleadas, así como de definiciones homogéneas. Igualmente, se demanda la combinación de las escalas habituales que se utilizan para evaluar el dolor con aquellas más específicas que miden la calidad de vida. Como otro rasgo reseñable, los

participantes en este taller coincidieron en destacar la variabilidad entre países en el uso y disponibilidad de tratamientos antiálgicos de elección (opioides potentes y débiles, paracetamol, AINE,...).

El dolor asociado con la enfermedad esquelética degenerativa, el dolor de espalda y el dolor oncológico son los más frecuentes y los que tienen mayores consecuencias sociales y económicas. Por eso, desde este foro se hizo una llamada a aumentar los esfuerzos destinados a mejorar los cuidados y la educación en este área.

### Visión social del tratamiento

Respecto a la perspectiva social existente en relación con el tratamiento del dolor, otro taller se planteó la necesidad de generar evidencias relevantes para los políticos y los gestores. Para la mayoría de los tratamientos, la eficacia puede considerarse como un parámetro adecuado para objetivar sus beneficios y su utilidad. Sin embargo, como advirtió la Dra. Marja Kuijpers, asesora del *Dutch Health Care Insurance Board*, “el dolor plantea un conflicto muy importante si se tiene en cuenta esta perspectiva, puesto que aparece como uno de los síntomas más importantes y frecuentes en las principales enfermedades médicas”; tal y como añadió, “al ser considerado como parámetro altamente subjetivo, los resultados asociados con el dolor son frecuentemente difíciles de trasladar a una evidencia válida y reconocida por par-

te de las autoridades que toman las decisiones sanitarias”. La naturaleza personal y sintomática del dolor es un desafío que deben superar los representantes políticos y sanitarios, con objeto de reflejar en sus decisiones los problemas relacionados con el dolor y su tratamiento.

Sobre los tratamientos de elección, los asistentes a este taller denunciaron el considerable infraconsumo de opioides potentes, “lo que se debe fundamentalmente a barreras políticas, legales y culturales, así como a la falta de conocimiento y de aplicación de las recomendaciones que se incluyen en las guías de tratamiento”, según la Dra. Marja Kuijpers. En este sentido, insistió, “el desarrollo y aplicación de herramientas estandarizadas para medir y comparar la prevalencia del dolor y la calidad de los cuidados analgésicos es muy importante”. La estandarización de estos recursos para evaluar los resultados terapéuticos y los costes-beneficios de los tratamientos frente al dolor se erige, de esta forma, en una prioridad.

**“El considerable infraconsumo de opioides potentes se debe fundamentalmente a barreras políticas, legales y culturales, así como a la falta de conocimiento y de aplicación de las recomendaciones que se incluyen en las guías de tratamiento”**



Albrecht Kloepfer, responsable de Comunicación en Políticas de la Salud de la EFIC y Giustino Varrassi, presidente de la misma, coordinadores del symposium.

Como otro aspecto a valorar, los expertos coincidieron en sugerir que el reembolso condicional puede ser un nuevo recurso a aplicar para los nuevos fármacos e intervenciones en el área del tratamiento del dolor.

Sobre las guías de práctica clínica, además de apuntarse la idoneidad de las promulgadas por la OMS, se aconseja que las nuevas directrices “deberían incluir una revisión de las recomendaciones clásicas, además de tener en cuenta el perfil particular de subgrupos de pacientes, se puedan amoldar a nivel local, contemplen aspectos de coste-ahorro en los niños e incorporen intervenciones no farmacológicas”, resumió la Dra. Kuijpers.

### Impacto social del dolor

Igualmente, se subrayó el tremendo impacto que tiene el dolor en la sociedad. En otro taller se llamó la atención sobre la importancia de considerar al dolor no sólo como un problema individual o clínico, sino que debe ser asumido por la sociedad como una cuestión macroeconómica y “debe ser reconocido como un indicador de calidad de salud”, sintetizó el Dr. Norman Evans, del

departamento del *Primary and Social Care del Imperial College* en Londres.

A modo de ejemplo, se expuso que el dolor, y especialmente el de tipo crónico, se correlaciona habitualmente con una disminución de la productividad, el absentismo laboral y la jubilación anticipada. Los datos no dejan lugar a las dudas sobre las repercusiones económicas: en el Reino Unido el dolor de espalda supone más de 12,3 billones de euros (un 22 por ciento del total de costes de cuidados de salud). Y sólo estamos contemplando la punta del iceberg; en un país como Italia se estima que hay unos 20 millones de personas con dolor no diagnosticadas.

Como recomendaciones a seguir, se recordó la necesidad de aumentar la educación de los proveedores de salud sobre la trascendencia del dolor, demandándose un abordaje multidisciplinar del problema. Igualmente, la clave del éxito pasa también por mejorar el diagnóstico precoz y acertado de este trastorno, “lo que evitaría investigaciones y exploraciones innecesarias en los pacientes”, afirmó el Dr. Evans.

### Modelos económicos de salud

Profundizando en los aspectos económicos del dolor, un workshop evaluó los resultados que se están obteniendo con diferentes modelos económicos sanitarios diseñados para abordar el dolor, aunque se aceptó que actualmente no hay un único modelo económico apropiado para todos los países europeos (apostándose por la creación de modelos regionales).

**“En la mayor parte de los países de la Unión Europea los responsables de los presupuestos en salud no tienen acceso a datos sólidos y consistentes sobre el impacto social del dolor”**



Desde una perspectiva más práctica y didáctica, se celebraron en este symposium varios talleres.



**Serdar Erdine, presidente del *World Institute of Pain*, subrayó el miedo injustificado a los opioides.**

Estos modelos económico-sanitarios que analizan el funcionamiento de los sistemas de cuidados de salud, así como las causas privadas y sociales de los comportamientos que afectan a la salud, se utilizan frecuentemente como base para la toma de decisiones. A pesar de la escasez de modelos de este tipo enfocados específicamente al dolor, ya hay algunas iniciativas innovadoras en distintos países europeos (Reino Unido, Austria, Holanda o Suecia). Gracias a estos modelos, según se resaltó en este taller de trabajo, estamos más cerca de poder medir adecuadamente el impacto de las innovaciones terapéuticas en los cuidados del dolor.

También se resaltó el papel determinante que puede desempeñar EFIC a la hora de recopilar información por toda Europa sobre la organización de los sistemas de manejo del dolor, la disponibilidad de fármacos, los tratamientos no farmacológicos o el desarrollo de guías.

### **Implicaciones en los costes**

Se dedicó una sesión práctica específica a analizar los costes relacionados con el dolor, subrayando sobre todo los efectos del dolor crónico y de su medición en los sistemas de salud y en la sociedad. Como se quejaron los asistentes a este taller, en la mayor parte de los países de UE los responsables de los presupuestos en salud no tienen acceso a datos sólidos y consistentes sobre el impacto social del dolor. Es más,



**Paul C. Langley, profesor adjunto de la Universidad de Minnesota, ha coordinado el último estudio europeo que analiza el impacto del dolor.**

se comentó que la estrategia de proveer únicamente cuidados de salud a los pacientes es una tarea insuficiente, siendo necesaria una aproximación al problema que incluya, entre otras cosas, una atención especial a los procesos de rehabilitación.

Raramente el dolor crónico como tal se haya reflejado en las partidas presupuestarias y en la adopción de decisiones sanitarias. Tal y como aseguró Ad Rietveld, consultor en *RJW & Partners Ltd* (Holanda), "la falta de atención sobre los costes derivados del dolor y sobre su traslación a los pará-

## MENSAJES PARA LA REFLEXIÓN

- En conjunto, en los países europeos se estima que la prevalencia del dolor crónico moderado-severo alcanza el 19 por ciento, afectando significativamente a la calidad de vida, las relaciones sociales y el ámbito laboral.
- Un 19 por ciento de pacientes han perdido su trabajo por esta causa y un 13 por ciento han tenido que cambiar.
- Aunque un 60 por ciento han visitado al médico entre 2-9 veces en los últimos 6 meses por esta causa, sólo el 2 por ciento de estas personas con dolor crónico están siendo tratadas por un especialista.
- Hasta un 40 por ciento de los europeos con dolor crónico no tienen un tratamiento adecuado de esta enfermedad.
- Aproximadamente un 25 por ciento de los europeos experimentan dolor muscular en las articulaciones, cuello o espalda de más de 3 meses de duración.
- Más de 10 millones de personas en todo el mundo, incluidos los pacientes con dolor oncológico, no reciben el tratamiento adecuado para controlar su dolor.
- Se estima que cerca de un millón de pacientes con VIH/SIDA al final de sus vidas sufren dolor que no es tratado de forma suficiente.
- La utilización de opioides es menor de la esperada y la recomendada, un déficit que se debe fundamentalmente a ideas erróneas y falta de conocimientos.
- El dolor aún no es reconocido como un importante problema de salud en muchos de los sistemas de salud de los países europeos.
- El coste global del dolor, incluyendo los gastos directos y los indirectos, está infraestimado.
- Los cuidados del dolor son un indicador determinante de la calidad de los sistemas de salud.
- El dolor crónico no es la prolongación en el tiempo de un dolor agudo.
- Es indispensable disponer de más estudios epidemiológicos, que sirvan para objetivar la generalización del dolor crónico entre la población y sus consecuencias económicas, sanitarias y sociales.
- Las autoridades políticas y sanitarias deben tomar conciencia de las dimensiones del dolor y su implicación negativa en distintas esferas.
- Disponer de datos más relevantes hará que los órganos e instituciones de referencia en el ámbito sanitario aumenten la inversión en el estudio y tratamiento del dolor.
- Se debe apostar por un abordaje multifactorial del dolor.
- El riesgo relativo de sufrir dolor crónico a lo largo de la vida es superior a 0,80.
- Se constata un incremento de la prevalencia de dolor crónico entre los europeos, así como un creciente número de pacientes que se encuentran inadecuadamente tratados.
- Padecer dolor de forma continuada durante más de 6 meses, multiplica el riesgo de aparición de deterioro psicosocial y discapacidad, así como una significativa disminución de la calidad de vida.

metros de calidad de vida favorece una infraestimación de sus consecuencias”. Sin embargo, estas consecuencias no sólo deben medirse en términos monetarios, “sino que también se deben evaluar y resolver aspectos éticos que se derivan de una deficiente atención del dolor”, afirmó.

### Proyectos

Pero también hubo posibilidad de revisar y presentar en este encuentro algunos de los proyectos más sobresalientes que se están desarrollando en el viejo continente en el ámbito del dolor, como las iniciativas del Hospital Universitario La Paz de Madrid con la creación de la Comisión del Hospital Sin Dolor o la Universidad de Pacientes de la Fundación Josep Laporte.

En varios países se han comenzado proyectos para profundizar en aspectos relacionados con el dolor y sus costes, permitiendo aproximarse a información especialmente útil sobre prevalencia, características demográficas, medidas de calidad, costes y recursos relacionados con el impacto del dolor en la sociedad, ... Uno de los principales campos de investigación se centra en la generación de datos procedentes de grandes escalas longitudinales sobre dolor, ya que brillan actualmente por su escasez.

Con estas iniciativas, en opinión de la Dra. Mary Baker, presidenta de la Federación Europea de Asociaciones de Neurología, “se están poniendo las bases para establecer y compartir las mejores prácticas posibles en el abordaje del dolor”, que deben tener en cuenta las opiniones de los pacientes, fomentar la educación, ser integradoras y evitar algunos riesgos (como el aumento de la burocracia)”.

La *European Federation of IASP Chapters* (EFIC) es una organización profesional multidisciplinar centrada en el ámbito del dolor, compuesta por 34 delegaciones de la *International Association for the Study of Pain* (IASP). Creada en 1993, la EFIC representa a 34 países y a cerca de 20.000 científicos, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos y otros profesionales de la salud europeos relacionados con el estudio y el tratamiento del dolor.

Entre sus objetivos prioritarios, se encuentra la promoción de la investigación, educación y el manejo clínico del dolor. Ya como objetivos específicos, EFIC se plantea crear un foro continuo para el análisis de los problemas asociados con el dolor crónico. ■

## Adeslas y SegurCaixa inician su integración

**C**riteria CaixaCorp ha formalizado por un lado con Agbar y por el otro con Malakoff Médéric (grupo de previsión social radicado en Francia), la operación anunciada conjuntamente con Suez Environnement, el pasado 22 de octubre de 2009, mediante la cual Critería adquiere el 99,77 por ciento del capital social de Adeslas (primera compañía aseguradora en el sector de salud español), por un importe de 1.193,3 millones de euros, para integrarla en SegurCaixa, la compañía de seguros de no-vida de SegurCaixa Holding, el Grupo Asegurador de "la Caixa" integrado en Critería CaixaCorp.

Cerrada la compraventa de Adeslas, comienza un periodo de integración de dicha compañía en SegurCaixa, lo que concluirá con la fusión de ambas entidades, prevista para los próximos meses.

Por otra parte, el presidente de Aguas de Barcelona (Agbar), Jordi Mercader ha dejado su puesto en dicha empresa para ocupar la presidencia de la futura compañía fruto de la unión de Adeslas y SegurCaixa. ■



## Más de 3.000 consultas a especialistas en la primera semana del Hospital del Vinalopó

**E**l Hospital del Vinalopó, centro integrado en la red de Hospitales Públicos de la Comunidad Valenciana y gestionado bajo concesión administrativa por Ribera Salud y Asisa, registró durante su primera semana de funcionamiento (fue inaugurado el 1 de junio) un total de 3.318 citas para especialidades y pruebas diagnósticas. Además, se han realizado ya 109 intervenciones quirúrgicas, 28 de ellas con carácter de urgencia.

No obstante, cabe señalar que el área de Consultas Externas inició su actividad a mediados de mayo, mes en el que se atendió a 3.330 pacientes.

Ramón Navarro, gerente del Hospital del Vinalopó, explicó que el arranque del mismo se produjo con normalidad, tal y como estaba previsto. ■



## Biomedicina y Nuevas Tecnologías en el Ámbito de la Salud



H.U. de Gran Canaria Dr. Negrín

Barranco de la Ballena, s/n

Las Palmas de Gran Canaria, 14 de julio de 2010

Con la colaboración de



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

# 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

## Astellas cumple cinco años y se inicia en oncología



**L**a apuesta por una nueva área terapéutica, la oncología, es el nuevo reto

del laboratorio Astellas Pharma, que celebra este año el quinto aniversario de su creación, tras la fusión en 2005 de los laboratorios nipones Fujisawa y Yamanouchi.

Desde su nacimiento, Astellas ha experimentado un continuo crecimiento que le ha llevado a ocupar el liderazgo de trasplantes, dermatología y urología. En España, donde está presente desde sus inicios, ha registrado un incremento de ventas del 86% desde 2005.

Aprovechando la celebración de su quinto aniversario, la compañía ha anunciado el lanzamiento de una nueva línea de productos con los que se adentrará en el área de oncología. En la actualidad, trabaja en cinco áreas terapéuticas: trasplante, urología, dermatología, anti-infecciosas y dolor neuropático. Estas dos últimas áreas se han puesto en marcha entre el 2009 y 2010, respectivamente. De esta manera, oncología pasará a ser la sexta área de trabajo de Astellas en un esfuerzo por mantener su apuesta inicial por la investigación, el desarrollo y la innovación. ■

## La SEMST alerta sobre la confusión en torno a los títulos propios de universidades

**L**a Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo (SEMST) ha manifestado a través de una carta abierta su preocupación ante el confuso panorama de títulos de especialista médico que se atisba en el horizonte académico español.

Tal y como señalaba, Francisco Vicente Fornés, presidente de la Asociación, la Ley de Autonomía Universitaria faculta a las universidades a convocar y organizar títulos propios entre los que se encuentra el de Especialista Universitario. Si bien estos especialistas sólo son reconocidos por la universidad en cuestión y no por el Decreto de Especialidades Médicas, la SEMST ha querido hacer partícipe a las autoridades competentes de su preocupación por los equívocos a los que pueda dar lugar la denominación, ya que en España sólo hay un sistema de formación especializado y estas titulaciones nunca deberían poder utilizarse para suplir un posible déficit de profesionales. ■

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

  
**LIVEMED**<sup>®</sup>

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

## Troncalidad

# Cómo formar mejores especialistas

El objetivo de la troncalidad es mejorar la formación de los futuros especialistas y, por ende, la calidad asistencial. Pero se difiere en el cómo. Un punto crítico es la evaluación de los residentes.

---

Mesa redonda coordinada por **Gonzalo San Segundo**  
*Director asociado*

---

**E**l Ministerio de Sanidad y Política Social quiere cambiar el actual plan de formación de los MIR mediante la implantación de la llamada troncalidad: el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado (un mínimo de dos años). La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) así lo determina, pero los trabajos que se desarrollan en ese sentido se encuentran envueltos en cierta polémica. Nadie duda (eso parece) de la necesidad de la troncalidad. Se difiere, sustancialmente, en el cómo se quiere implantar.

Las 44 especialidades (la UE tiene 28) se han dividido en cuatro troncos: médico, quirúrgico, laboratorio y diagnóstico clínico e imagen clínica. En principio, cuatro especialidades (Anatomía Patológica, Oftalmología, Pediatría y Psiquiatría) se declararon no troncales. Luego, esa lista se ha visto engrosada, por presión de sus respectivas sociedades científicas, con otras tres (Dermatología, Ginecología y Obstetricia y Otorrinolaringología). Medicina Preventiva y Salud Pública se convertirá en una especialidad multidisciplinar, y a otras siete (Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Medicina Física, Medicina Nuclear, Neurofisiología Clínica, Neurología, Radiología y Rehabilitación), se las ha rechazado su propuesta de permanecer “independientes”, o sea, no troncales.

Los estudiantes de Medicina han conseguido del Ministerio importantes reivindicaciones, y el Foro de la

Profesión Médica ha advertido que el nuevo sistema de formación en ciernes no puede implantarse a espaldas de los profesionales. Se pide que haya consenso. Las intenciones de la ministra Trinidad Jiménez van en esa dirección. Mientras tanto, las espaldas de los que se consideran negativamente afectados siguen en alto.

Para debatir cómo será o debe de ser la formación de los futuros médicos especialistas de este país, que entronca directamente con el Plan Bolonia, MEDICAL ECONOMICS reunió en una mesa redonda a destacados expertos, que mostraron posturas coincidentes y también contrarias a lo que el Ejecutivo pretende.

Moderados por los directores asociados de la revista, José María Martínez y Gonzalo San Segundo, asistieron al acto José Manuel Bajo Arenas, presidente de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); Aurora Guerra Tapia, jefa del Servicio de Dermatología del Hospital 12 de Octubre y vocal en la Comisión Nacional de esta especialidad; Jesús Millán Núñez-Cortés, catedrático de Medicina Interna de la Universidad Complutense, jefe del Servicio de esta especialidad en el Hospital Universitario Gregorio Marañón; Alfonso Moreno González, presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud; Íñigo Noriega Echevarría, estudiante de 3º de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid y presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, y Epifanio de Serdio Romero, miembro de la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Publicamos un amplio resumen del debate.

**MEDICAL ECONOMICS:** *La troncalidad es un mandato de la LOPS. ¿Por qué está creando tanta polémica? ¿Entienden los médicos de qué va esto y cómo les puede afectar?*

**ALFONSO MORENO:** La troncalidad es un mandato de la LOPS que no obliga a todas las especialidades. Y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, después de consultar a las 44 comisiones nacionales, elabora un documento que la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud rehace y en el que se contemplan cuatro troncos, y dice qué especialidades no deben ser troncales. Trece especialidades de 44 manifiestan, con diversas razones, unas que no a la troncalidad y otras no a la troncalidad en tanto en cuanto no se revise el periodo de formación. Esto es lo que yo creo que ha originado más movimiento en este sentido. El documento habla también de una for-

ma de acceso a los troncos, que el Consejo Central de Estudiantes de Medicina consideró que tiene algunos aspectos que no son asumibles y, después de una amenaza de huelga, negoció con el Ministerio, firmando un documento entre ellos en el que el acceso a la especialidad va a tener lugar al inicio del periodo MIR.



**“L**a evaluación, al acabar el año, la tiene que hacer el tutor, por lo civil o por lo militar, no queda otro remedio porque viene en la ley”

– José Manuel Bajo Arenas



**"Hemos tenido una resistencia infinita a que se nos escuche, hasta que hemos amenazado con dimitir todos los vocales de la Comisión"**

– Aurora Guerra Tapia

**AURORA GUERRA:** Algunas especialidades no pueden entrar en esas troncalidades, en concreto la mía, Dermatología, por una serie de diferencias casi de idiosincrasia. Aún así, en la troncalidad encuentro un inconveniente de libertad de elección, porque una vez que un residente elige un tronco en un hospital, su destino está ligado a ese hospital. Imaginemos que él hace sus dos años de troncalidad y quiere ser neumólogo. Cuando va a elegir en su hospital ya están cogidas esas plazas y esa persona no puede hacer Neumología en otro hospital porque está vinculado a ese hospital.

**JOSÉ MANUEL BAJO:** Lo primero que hay que buscar es la calidad formativa, ése debe ser el patrón que nos guíe. Nuestra especialidad, Ginecología y Obstetricia, es amplia y variada y no se puede encasillar en el tronco médico ni en el tronco quirúrgico, porque tiene mucho de uno y mucho de lo otro. Nosotros no nos oponemos a la troncalidad, pero hagan ustedes esto despacito, empiecen con las especialidades que claramente tienen connotaciones y vectores que convergen en la misma dirección y déjenlos tranquilos a otros que no vemos esto claro.

**JESÚS MILLÁN:** Tenemos un sistema MIR excelente, pero se puede mejorar. Desde el punto de vista conceptual la troncalidad es

irreprochable para mejorar la formación del especialista. Otra cosa es cómo se haga y para lo que se haga.

**ÍÑIGO NORIEGA:** Desde el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina estamos trabajando este tema desde el primer borrador y el espíritu que hemos tenido ha sido el de no cuestionar conceptos, sino en el cómo. A modo de ideas, sugerimos que para la relación de los troncos había que dar un paso previo a agruparlos, que era definir las competencias de cada especialidad. Con las competencias, se podría haber hecho una definición mucho más concreta de los objetivos a alcanzar por cada tronco y ver qué convergencia había entre las especialidades. Y otro tema es el del sistema de elección. Verte restringido a tu hospital iba en detrimento de lo que se quería conseguir, que era una elección informada. Y propusimos una elección a nivel nacional. Nos dijo el Ministerio que no era posible y por eso elegimos la especialidad en el primer año.

**EPIFANIO DE SERDIO:** La troncalidad es un paso hacia delante en la formación de buenos especialistas y creo que hay un elemento que ya hemos conseguido: que cada especialidad se autodefina como un conjunto de competencias en la formación a adquirir. Con respecto a la elección, yo no lo tengo claro, pero me inclino más por que la elección de especialidad fuera después del tronco, o al menos por una situación intermedia en la que se pudiera elegir la especialidad después del tronco conservando la misma puntuación que el MIR.

**JESÚS MILLÁN:** Tengo la impresión de que todo el mundo está a favor de la troncalidad, por lo tanto habrá que ponerse de acuerdo en cómo se lleva a la práctica y de la bondad y del beneficio que se puede obtener. Por ejemplo, el cirujano maxilofacial o el oncólogo se puede tirar, de acuerdo con su programa,



**JOSÉ MANUEL BAJO ARENAS**

"¿Qué especialidades tienen competencias comunes, conocimiento y habilidades durante

dos años para poder troncalizarlas? ¿Eso quién lo va a hacer y cómo?



**AURORA GUERRA TAPIA**

"En la troncalidad hay un inconveniente de libertad de elección, porque una vez que

un residente elige un tronco en un hospital, su destino está ligado a ese hospital".



**JESÚS MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS**

"Hay tres factores importantes que debemos tener en cuenta: la competitividad, el poder

dentro de los servicios y la evaluación en el periodo troncal de los residentes".

un año o dos haciendo una formación en distintas especialidades. Con el sistema actual, a mi juicio, lo podría garantizar si se llevara a la práctica de manera estricta, pero lo cierto es que no lo garantiza, y en esto hay que entonar el *mea culpa*, porque las unidades docentes de las distintas especialidades con frecuencia obvian ese aspecto troncal de la formación del futuro especialista. No solo la troncalidad tiene un aspecto de bondad, es que es necesaria, el sistema actual no lo hace.

**ALFONSO MORENO:** Es muy drástico decir que no lo hace, podrá haber en algún sitio concreto en donde el cumplimiento del programa de la especialidad no es al cien por ciento, pero para eso hay mecanismos que pueden resolver esa desviación. Si hubiera que decir un título, diría que el sistema actual debe, tiene y garantiza el cumplimiento del programa porque si no, lo estaríamos haciendo mal y mal iríamos. ¿Qué hace esta troncalidad? Normaliza todas esas rotaciones, no pensando en una especialidad en concreto, sino en el conjunto de todas esas. Y añade otra serie de conocimientos, como formación en gestión, en investigación y otras cosas comunes para un grupo de especialidades que son comunes. Por eso, cuando se dice que la troncalidad detrae dos años del periodo formativo actual, no es tan verdad, parte del periodo formativo se hace en otras unidades, servicios o especialidades.

**AURORA GUERRA:** Estoy de acuerdo con la bondad de la troncalidad como concepto, y además creo que este periodo de rotación que hacemos se cumple más de lo que crees, sinceramente, hasta tal punto que, por poner un ejemplo, en mi especialidad los residentes hacen un curso de reanimación cardiopulmonar obligatoriamente en el primer año. El único detrimento de esa bondad de la troncalidad sería si los dos años que quedan de formación son suficientes para formación específica.

**ALFONSO MORENO:** Totalmente de acuerdo.

**JOSÉ MANUEL BAJO:** Troncalícese la especialidad que proceda. Luego habría que definir quiénes son troncalistas y cómo se hace. Pues eso se hace con el mapa de competencias y viendo conocimientos, habilidades y aptitudes comunes como mínimo dos años. Antes de meternos en los mecanismos de selección, lo que hay que ver es acuerdos con los programas que se tienen con cada una de las especialidades y las comisiones nacionales.



**“A nadie le gusta que nos evalúen y, cuando se pongan encima de la mesa sistemas de evaluación, las resistencias van a ser terribles”**

– Jesús Millán Núñez-Cortés

**MEDICAL ECONOMICS:** *Si hay tanto acuerdo, ¿por qué la polémica originada?*

**EPIFANIO DE SERDIO:** ¿Qué es lo que está en juego? Quizá el poder. Me explico. Un residente es visto por su jefe de servicio y por el gerente que tiene que ver con él de una manera distinta de cómo lo vemos los docentes. Los que estamos metidos en la docencia lo vemos como un médico que está formándose para ser especialista, pero para un gerente a veces es como si fuese una categoría profesional y para un jefe de servicio es quien le rellena determinados boquetes. Entonces, a un R1 y R2 de tronco, ¿quién le manda, el jefe de servicio si todavía no es de su servicio, de su especialidad? Hay que tener en cuenta ese juego de poderes.



**ALFONSO MORENO GONZÁLEZ**

La troncalidad no puede ir en detrimento de la formación específica

de cada especialidad. Por eso hay que definir las competencias específicas y las comunes”.



**ÍÑIGO NORIEGA ECHEVARRÍA**

“No nos cuestionamos los conceptos de la troncalidad, sino el cómo se va hacer. Hemos pro-

puesto al Ministerio elegir la especialidad en el primer año de residencia”.



**EPIFANIO DE SERDIO ROMERO**

“La troncalidad resolverá el déficit de médicos, pero sí la falta de flexibilidad en el mercado de trabajo y la movilidad, no sólo geográfica, sino también entre especialidades”.

de trabajo y la movilidad, no sólo geográfica, sino también entre especialidades”.

**JESÚS MILLÁN:** La ventaja de lo que se propone es que normativiza lo que ya está en los programas y le añade que es una formación transversal en determinadas parcelas: investigación, bioética..., una serie de aspectos de formación común complementaria. El oncólogo es mejor oncólogo si sabe tratar una reanimación cardiaca. La elección de la especialidad en un momento determinado es un tema sensible. ¿Se prima el hospital que yo escojo o se prima la especialidad? Éste es un punto débil del sistema. Pero hay factores que se nos pueden escapar, como la competitividad de los que van a luchar por obtener la especialidad en el hospital, el poder dentro de los servicios y la evaluación en el periodo troncal de los residentes. ¿Quién la hace, la comisión de docencia o alguien externo?

**ÍÑIGO NORIEGA:** Lo fundamental de esta reforma no es la definición del modelo, sino su puesta en marcha. Muchas veces es a nivel del hospital cuando no se entiende cómo se tiene que formar un médico. Hay cosas importantes, pero lo fundamental será que cada tutor de residentes entienda en qué se está formando en esos dos años. Es fundamental que dentro de los hospitales arraigue la figura de residente troncal, en el sentido de que un residente se está formando para ser médico y luego ya formará parte de la especialidad.



**"¿ Por qué no se contempla el sexto año de grado como el año uno de tronco? La Conferencia de Decanos lo ve positivo"**

– Alfonso Moreno González

**AURORA GUERRA:** Si estamos todos de acuerdo, ¿por qué se lucha? En Dermatología nos hemos encontrado con una resistencia infinita a que se nos escuche. Siempre la dermatología ha querido ser independiente y no por competitividad, no por presunción, sino simplemente porque somos diferentes, como ocurre con otras especialidades. Estamos contentos porque finalmente ha salido bien, pero hemos tenido que escribir una dimisión de todos los vocales de la Comisión y casi de todos los

tutores de España. Y me pregunto: ¿por qué la resistencia?

**ALFONSO MORENO:** En lo de escuchar, el Consejo y, más concretamente, la Comisión Permanente ha escuchado a la Comisión Nacional. Los interlocutores de cada especialidad son las comisiones nacionales, no son las sociedades científicas, que tienen representante en las comisiones nacionales. Además, el Consejo es un órgano asesor, no ejecutor. Y ha escuchado a todas las especialidades, particularmente a esas trece que de alguna manera no estaban a favor. Quiero decir también que el que en la ley figurara un mínimo de dos años, que no sé por qué razón figura un mínimo dos años, no fue positivo.

**JESÚS MILLÁN:** Que no se piense que por tener una formación troncal sólida lo que se pretende es tener mejores especialistas. Ésta es la diferencia que los americanos tienen establecida desde hace años ya entre superespecialista y subespecialista. El superespecialista es lo que todo el mundo queremos, alguien que, con una base sólida, alcanza una especificidad de grado; y el subespecialista es el que desde el principio se dedica a una cosa y sólo sabe y conoce de eso.

**ALFONSO MORENO:** Algo importante que tiene que ir muy paralelo al cambio que supone la troncalidad son las áreas de capacitación específicas. La LOPS habla de ellas y de profundizar en el conocimiento de una especialidad o de varias de forma conjunta. Y eso sería el subespecialista en algunos países, superespecialista en otros, y eso es lo que el especialista de no importa qué especialidad, a lo largo de su desarrollo profesional, va a ir conociendo.

**MEDICAL ECONOMICS:** ¿Cómo afectará el plan de Bolonia a la troncalidad?

**AURORA GUERRA:** Si llevamos a efecto y adecuadamente el sistema Bolonia, nuestros recién licenciados van a tener una mayor formación práctica y de habilidades, aptitudes, no sólo conocimientos, que es lo que probablemente hasta ahora ocurría.

**ALFONSO MORENO:** Estoy de acuerdo, pero con una diferencia, y es que esas habilidades y aptitudes deseables comunes que realizará o que realiza el residente en su primer

año lo hace ya como médico, como titulado, mientras que con Bolonia o sin Bolonia no es un médico, no tiene una responsabilidad, no puede tenerla. Bolonia dice que el graduado en Medicina tiene que tener un periodo formativo práctico, que se está desarrollando en algunas facultades, probablemente el sexto curso de la carrera va a ser eminentemente práctico con rotaciones por ámbitos médicos, quirúrgicos y de Atención Primaria. Y ahí puede adquirir esos conocimientos de forma transversal. En el primer documento que hizo el Consejo en el año 2007 ya se señala que, puesto que está la coincidencia de la reforma de grado y la reforma de la especialidad, ¿por qué no se contempla el sexto año de grado como el año uno de tronco? Eso es posible, puede hacerse, la Conferencia de Decanos lo conoce y lo ve como positivo.

**EPIFANIO DE SERDIO:** Lo que tenemos que buscar es adecuar las cuatro áreas de formación para darle una consistencia al sistema y atender a la población. Bolonia va a consistir en una gran cantidad de rotaciones, mucha menos teoría y mucha más práctica. Aprovechese ese plan para crear una serie de competencias generales que luego no haya que repetir.

**ALFONSO MORENO:** La troncalidad no puede ir en detrimento de la formación específica de cada especialidad. Por eso, cuando las competencias específicas y comunes se definen, es cuando nosotros tendremos que definir exactamente si el tronco cabe en los dos años -presumiblemente no-, o necesita más tiempo. Y eso es lo que se está iniciando ya con la petición que se ha hecho a las comisiones nacionales.

**JESÚS MILLÁN:** A la pregunta de qué manera se ve afectada Bolonia por el nuevo sistema, yo creo que eso forma parte de la misma cosa vista desde distinto punto de observación, es decir, en la práctica lo que se anda buscando es disponer en una primera medida de médicos y en una segunda fase de especialistas con una formación en determinadas áreas y que le haga ser más competente desde el punto de vista profesional, más capacitado para llevar a la práctica lo que la sociedad le demanda y lo que los enfermos requieren. Desde ese punto de vista, es una lástima perder la oportunidad en imbricar los dos sistemas, grado y formación de especialista, romper esa especie de barrera que parece que siempre hay, cuando en realidad esto es un *continuum*.



**“ El papel que realizan los MIR en la formación del estudiante es fundamental, y nosotros hemos pedido que se reconozca ”**

– Íñigo Noriega Echevarría

**MEDICAL ECONOMICS:** Otra cuestión que hay que aclarar es la evaluación del residente: ¿Cuándo se tiene que realizar, cómo y por quién?

**AURORA GUERRA:** Si nuestro objetivo es la formación, no parece que a veces lo compartamos con los MIR y con los estudiantes, que es el aprobar o el obtener su finalidad más que aprender. ¿Qué es lo que vamos a hacer en el sistema de evaluación si los tutores van a ser de la misma manera? Yo a veces a mis alumnos les digo: parece que os estáis preparando para sacaros el carné de conducir y luego ya aprenderéis a conducir. En Medicina pasa un poco eso. Pero cuando ya se está aprendiendo, ¿cómo lo evaluamos? Teóricamente está bien planteado, pero en la práctica no está bien.

**ALFONSO MORENO:** Probablemente, una de las situaciones más débiles que ahora tiene la formación del especialista es la evaluación, y eso hay que decirlo claramente, es una debilidad, y no porque no esté contemplado en la norma. Y el hecho más fehaciente es que ¿cuántas personas, cuántos residentes no son evaluados de forma positiva cada año?

**AURORA GUERRA:** Nadie.

**ALFONSO MORENO:** En la formación en general y en la troncalidad en particular tiene que haber un reforzamiento, una apuesta firme. El Decreto 183 del 2008 apuesta por el tutor y por otra figura. Y apunto también que podría darse en los estudios de grado algo similar, siendo tutor del estudiante el residente.

**ÍÑIGO NORIEGA:** Nosotros creemos que no se puede entender la formación médica desde un punto de vista que no sea en el *continuum*, pero lo fundamental es qué va a pasar dentro de seis años cuando lleguen los primeros grados al final. Y con la troncalidad tiene



**“La evaluación es un problema cultural. Hasta que no tengamos claro que lo que no se evalúa se devalúa, seguiremos evitando la evaluación”**

– Epifanio de Serdio Romero

que pasar lo mismo. Y al hilo de lo que dice Alfonso, el punto fundamental de esta reforma debe ser el cambiar la mentalidad de las personas, y la evaluación es un punto que flaquea no sólo en el postgrado, sino también muchas veces en las prácticas de grado, que es otra cosa que con Bolonia hay que arreglar. El papel que realizan los MIR en la formación del estudiante es fundamental y nosotros hemos pedido que se reconozca, sobre todo porque son capaces de aportarte un punto de vista que es el que tú vas a tener en breve.

**JESÚS MILLÁN:** De acuerdo en que es necesario mejorar los sistemas de evaluación. Pero a nadie le gusta que lo evalúen y cuando se pongan encima de la mesa sistemas de evaluación las resistencias van a ser terribles. No solamente es difícil encontrar el caso del residente que no supera un periodo, es que es infrecuente encontrar el caso de residentes que son evaluados con distinta nota en las unidades docentes. Por lo tanto, la evaluación objetiva es un reto.

**EPIFANIO DE SERDIO:** La evaluación es un problema cultural. Hasta que no tengamos claro que lo que no se evalúa se devalúa, seguiremos evitando la evaluación. De todas maneras estoy de acuerdo en que hay instrumentos que se podrían poner en marcha. A veces se confunde la objetividad con lo externo y no siempre lo externo es más objetivo.

**JOSÉ MANUEL BAJO:** En eso hemos espabilado mucho más nosotros. Y más que en la evaluación, en lo que hemos llamado la adquisición de autonomía y nivel de responsabilidad. La evaluación, al acabar el año, la tiene que hacer el tutor, por lo civil o por lo militar, no queda otro remedio, porque viene en el mapa de competencias y en la ley.

**ÍÑIGO NORIEGA:** La evaluación tiene que tener un sentido. Cuando hablamos de un médico que está en formación, que poco a poco tiene que ir adquiriendo responsabilidades y competencias, lo que cabe en la cabeza es que tiene que ser una evaluación continuada, no puntual.

**AURORA GUERRA:** El método de evaluación existe ya y es correcto. El programa de la especialidad dice lo que tiene que hacer un residente en habilidades y conocimientos en cada año. El problema está en para qué sirve esa evaluación, porque el ser un residente excelente o apto no cambia su futuro. Tal vez esa calificación global debería formar parte del currículo del médico ya especialista. Eso incentivaría al residente a conseguir su máxima calificación y probablemente el tutor también pondría más interés en esa discriminación de la calificación.

**JESÚS MILLÁN:** Lo que digo quizá no es políticamente correcto en este momento, pero los programas de formación del residente también tienen parte de adquisición de conocimientos, y eso no se evalúa al final y debería ser evaluable. Una evaluación que no discrimine, que no sirva para saber que Fulano es mejor que Zutano, no es evaluación.

**ALFONSO MORENO:** Cúmplase, en lo que a evaluación se refiere, el Decreto 183/2008, que dice cuándo se puede evaluar un año y ser considerado apto o no apto. Ese decreto tiene que ser desarrollado por las comunidades autónomas, y hasta ahora sólo una lo ha desarrollado: Castilla y León.

**MEDICAL ECONOMICS:** *¿Es la troncalidad la solución al déficit de los médicos en España? ¿Proporcionará mejores médicos y mejor calidad asistencial? ¿Qué decisiones tendrán las comunidades autónomas en su desarrollo?*

**EPIFANIO DE SERDIO:** La troncalidad no creo que vaya a resolver ese problema, si realmente existe, pero sí va a resolver la falta de flexibilidad en el mercado de trabajo, y la movilidad, no sólo geográfica, sino también entre especialidades. La calidad tiene mucho que ver con la capacidad de centrarse en el paciente y no en tu propio terreno como profesional. A medida que hay mayor coordinación, mayor conocimiento y mayor interrelación entre los distintos especialistas, eso es más fácil.

**JOSÉ MANUEL BAJO:** La calidad formativa debería ser la misma. Sí va a haber una mejora en los recursos debido a la interrelación que van a tener unos con otros. Por lo tanto, en vez de duplicarse a veces y hacer lo mismo cada uno por su cuenta, creo va a haber un mayor grado de interrelación y de comprensión entre las profesiones troncales.

**JESÚS MILLÁN:** Cuando esto se diseñe no sé qué papel, si es que se le reserva alguno, tendrán las comunidades autónomas. Y a mí no me gustaría que se las reservara excesivo papel, porque la experiencia nos dice que no todas tienen la misma velocidad a la hora de desarrollar las cosas.

**ALFONSO MORENO:** El sistema de formación de especialistas, desde el punto de vista de organización, no va a cambiar. Pero también es verdad que las comunidades autónomas tienen mucho arte y mucha

do que es más beneficioso después del tronco y con las mismas calificaciones.

**ÍÑIGO NORIEGA:** Estamos al principio de esta reforma, hemos definido el modelo, pero nos queda mucho por definir. En concreto, la relación tutor-residente que haya en cada hospital va a definir el éxito o no del modelo. En cualquier caso, desde CEEM, como futuros implicados y como futuros estudiantes de este sistema, estamos dispuestos a seguir en el análisis de las propuestas.

**JESÚS MILLÁN:** No se debería contemplar la troncalidad como una revolución del sistema MIR, sino exclusivamente como una mejora del sistema. Tengo la impresión de que algunas reacciones, incluso airadas en algún momento determinado, de posición frente a la troncalidad surgen de una idea preconcebida, creo que equivocada. La Administración lo ha planteado de una manera razonable y com-



Los expertos convocados posan con los directores asociados de *Medical Economics* Gonzalo San Segundo (izda.) y José María Martínez (dcha.).

parte. El marco global está ya en el Boletín Oficial del Estado, ahora hay que rellenar ese marco y quien tiene que poner la figura dentro del marco son las comunidades autónomas.

**EPIFANIO DE SERDIO:** Un tema que me parece peligroso es que los residentes del tronco no sientan que tienen responsabilidades y se hagan la idea de que son como una prolongación del grado. No es lo mismo tener a un jefe de servicio que jefe de estudios. Ése es un riesgo que se corre. Y otro aspecto es insistir sobre si se hace la elección de especialidad antes de entrar en el tronco o después. Entien-

penza para los demás y como un beneficio, que es como debe contemplarse.

**JOSÉ MANUEL BAJO:** Háganse las modificaciones que se hagan, pero desde el punto de vista de un amplio margen de consenso. Pero creo que va primando la razón y cada vez los grados de consenso son más altos. El trayecto es largo y se darán los pasos poquito a poco.

**AURORA GUERRA:** Aunque creamos que simplemente es una mejora, la troncalidad va a constituir un hito. En el futuro hablaremos de ¿os acordáis cuando se impuso la troncalidad? ■

# Cómo tratar a su



Por Wayne J. Guglielmo

Los médicos que se centran en los problemas de salud de los adolescentes tienden a pensar que sus pacientes son únicos. “Son mucho más comunicativos y expresivos que los niños pequeño y, una vez que confían en ti, están mucho menos a la defensiva que la mayoría de los adultos”, dice Andrea M. Marks, de Nueva York, cuya consulta se dedica exclusivamente a los adolescentes, a partir de los años de la preadolescencia.

Esa voluntad de hablar con franqueza acerca de los detalles más íntimos de su vida, desde trastornos menstruales, a comportamientos sexuales de riesgo, la depresión y el estrés,

forma parte de la emoción de tratar a estos pacientes, según aquellos médicos que lo hacen regularmente. Y, sin embargo, en un momento en que en Estados Unidos, existen más de 40 millones de adolescentes y se encuentran en una época de las más complejas y aterradoras de la historia, el número de especialistas como Marks sigue siendo sorprendentemente bajo, alrededor de 700 médicos a nivel nacional, según la Sociedad de Medicina del Adolescente (SAM), creada en este país.

El insignificante número de especialistas tendría menos importancia si médicos de familia e internistas estuviesen dispuestos a poner de su parte. Pero, a pesar de algunos progresos en

# paciente adolescente

La adolescencia es una edad complicada y con frecuencia, los médicos al igual que los padres, pueden verse en situaciones en las que no saben bien cómo actuar.

este sentido, sigue existiendo “una gran escasez”, explica John W. Kulig, director de medicina adolescente, del Hospital de la Infancia Floating en Tufts-New England Medical Center en Boston.

“Los adolescentes están entre medias”, dice Kulig. “Son vistos por muchos pediatras formados tradicionalmente y para los que resultan demasiado mayores para criterios de pediatría y por internistas para los que resultan demasiado jóvenes para criterios de medicina interna”. Y por médicos de familia cuya atención contempla “desde la cuna a la muerte” que no necesariamente tienen un profesional específico para este grupo de edad.

## ¿Por qué el desinterés?

Hay quien dice que la complejidad de los problemas de los adolescentes es uno de los factores que influyen. Otra es la idea, no siempre incorrecta, de que los adolescentes pueden ser unos pacientes difíciles, especialmente cuando están incómodos. A pesar de obstáculos como estos, sin embargo, no deben disuadir a los médicos de Atención Primaria para determinar si la compensación resulta justa. Lo que ha desalentado a muchos médicos es que los aseguradores no siempre compensan a los médicos el tiempo extra y el esfuerzo que se necesita para realizar un examen de los adolescentes.

“El cuidado de este grupo de edad puede ser costoso”, reconoce Walter D. Rosenfeld, presidente del departamento de Pediatría y director del Grupo Adolescente en el Hospital Infantil en Morristown, New Jersey.

Sin embargo, como él y otros señalan, hay formas de que los médicos de Atención Primaria que desean añadir a los adolescentes entre sus pacientes, tengan unos pagos adecua-

dos por ello. Nosotros le diremos cómo y la forma de llegar a este interesante, desafiante, y único grupo de pacientes sin poner patas arriba su práctica diaria.

## Pequeños cambios pueden tener un gran impacto

A menos que planea tratar con pacientes adolescentes a tiempo completo, los cambios en su consulta y en el estilo de su trabajo no tienen por qué ser radicales. Estos cambios, afirman Andrea Marks y otros expertos en el campo, se dividen en dos categorías generales: los tangibles y los intangibles.

### Cambios tangibles

► *Ampliar el horario de consulta.* Cuando empezó a trabajar de forma individual en Nueva Jersey, hace más de 25 años, el pediatra David M. Namerow sabía que si quería atraer a los adolescentes tenía que acomodarse a sus horarios. “Resulta difícil para la mayoría de los adolescentes poder acceder a una consulta los días de semana, a menos que pierda un día escolar”, dice Namerow, de la Universidad de Maryland School of Medicine. “Y si ellos participan en actividades después de la escuela, van a acabar todavía más tarde”. Así que, además de sus horas habituales de consulta, Namerow mantiene su consulta abierta hasta las 9 de la noche una vez a la semana, para ajustarse a las necesidades de pacientes adolescentes y adultos más jóvenes. Ahora, su consulta práctica se ha ampliado a nueve médicos en tres consultas diferentes, y su consulta principal está abierta hasta las 9 de la noche, cuatro noches a la semana. En algunas consultas de pediatría, se establecen horas separadas para los adolescentes,

## Puntos clave

» El número de especialistas que saben cómo “lidiar” con adolescentes es tremendamente pequeño.

» Usted puede prestar ese servicio a los adolescentes sin necesidad de hacer cambios radicales.

» Si está realizando la incorporación de los adolescentes en su consulta, tenga claro lo que puede y no puede hacer.

» Busque formación por sí mismo con la ayuda de algún programa de formación continuada.

## Una ayuda extra

Para los médicos interesados en el tratamiento de los adolescentes, la clave está en qué precio hay que pagar por el tiempo extra dedicado a estos pacientes. En este sentido, la Academia Americana de Pediatría ha publicado un libro que puede ayudar. Editado por el pediatra Joel Bradley Jr y Margaret J. Blythe, *Quick Reference Guide to Pediatric Coding and Documentation for Adolescent Medicine* (AAP, 2005), se pueden encontrar ejemplares nuevos y usados del libro todavía disponibles en Barnesandnoble.com, Amazon.com y Half.com. La guía emplea escenarios específicos para mostrar a los lectores la forma de aplicar el mismo conjunto de códigos particulares que utilizan para pacientes adultos o niños en las visitas de un adolescente y aprender a optimizar el tiempo extra en una visita básica. "Por ejemplo, si en el curso de una visita a una adolescente descubre que ha experimentado fatiga durante los últimos tres meses", dice Margaret Blythe, presidenta del Comité de la Adolescencia, "¿El problema endocrino está relacionado con la depresión o con el uso de drogas? Su historial se forma con el documento elaborado y con las pruebas encargadas para su evaluación, pero esta guía le ayudará a que le reembolsen el pago por el tiempo adicional que ha gastado en el proceso".

Una atención experta no siempre tiene un pago justo, por supuesto. Así Blythe también alienta a los médicos que tratan a los adolescentes a hablar sobre la necesidad de un pago apropiado por la atención prestada.

lo que es una forma de establecer una zona libre de niños, de modo que los adolescentes y los adultos jóvenes no están sentados en las salas de espera escuchando llantos de bebés y ruidosos preescolares.

► *Ampliar el tiempo dedicado a cada paciente.* Un paciente bien atendido, ya sea un bebé o un adulto, puede encajar cómodamente dentro de un tiempo de 15 minutos, pero una evaluación completa de la salud de los adolescentes no, comenta John Kulig, de Boston. "Tienes que dedicar tiempo a abordar las cuestiones que afectan a los adolescentes y establecer una relación de confianza", dice. "Es de vital importancia para demostrar que te interesan sus problemas".

Durante los jueves por la tarde, que Rosenfeld ha reservado para los adolescentes, dedica una media hora para cada visita. No todos necesitan una visita de esta duración, por supuesto. La clave está, dicen los expertos, en que los médicos pasen una cantidad adecuada de tiempo y no se precipiten.

► *Incluir una decoración más juvenil.* En un mundo ideal, los médicos que desean crear un ambiente acogedor para los adolescentes deberían tener un área de espera con un aspecto "a la moda". En el mundo real, la mayoría de las consultas tienen una sección separada de su sala de espera principal, que contiene, tal vez, una librería con revistas y materias juveniles de lectura. En las consultas de pediatría, la típica sala de examen también puede suponer un problema. "Si tiene 14 años y se encuentra en una habitación llena de juguetes y un decorado orientado a niños pequeños, no va a estar cómodo", dice Kulig. "Esto no significa que los médicos que quieren atender a los adolescentes tengan que colgar carteles de rock en la pared y poner música moderna, pero debería al menos crear un lugar neutral, con un poco de todo".

► *Tener personal que resulte agradable para los adolescentes.* Un personal amigable con los adolescentes es un plus para cualquier consulta, por supuesto. Pero para una que tiene como objetivo atraer y retener a los pacientes adolescentes, que a menudo son muy sensibles a cualquier signo de la impaciencia de adultos o condescendencia, es especialmente importante que las recepcionistas y otros miembros del personal sean cercanos a los adolescentes y sepan cómo interactuar con ellos adecuadamente, según Marks.

### Cambios intangibles

► *Establezca el tono adecuado.* "Alrededor de los 11, 12 ó 13 años, los médicos deben iniciar un debate con el paciente adolescente y sus padres para explicarles que en los próximos años su seguimiento será un poco diferente a como ha venido siéndolo hasta ese momento", dice Martin Fisher, director, de la división de Medicina del Adolescente, Schneider Children's Hospital, North Shore-Long Island. Por su parte, Fisher advierte a los padres que habrá ahora componentes de la visita que los excluyan. La idea, dice, es fomentar un intercambio sincero sobre una serie de cuestiones entre él y su joven paciente, y a cambio él va a mantener el carácter confidencial a menos que esté claro que tiene la intención de dañarse a sí mismo o a otro. Los médicos como Fisher animan a los adolescentes con comportamientos de riesgo a que hablen de ello con sus padres. No todos los padres están dispuestos a ceder su

autoridad sobre su hijo a un médico. En tales casos, David Namerow, de Nueva Jersey, les explica a los padres que la relación no funcionará sin una confianza mutua. “Eso funciona en general, pero no siempre de la noche a la mañana”, dice.

► *Haga las preguntas correctas.* Con demasiada frecuencia, dicen los especialistas, los médicos que no tratan regularmente adolescentes plantean preguntas que tienen garantizadas prácticamente respuestas vagas o poco honestas. “Si un médico dice: ‘Usted no tiene relaciones sexuales, fuma, bebe o usa drogas, ¿verdad?’”, Él no puede aprender nada útil”, dice Kulig. “Se necesita tiempo para abordar estas premisas desde un ángulo diferente, que no se centra en los adolescentes de inmediato o, simplemente, en obtener una respuesta de sí o no”. Andrea Marks está de acuerdo y añade: “Si los adolescentes perciben que usted es agradable y accesible, estarán en mejor disposición para hablar”.

► *Sepa cuándo derivar a otro médico.* Realizar las preguntas correctas no es ninguna garantía total de que usted será capaz de afrontar todo lo se le plantee. “Si se pregunta a una joven adolescente si es sexualmente activa y contesta afirmativamente, es posible que no se sienta cómodo haciendo un test de Papanicolaou, pruebas para la detección de enfermedades de transmisión sexual, o hablándole sobre métodos anticonceptivos”, dice Fisher. “Ese es el momento de remitir a la paciente a un ginecólogo. “Muchos médicos—entre ellos algunos especialistas en medicina de los adolescentes— también tendrán que hacer referencia a las drogas o el abuso del alcohol, los trastornos de la alimentación, o la depresión severa. Kulig Explica: “Es de vital importancia que los médicos que atiendan a los adolescentes, conozcan los recursos disponibles que tienen cerca como los especialistas en nutrición, en medicina deportiva, fisioterapeutas, psiquiatras, o incluso, las clínicas para dejar de fumar”.

Tratar a los adolescentes puede ser un reto ya que incluso los especialistas reconocen, que tener que preocuparse de que le paguen por el tiempo adicional supone problemas, en ocasiones. Aun así, los médicos que lo realizan periódicamente, manifiestan que vale la pena el esfuerzo. Andrea Marks dice: “Si empieza a ver a los chicos y tiene una mente abierta en la profesión y en la vida, descubrirá rápidamente que hay grandes recompensas”. ■



## Para saber más

No son pocas las revistas y libros dedicados a la asistencia sanitaria y psicosocial de los adolescentes. Algunos ejemplos notables son:

► *Journal of Adolescent Health*, publicado mensualmente para los médicos de Atención Primaria.

► *Adolescent Health Care* de Lawrence S. Neinstein, MD (Lippincott Williams & Wilkins, 4th ed., 2002). Se está preparando una nueva edición.

► *Healthy Teens, Body and Soul: A Parent's Complete Guide* de Andrea Marks y Betty Rothbart (Simon & Schuster, 2003). Dirigido a los padres; la guía es una buena lectura para los médicos, también.

► La página [TeenHealthFX.com](http://TeenHealthFX.com), un sitio web financiado por New Jersey's Atlantic Health System, se ha convertido en una ventana para las cuestiones relacionadas con los adolescentes.

# 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>).

## ■ El recuento de neutrófilos ayuda a precisar el riesgo de cardiopatía

*Obstet Gynecol.* 2010;115:695-703. [Abril de 2010]

Un recuento elevado de neutrófilos periféricos constituye un factor útil para predecir el riesgo de patología cardiovascular en las mujeres posmenopáusicas con hipertensión, según investigadores del Hospital S. Maria della Misericordia en Perugia, Italia. Estos realizaron un estudio de 298 mujeres posmenopáusicas diagnosticadas de hipertensión y con una media de edad de 59 años, de las que el 9,1 por ciento tenían diabetes y el 17,5 por ciento eran fumadoras. Posteriormente se les dio tratamiento de la hipertensión y se las siguió durante una media de ocho años. Hubo 31 nuevos episodios mayores de carácter cardiovascular durante el periodo de seguimiento; el riesgo de tener un episodio cardiovascular se asoció a la edad, la diabetes, la creatinina sérica, la presión arterial, la hipertrofia ventricular izquierda y el recuento de neutrófilos, según los investigadores. Después de ajustar los factores de riesgo cardiovascular tradicionales, los datos mostraron que el recuento de neutrófilos era útil para predecir los episodios cardiovasculares. La asociación con un mayor riesgo de patología cardiovascular parece ser independiente de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales.

## ■ Un estudio revela que la mayoría de las mujeres embarazadas no hacen suficiente ejercicio

*Preventive Medicine.* 2010;50:123-128. [Marzo de 2010]

La mayoría de las mujeres no hacen todo el ejercicio que recomiendan los expertos durante el embarazo, según investigadores de la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill. Los investigadores analizaron los datos de las entrevistas a 1.280 embarazadas (16 o más años de edad), realizadas entre 1999 y 2006 para la *National Health and Nutrition Examination Survey*. El análisis del nivel de actividad física de las mujeres halló que sólo el 22,8 por ciento de las participantes refería algún tipo de actividad de transporte (como caminar o ir en bicicleta a o desde el trabajo) durante el mes anterior a la encuesta; el 56,6 por ciento referían actividades de ocio entre moderadas e intensas, y el 54,3 por ciento referían actividades domésticas entre moderadas e intensas. Las actividades de ocio entre moderadas e intensas habían sido

mayores en el primer trimestre que en el tercero entre quienes tenían seguro médico y entre las mujeres blancas no hispanas al compararlas con las de otros grupos raciales o étnicos, según los investigadores.

## ■ Retrasar la intervención aumenta la mortalidad en el síndrome coronario

*J Am Coll Cardiol.* 2010;55:1416-1424. [6 de abril de 2010]

Los pacientes con síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCA-SEST) que se someten a intervención coronaria percutánea (ICP) en las ocho horas siguientes a la presentación clínica tienen una mortalidad y unos resultados cardíacos mejores que los de aquellos que difieren la intervención, según investigadores de la Clínica Mayo de Rochester, Minesota. Estos estudiaron a 7.749 pacientes que se sometieron a ICP después de tener un SCA-SEST y compararon los resultados en términos de longitud del retraso desde la presentación hasta la ICP. Los investigadores hallaron que las tasas de mortalidad, infartos de miocardio desenlaces compuestos eran menores entre los pacientes sometidos a ICP en las ocho horas siguientes a la presentación que entre los intervenidos pasadas más de 24 horas. Los pacientes con el máximo riesgo de mortalidad entre los diferidos más de 24 horas fueron aquellos que tenían rasgos de alto riesgo.

## ■ Una dieta hipograsa podría no reducir los riesgos cardíacos tras la menopausia

*Am J Clin Nutr.* 2010;4:860-74. [Abril de 2010]

En las mujeres posmenopáusicas, una dieta hipograsa afecta poco a los factores de riesgo cardiovascular y tiene un efecto nulo sobre la cardiopatía coronaria y el ictus, según investigadores del MedStar Research Institute de Hyattsville, Maryland. Estos investigadores estudiaron a las mujeres posmenopáusicas de un ensayo de modificación dietética que se asignaron al azar a recibir una dieta más baja en grasas y mayor en verduras, fruta y grano, o la dieta habitual durante una media de 8,1 años. Al cabo de seis años hallaron que la dieta que habían seguido las mujeres no tenía ningún efecto global sobre la cardiopatía coronaria o el ictus. En la mayoría de las mujeres, la intervención no produjo aumentos clínicamente significativos de los triglicéridos, ni reduc-

ciones del colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad. La observación de que la dieta hipograsa podría elevar los triglicéridos en las diabéticas blancas o en las diabéticas con concentraciones elevadas de triglicéridos precisa investigarse más a fondo, señalaron.

### ■ La anemia aumenta el riesgo de mortalidad tras un ataque cardíaco

Am J Cardiol. 2010;105:611-6181. [Marzo de 2010]

La anemia aumenta el riesgo de muerte en los pacientes que han sufrido un ataque cardíaco y una angioplastia coronaria, especialmente en aquellos con múltiples vasos afectados y revascularización incompleta, según investigadores de la Universidad Médica de Silesia en Zabrze, Polonia. Los investigadores examinaron el efecto de la anemia sobre los resultados de 1.497 pacientes con infarto agudo de miocardio tratados con intervención coronaria percutánea. Los investigadores hallaron que los pacientes con anemia tenían tasas de mortalidad significativamente mayores a los 30 días, al cabo de un año y en general. La mortalidad a largo plazo era mayor en los pacientes anémicos con afectación de varios vasos y en los anémicos con revascularización incompleta.

### ■ Una combinación de conductas malsanas afecta seriamente a la mortalidad

Arch Intern Med. 2010;170:711-718. [26 de abril de 2010]

Los efectos negativos combinados de varias conductas malsanas, desde una ingesta insuficiente de fruta y verduras hasta fumar, aumentan notablemente la mortalidad, según investigadores de la Universidad de Oslo en Noruega. Estos realizaron un estudio prospectivo de cohortes con 4.886 adultos del Reino Unido que tenían al menos 18 años de edad entre 1984 y 1985, calculando las puntuaciones de las conductas relativas a la salud en base a múltiples comportamientos malsanos: fumar, ingesta de fruta y verduras inferior a tres veces al día, bebida de más de 14 unidades semanales de alcohol en las mujeres y más de 21 en los varones, y menos de dos horas de actividad física a la semana. Siguió a los participantes durante una media de 20 años, durante los cuales murieron 1.080. Las conductas malsanas combinadas tuvieron el máximo efecto sobre las muertes por causas distintas del cáncer o la patología cardiovascular, y el mínimo sobre la mortalidad por cáncer. Tener cuatro conductas malsanas, frente a no tener ninguna, pro-

dujo un riesgo de mortalidad por cualquier causa equivalente al de tener 12 años más que la edad real.

### ■ La liraglutida es superior a la sitagliptina para el control glucémico

The Lancet. 2010;375:1447-1456. [24 de abril de 2010]

En los pacientes con diabetes de tipo 2 que presentan un control glucémico insuficiente con la metformina, las inyecciones de liraglutida se toleran bien y son más eficaces que la sitagliptina oral para reducir la HbA<sub>1c</sub>, según investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Vermont en Burlington. Estos realizaron un ensayo abierto de 26 semanas y con grupos paralelos en el que asignaron al azar a los participantes con diabetes de tipo 2 a recibir 1,2 ó 1,8 mg de liraglutida por vía subcutánea ó 100 mg de sitagliptina oral una vez al día. Los pacientes reclutados se habían tratado todos ellos con metformina en dosis de al menos 1.500 mg/día durante al menos tres meses con control glucémico deficiente. Los investigadores hallaron que la liraglutida había reducido la HbA<sub>1c</sub> en un 1,50 y un 1,24%, respectivamente, con las posologías de 1,8 y 1,2 mg; la sitagliptina redujo la HbA<sub>1c</sub> en un 0,90%.

### ■ El cribado en busca de pacientes cardíacos de alto riesgo es rentable para el control glucémico

BMJ. 2010;340:c1693. [25 de abril de 2010]

Emplear datos rutinarios para estratificar el riesgo cardiovascular antes de invitar a las personas de alto riesgo a pasar por un cribado podría ser igual de eficaz y menos caro para prevenir la patología cardiovascular que la estrategia nacional recomendada por el gobierno del Reino Unido, consistente en cribar el riesgo cardiovascular de todos los individuos de 40 a 74 años, según investigadores del Instituto de Ciencias Metabólicas de Cambridge, Reino Unido. Estos realizaron un estudio de modelado empleando los datos de una cohorte prospectiva de 16.970 varones y mujeres de 40 a 74 años sin patología cardiovascular ni diabetes en el momento basal. Los investigadores hallaron que un sistema de cribado basado en una sencilla puntuación de riesgo a partir de datos rutinarios podía prevenir 25.134 episodios cardiovasculares nuevos al año. Este nivel de prevención de la patología cardiovascular podía alcanzarse escogiendo a los de riesgo elevado para una valoración del riesgo vascular, alrededor del 60% de la población de 40 ó más años de edad.

Con la colaboración de:



Sección patrocinada por:





# Líderes en la prevención



difteria, tosferina, meningitis, sarampión, 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, fiebre tifoidea, poliomielitis,  
**gastroenteritis pediátrica por rotavirus**, neumonía neumocócica, difteria, rubéola, **varicela**, sarampión, difteria, tosferina, sarampión, meningitis, rubéola, gripe, poliomielitis, rabia, hepatitis-B, varicela



**sanofi pasteur MSD**  
vacunas para la vida

# Cultura

## LIBROS

### Patologías y calidad de vida

**E**l Ministerio de Sanidad y Política Social ha publicado “Estudios sobre calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías”, un proyecto en el que se recogen estudios que desarrollan los objetivos fijados en el apartado 10.3 del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El libro recopila estudios sobre calidad de vida en pacientes que han sufrido un ictus, pacientes masectomizadas por cáncer de mama, pacientes con prótesis de cadera durante rehabilitación y “ancianos frágiles” con reingresos frecuentes.

**Título:** Estudios sobre calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías  
**Director del proyecto:** Xavier Badia Ilach  
**Edita:** Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social

Estudios sobre  
la calidad de vida  
de pacientes afectados  
por determinadas  
patologías

## EVENTOS

### Grec 2010 en Barcelona

**L**a 34 edición del Grec Festival de Barcelona, que tendrá lugar desde el 13 de junio, con el espectáculo inaugural a cargo de Carme Portaceli y el texto clásico 'Prometeo', hasta el 1 de agosto, incluirá un total de 65 propuestas. 21 obras de teatro, 12 piezas de danza, 24 conciertos musicales y 8 espectáculos de circo y otros formatos que se podrán disfrutar entre los 29 escenarios que esta vez formarán parte del Grec 2010, que tendrá Japón como país invitado. Además, este año el festival aúna fuerzas con el Festival Internacional de Música Avanzada y Arte Multimedia Sónar.

Así, se ha gestado un proyecto que tendrá como escenario el Teatre Grec, sede y centro del festival, y que marcará el inicio del Sónar y el de la sección Panorama Japón del Grec.



### Ocio interactivo en Gijón

**C**onsolidado como uno de los festivales de videojuegos más importantes de Europa, Gamelab es el punto de encuentro oficial de creadores, medios de comunicación y público en torno al mundo del ocio interactivo.

Tres intensas jornadas de conferencias, coloquios, presentaciones, talleres, exposiciones, competiciones, actividades de *networking* y encuentros con la prensa, en las que se podrá medir el pulso del sector y conocer las últimas novedades y tendencias.

Esta sexta edición de Gamelab abrirá sus puertas desde el 30 de junio al 2 de julio en el Palacio de Congresos de Gijón y contará, como en años anteriores, con la presencia de los principales creadores y empresas del panorama nacional e internacional.



## EXPOSICIÓN

### Detenidos en el 'tiempo'

**L**a experiencia del tiempo en la obra de fotógrafos y artistas visuales será el hilo conductor del Festival Internacional PhotoEspaña 2010, que se celebrará desde el 9 de junio hasta el 25 de julio en diferentes salas de Madrid. Con la presencia de 390 creadores de 41 nacionalidades, el certamen propone más de 120 actividades en las que colaboran 60 entidades públicas y privadas. La sección oficial dirigida por Sérgio Mah, comisario general de PHE10, engloba diferentes maneras de abordar el tiempo: la naturaleza, lo efímero, la inestabilidad de las obras y su temporalidad, la especulación histórica, el archivo, la experiencia individual y colectiva y la articulación entre lo fotográfico y otras prácticas de la imagen. Entre los nombres destacados de PHE10 figura el del científico e ingeniero electrónico Harold Edgerton. También participarán, entre otros, Juergen Teller, Ignasi Aballí, Tacita Dean o Hiroshi Sugimoto. Además, podrá visitarse la primera exposición antológica de Helen Levitt tras su fallecimiento el pasado año.



# Internet

## El futuro de las redes sociales también será móvil

**E**l futuro de los servicios de las redes sociales está en el móvil, según los catedráticos y expertos que escriben en el monográfico de la revista *Telos* sobre telefonía móvil, que edita la Fundación Telefónica. Reconocen que el proceso de generalización será lento y complejo, pero el camino conducirá "hacia una sociedad multimedia móvil, con conexión permanente y ubicua a Internet".

Estamos yendo de una sociedad en red hacia una sociedad móvil en red, por la confluencia creciente entre Internet y las redes de telefonía móvil: "Las redes se basan en el *software* social, entre un público objetivo predominantemente joven y nativo digital, colectivos cada vez más hipercomunicados y que modifican permanentemente su comportamiento social a medida que avanzan las TIC".

En el mundo había a comienzos de 2010 un total de 18 millones de usuarios de redes sociales, frente a los 13 millones de hace un año. El incremento del 40 por ciento a escala mundial tiene su reflejo en España, dado que el 75 por ciento de los internautas españoles utiliza estas redes, con una inversión del 22,4 por ciento del tiempo dedicado a navegar en la red.



**El 75 por ciento de los internautas españoles ya utiliza las redes sociales.**

Técnicamente, se observa un acercamiento a la telefonía celular de las principales redes sociales, que mejoran las aplicaciones de sus versiones móviles, dando lugar a las redes sociales móviles (Mobile Social Network Services). La convergencia inevitable entre telefonía móvil de banda ancha y las redes sociales dará paso a una red multiservicio y multiacceso más segura, aunque para ello tendremos que esperar a soluciones radio HSPA+ (Evolved High-Speed Packet Access) y la implantación del estándar IMS (IP Multimedia Subsystem). ■



### Portal de víctimas de la Guerra Civil

El Ministerio de Cultura ha abierto un portal donde se puede encontrar toda la información existente en los archivos españoles sobre las víctimas de los dos bandos.

[http://www.mcu.es/novedades/2010/novedades\\_Pares\\_Victimas.html](http://www.mcu.es/novedades/2010/novedades_Pares_Victimas.html)



### Obras de arte vistas con lupa

La web de la Fundación del Banco de Santander incorpora un potentísimo zoom para contemplar todo su catálogo con precisión nunca vista.

[http://www.fundacionbanco santander.com/obras\\_maestras/#/es](http://www.fundacionbanco santander.com/obras_maestras/#/es)



## CIBERCONSEJOS

### Aprobada la Agenda Digital Europea 2020 de la UE

**L**os ministros europeos de Telecomunicaciones aprobaron la Agenda Digital europea y presentaron un plan de acción para impulsar el establecimiento pleno de un mercado único de las comunicaciones electrónicas en la UE, para impulsar el crecimiento y el empleo a la vez que favorezca a los consumidores y pymes. En ese sentido, se pretende unificar los precios por usar el teléfono móvil, para evitar que sean hasta seis veces más caros en unos estados miembros que en otros.

### Pakistán vuelve a abrir la red social Facebook

**U**n tribunal de Pakistán que había ordenado el bloqueo de Facebook durante 12 días a causa de la publicación de un concurso de caricaturas de Mahoma considerado blasfemo decidió volver a permitir el acceso al mismo.

El concurso había sido organizado por usuarios occidentales. El Gobierno ejecutó la orden de bloqueo de manera inmediata, por medio de un juez del Tribunal Superior de Lahore el 19 de mayo.

# ESCÁPESE... con Medical Economics



## Certamen de Artículos 2010

**D**espués del éxito de participación registrado por la primera edición del Certamen, **puede Vd. enviar ya sus artículos para la edición 2010 y compartir sus experiencias con sus compañeros.** Medical Economics, en colaboración con 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](mailto:medeconomics@drugfarma.com)\*
- ❖ **Presentación de originales** El plazo de participación expira el **2 de noviembre de 2010**.

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

# Golf



Madrid Masters

## Donald agitó la fiesta al gaditano Quirós

Álvaro Quirós, que se desinfló, no pudo con el buen juego del inglés, de 32 años.

**E**l artista del pincel, el hombre que optó por vivir en Chicago y casarse con una estadounidense rodeado de sus mejores cuadros, obtuvo hoy un triunfo a la constancia, a la serenidad y a la flema británica. Sólo dos gestos de rabia de Luke Donald, de presunción de victoria, después de 70 hoyos como líder del Madrid Masters y 260 golpes ofrecieron la realidad que escondía en su flemático cerebro: por fin se vio como campeón de un torneo después de cuatro años en el dique seco. Donald se mantuvo sereno, calculador, rectilíneo y líder durante tres rondas. En la última, el *rookie* galés Rhys Davies, el italiano Francesco Molinari y el temperamental Álvaro Quirós pondrían a prueba el sosiego y la frialdad de Donald en una jornada de sol intenso y 32 grados.

Nada perturbó a Donald en la Real Sociedad. Ni sus buenos golpes, ni los malos (sólo cuatro *bogeys* en todo el torneo). Ni tampoco la presión de



Luke Donald ganó en el Tour Europeo después de seis años sin victorias.

Davies, Molinari y el español Quirós en una jornada asfixiante. Donald rompió por fin la tensión amarrada, que dejaba en cueros sus deseos. Tras pegar un segundo golpe magistral con madera de calle en su antepenúltimo hoyo, el par cinco del 16, soltó el puño al ver cómo la bola aterrizaba a dos metros del hoyo. Poco después,

liberó todo el gas emocional tras embocar ese *eagle*. De nuevo apretó el puño con rabia, mientras se agachaba a recoger la bola dentro del agujero. El rostro del artista por fin reflejaba que su obra estaba terminada. El *eagle* en el hoyo 16 le lanzó a por el título madrileño, conquistado de principio a fin con 21 bajo par. ■

## Primer triunfo de María Hernández en Europa

**L**a española María Hernández ha conseguido su primera victoria como profesional al imponerse en el Open de Eslovaquia, el segundo torneo que disputa del Circuito Europeo Femenino desde que accediera al profesionalismo en junio de 2009 tras una brillantísima trayectoria como *amateur*. María, pamplonesa de 24 años, concluyó con 280 golpes (ocho bajo par) tras entregar una tarjeta final de 70 impactos en el Gray Bear Golf Course. La golfista española aventajó en un golpe a la australiana Kristie Smith -asimismo debutante en el Ladies European Tour este año-, mientras que la veterana Laura Davies, con decenas de triunfos a sus espaldas, acabó en tercera posición. María Hernández, que acumuló trece títulos en su periodo de formación en la Universidad de Purdue, entre ellos la Final de Liga Universitaria en 2009, disputó previamente tres torneos del Circuito Europeo Femenino, también durante su etapa *amateur*, siendo su mejor resultado un decimotercer puesto en el Open de España en 2005. Profesional desde junio de 2009, disputó el Open de España en julio antes de acabar décima en la Escuela de Clasificación del Circuito Europeo en diciembre y de convertirse también en una de las cuatro jugadoras españolas en conseguir la tarjeta para el Circuito Americano Femenino.

revista-curso

# spanish doctors

Una manera amena y eficaz  
de aprender **Inglés médico**

Por médicos y para médicos

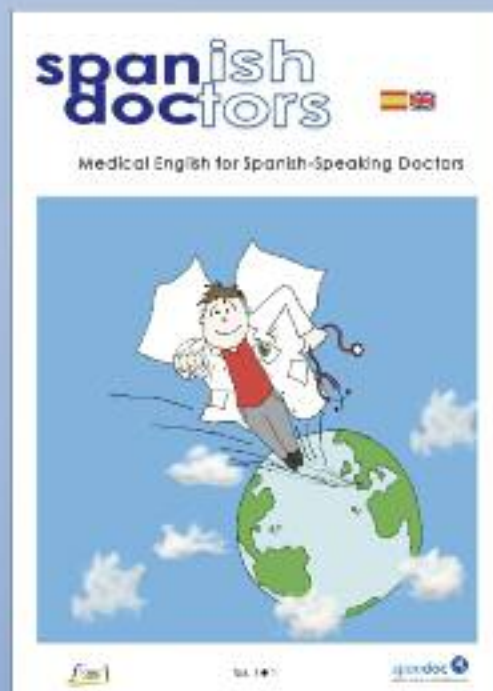
El inglés **real** que necesitas para  
comunicarte en eventos, estancias  
internacionales y publicaciones

Formato bilingüe adaptado a  
todos los niveles

**Método Spandoc:** textos, artículos e  
historias comentadas para  
aprender sin pérdidas de tiempo

Escenas ilustradas de la vida  
laboral, curiosidades, pasatiempos,  
entrevistas, cartas de lectores y  
mucho más


**Audio** por médicos nativos  
británicos y test de **autoevaluación**



La herramienta que estabas esperando para avanzar  
en tu desarrollo profesional

Suscríbete en [www.ffomc.org](http://www.ffomc.org)

ACREDITACIÓN SEAFORMEC • 12 CRÉDITOS • 72 HORAS LECTIVAS  
Declarada de interés científico-sanitario por la Organización Médica Colegial  
Más información en [www.ffomc.org](http://www.ffomc.org) y [www.spandoc.com](http://www.spandoc.com)



**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.

