



Medical Economics®

www.medeco.es.com

ENCUESTA
VÍA
INTERNET

Díganos su opinión sobre:

¿Está de acuerdo con el actual modelo de relación público/privado?
(ver pág. 3)

GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE

EDICIÓN ESPAÑOLA

Vol. 4 • Nº 18

9 de noviembre de 2007

Una urgencia
más que
urgente
Pág. 24

Cambie
su forma
de trabajar
Pág. 28

El significado
de ser médico
Pág. 31

Radiografía de la sanidad privada
en España

Un sector con buena salud

Pág. 18

- * Factura
23.000 millones
- * Retribuciones
adecuadas
- * Crecen
los profesionales
independientes
- * Auge de los seguros
médicos
- * Alta demanda
de formación
- * Atomización
empresarial

FASEM

Foro de Atención y Salud en la Mujer

(ver páginas centrales)

Creemos en otra forma
de hacer medicina

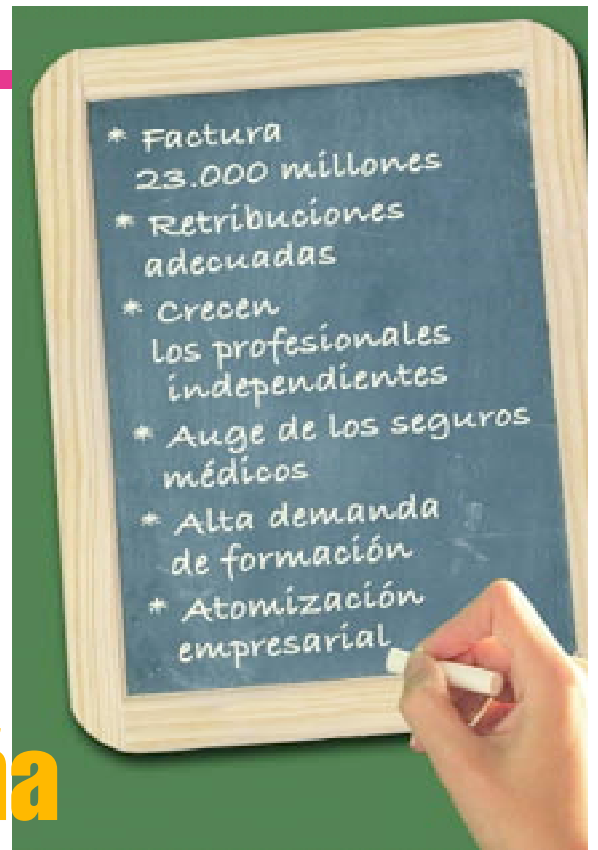
En el Instituto Roche creemos en soluciones diferentes para personas diferentes. En una atención centrada en el individuo y no en la enfermedad. Creemos en la **Medicina Individualizada**.

En el Instituto Roche **innovamos para tu salud**.



18 Nuestra portada

Radiografía de la sanidad privada en España

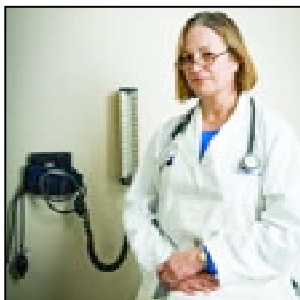


La presencia del sector privado en la Sanidad española es cada vez más visible, aunque con crecimiento dispar según las distintas comunidades autónomas. Valorado en su conjunto, representa el 30 por ciento del gasto sanitario total, factura al año unos 23.000 millones de pesetas y mantiene una presencia creciente de profesionales independientes.



24 Una urgencia más que urgente

El autor reflexiona sobre el dolor que provoca una patología como el cólico nefrítico. La intensidad del dolor genera hiperactividad, angustia, y una clara exigencia de atención inmediata por parte del paciente.



28 Usted puede cambiar su forma de trabajar

Lograr el éxito en la consulta, no siempre es tarea fácil. Descubra en este número unos cuantos consejos que puede aplicar para mejorar no sólo su trabajo, sino también sus finanzas.



ESPAÑA

Educación Médica Continuada

ACTIVIDADES 2008

PROGRAMA **AAP** 2008

Actualización en Atención Primaria

BARCELONA • SEVILLA • MURCIA • ZARAGOZA • VALLADOLID
VALENCIA • MADRID • MÁLAGA • BILBAO • A CORUÑA

PROGRAMA **APd** 2008

Actualización en Pediatría

BARCELONA • SEVILLA • BILBAO • VALENCIA • MADRID

CLÍNICAL FOCUS **Network**

Actualización en Especialidades



CUN LA GARANTÍA DE:



PODRE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN

CONSEJO EDITORIAL

Juan Abarca Campal
Margarita Alfonso
José Luis Álvarez-Sala Walther
Juan Ramón Arias Irigoyen
Humberto Arnés Corellano
Joan Josep Artells i Herrero
Honorio Bando Casado
Antonio Bartolomé Sánchez
Carlos Belmonte Martínez
Miquel Bruguera i Cortada
José María Campistol Planas
Fidel Campoy Domenech
Enrique Catalán López
Felipe Chavida García
José Cortina Orriós
José Antonio Dotú Roteta
José Manuel Díaz Arias
Manuel Díaz Rubio
Sergio Erill Sáez
José Fernández-Vigo López
Carlos Fontcuberta
Abelardo García de Lorenzo y Mateos
José Ángel García Rodríguez
Enrique Gargallo Santa Eulalia
Antoni Gelonch
José Antonio Gutiérrez Fuentes
Leandro Herrero
Gabriel Herrero Beaumont
Rocío Herrero Vanrell
Héctor Jausas
Fernando Jiménez Cruz
Albert Jovell
Carlos Lens Cabrera
José Manuel López Abuín
Ricardo de Lorenzo y Montero
Manuel Martín Cortés
José Antonio Martín Pallín
Santiago Martínez Fornés
Teresa Millán Rusillo
Basilio Moreno Esteban
Alfonso Moreno González
Vicente Moya Pueyo
Regina Muzquiz
César Nombela
José Palacios Carvajal
Santiago Palacios Gil-Antuñano
Federico Plaza Piñol
Enrique de Porres Ortiz de Urbina
Regina Revilla
José Manuel Ribera Casado
Ignacio Riesgo González
Jesús Rodríguez Marín
Germán Rodríguez Somolinos
Cristina Roldán Fdez. de Gamboa
Julián Ruiz Ferrán
Emilia Sánchez Chamorro
Eugeni Sedano i Monasterio
José María Segovia de Arana
Guillermo Sierra Arredondo
Javier Subiza Garrido-Lestache
Luis Truchado Velasco
Juan Carlos Ureta Domingo

31 Lo que significa ser médico

No hay un solo día en el que el autor no aprenda algo nuevo en su profesión como médico.

ENCUESTA 2007 SOBRE RETRIBUCIÓN Y PERFIL PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS EN ESPAÑA

Medical Economics promueve esta encuesta entre sus lectores para conseguir resultados significativos que apoyen la reflexión sobre las mejoras que demanda la profesión médica en España.

Para participar conecte con: www.medecoes.com

ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Esta de acuerdo con el actual modelo de relación público/privado?

Participe a través de nuestra web www.medecoes.com

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



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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

COLUMNAS

5 • Cartas al editor

8 • Actualidad Finanzas/ Práctica Profesional

12 • Atención al Paciente

Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS)

14 • Gestión profesional

Estrategias de Recursos Humanos en una clínica

16 • Gestión de calidad: Medio Ambiente

Residuos peligrosos en los centros sanitarios

34 • Normativa

Protección de datos, error de diagnóstico y matrimonio nulo

36 • Impuestos

Inicio de actividad y cuotas del colegio profesional

38 • Tecnología

Éxitos y barreras de la telemedicina

41 • Economía y su Dinero

45 Las tres de últimas

47 Golf

48 Formación y empleo

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

MEDICAL ECONOMICS no hace responsable de 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 2007 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 2007 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Contra la tos...

Romilar®

Hidrobromuro de Dextrometorfano



Financiado
por la Seguridad
Social

El antitusígeno más económico financiado por el S.N.S.

- Acción rápida y efecto prolongado.⁽¹⁾
- No produce adicción, ni estreñimiento.⁽²⁾
- El Dextrometorfano es, probablemente, el antitusígeno más inocuo disponible (FDA).⁽³⁾

(1) Martindale. The Extra Pharmacopoeia, 33th edition, 2002, p. 1087-88.

(2) Goodman and Gillman's. The pharmacological Basis of Therapeutics, ninth edition, 1996, p. 551.

(3) Federal Register, 1976, 41 (176), 38340.



Bayer HealthCare

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Colaboradores

Natalia Aguirre Vergara
José Ignacio Alemany Bellido
Miguel Fernández de Sevilla Morales
Luis G. Pareras
Marcial García Rojo
Óscar Gil García
Gloria Herías Corral
Elisa Herrera Fernández
María de la Loma Segarra
Ofelia de Lorenzo Aparici

Traducción

Luis Brotons, Héctor Valiente
y Reis Camilleri.

Maquetación

C. González (coordinador)
A. Aparicio, C. Sanz, C. Vicent, E. Rodríguez

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@drugfarma.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	105 €
Tarifa instituciones anual	130 €
Ejemplar suelto	5 €
Ejemplar atrasado	8 €

Precios válidos para España, IVA incluido
Fotomecánica e impresión: Litofinter Industria Gráfica

© 2007

Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif. Vértice
28041. Madrid.

Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075

E-mail: spa@drugfarma.com


Numancia, 91-93. 08029. Barcelona

Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-61-63

D.L.: M-35829-2003

S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

Cartas al Editor

El médico en TV

Día sí y día también pongo la televisión después de cenar y asisto asombrado a un nuevo capítulo de lo que se supone es el día a día de un médico de Atención Primaria o especializada, o lo que es el trabajo diario de un hospital de Urgencias.

Ni que decir tiene que muchas personas se creen lo que ven en series y películas, donde se tratan superficialmente muchas enfermedades, como por ejemplo el cáncer de mama. O dramatizan y banalizan mucho la enfermedad; y no es una cosa ni la otra.

Debemos pensar que hay culturas muy sensibles a la imagen, que a veces se creen más lo que ven en pantalla que lo que oyen en la consulta. Por ello, desde las páginas de *Medical Economics* hago un firme llamamiento para que se de un tratamiento de la enfermedad que incluya documentación e información adecuada sobre lo que están intentando contarnos los guionistas.

C. Segovia Ramírez (Valencia)

¿Faltan o sobran médicos?

Hace pocos días tuve la oportunidad de leer en su revista, así como en otros medios de comunicación, que la Comunidad de Madrid necesita 1.200 médicos y 2.300 enfermeras para los nuevos hospitales de la región. Pero no sólo eso, parece que la carencia es igualmente importante en comunidades como Canarias, Valencia o Murcia. Nada que ver con lo que vivimos los médicos navarros.

La Comunidad Foral tiene una tasa de médicos de Atención Primaria de 47 por cada cien mil ciudadanos pertenecientes a la Seguridad Social, la más baja de España,

según el informe sobre el Gasto Sanitario elaborado por el Ministerio de Economía y Hacienda con los datos proporcionados por las comunidades autónomas.

En mi opinión, los médicos navarros nos encontramos a la cola en cuanto a salarios y también a perspectivas laborales, ya que la carrera profesional se ha quedado obsoleta. Además, a esto, hay que sumar la falta de profesionales que, de no tomar cartas en el asunto, llevará a la sanidad a una situación insostenible. Ya tenemos la tasa más baja de España, pero aún puede ser peor, porque el diagnóstico de la situación ya lo tenemos; ahora hace falta que se nos escuche y, de una vez por todas, se aborden los problemas que padece el sistema de salud navarro.

P. Soriano Pérez (Navarra)

La investigación en España

El ministro de Sanidad ha anunciado repetidas veces que, en la presente legislatura, se pondrían en marcha acciones, no sólo en el campo de la medicina regenerativa, sino también en el de la investigación en psiquiatría infantil y juvenil, genética humana, metagenoma y desarrollo, enfermedades raras y medicamentos huérfanos. Así como actuaciones transversales en las áreas de cáncer, medicina regenerativa, nanobiotecnología, entre otras.

Todo es una prueba más de la decidida apuesta por la investigación. De hecho, Sanidad ha multiplicado los fondos por cuatro, pasando de menos de cien millones a más de 400, por lo que los resultados no se harán esperar muchos años.

S. Sanz Sancho (Cantabria)

MEDICAL ECONOMICS se reserva el derecho de resumir o extractar las cartas recibidas las cuales, si no existe indicación expresa, se entiende pueden ser publicadas. Las cartas remitidas a esta sección deben llevar el nombre, los dos apellidos y el DNI del autor.

Premios
2008
IV Edición

SPA **Medical
Economics**

5º
Aniversario

- ◆ **Con motivo de su quinto aniversario**, *Medical Economics* celebra la IV edición de los galardones que llevan su nombre y premian a las entidades y organizaciones del mundo de la Sanidad cuya labor ha sido más destacada a lo largo de 2007.
- ◆ **Estos galardones fueron instituidos para reconocer** públicamente a las citadas entidades, considerando en la distribución de las diferentes categorías el lema que rige la publicación, centrada en la información al médico sobre estrategias para la mejor gestión profesional de su ejercicio clínico, con especial preocupación por la atención al paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria.
- ◆ **En la página contigua se recogen las categorías** que configuran el palmarés de esta edición de los premios, para cuya elección final recabamos su colaboración emitiendo su voto.
- ◆ **La entrega de galardones tendrá lugar en Madrid** el jueves 24 de enero próximo, en un acto que reunirá a todos los sectores profesionales de la sanidad española.

IMPORTANTE

Como lector de **MEDICAL ECONOMICS** le animamos a emitir sus votos en el cuadro adjunto, el cual puede enviar antes del 30 de Noviembre por fax, correo postal o a través de la página web de la revista.

www.medeco.es.com

CATEGORÍAS

HOSPITAL CON MEJOR INNOVACIÓN
EN MEDICINA PRIVADA

HOSPITAL CON MEJOR
GESTIÓN PÚBLICA

ASEGURADORA
DE SERVICIOS SANITARIOS

INFORMACIÓN A PACIENTES:
ENTIDADES

INFORMACIÓN A PACIENTES:
CAMPAÑA SANITARIA

INFORMACIÓN A PACIENTES:
ASOCIACIONES DE PACIENTES

SOCIEDAD CIENTÍFICA

FUNDACIÓN DESTACADA EN
FOMENTO / INVESTIGACIÓN EN
SALUD Y MEDICINA

SINDICATO SANITARIO

GRUPO HOSPITALARIO

CONSEJERÍA DE SANIDAD CON MEJOR ACTIVIDAD

Puede rellenar y enviar su votación por:



Correo postal a: *Spanish Publishers Associates*

C/ Antonio López, 249, 1. 28041 Madrid



Fax: 91 500 20 75



A través de la página web www.medecoes.com

Bernat Soria quiere que los investigadores españoles retornen a España

El ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, ha anunciado su propósito de promover la formación y el retorno de los investigadores españoles para cumplir el objetivo de acelerar la transferencia de conocimientos desde la investigación clínica a la aplicación en los pacientes. Se enmarca en el Plan de Investigación Biomédica del Ministerio de Sanidad y está dotado con 21 millones de euros. Incluirá ensayos clínicos con pacientes para buscar alternativas en el tratamiento de, al menos, 12 patologías sin solución terapéutica actualmente.



Bernat Soria.

ENTRE NOSOTROS

César Nombela uno de los más prestigiosos científicos e investigadores de nuestro país, ex director del CSIC y de la Fundación de la Universidad Complutense ha ingresado en la Real Academia de Farmacia. Nombela, catedrático de Microbiología de la Universidad Complutense de Madrid, y miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, estuvo acompañado por numerosas personalidades sanitarias que le felicitaron efusivamente tras su discurso. Nosotros nos unimos a esa felicitación.

Los andaluces ya pueden solicitar cita médica a través del móvil

Los pacientes andaluces ya pueden solicitar día y hora con su médico de familia o pediatra enviando un mensaje de texto desde su teléfono móvil. Tal y como lo ha explicado la consejera de Salud, María Jesús Montero, para acceder a este servicio los usuarios únicamente tendrán que enviar el mensaje "CITASAS" seguido del número que aparece en su tarjeta sanitaria al teléfono 600 123 400.

600 123 400



Cita mediante SMS para consulta de medicina de familia y pediatría

OJO al dato

54.000

médicos se jubilarán entre 2016 y 2026.

4.100

licenciados salen cada año de las facultades de Medicina.

45.000

facultativos se formarán en la próxima década.

1.000

médicos extranjeros homologan sus títulos cada año.

900

galenos españoles se van cada año a trabajar al extranjero.

Fuente: Fundación CESM y OMC.

Asturias lanza una OPE dirigida a médicos extranjeros

La escasez de médicos en el Sistema Nacional de Salud está provocando la contratación de profesionales extranjeros, tanto en la sanidad pública como en la privada. Ramón Quirós, consejero de Sanidad del Principado de Asturias, ha anunciado recientemente la puesta en marcha de una oferta de empleo (OPE) específicamente dirigida a la contratación de médicos extranjeros. A pesar de ser una medida que tiene como objetivo paliar la escasez de médicos, ya ha recibido las primeras críticas sindicales. En la actualidad, en el Reino Unido casi la mitad de los facultativos que demandan un empleo son extranjeros, según revela el diario *British Medical Journal*. Esta situación está provocando malestar entre el colectivo de médicos jóvenes británicos.



USP y Camge lanzan una tarjeta de crédito sanitaria

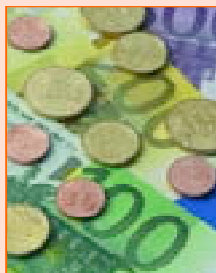
USP Hospitales y Camge, entidad fruto de la alianza entre General Electric (GE) y la CAM, han lanzado al mercado la tarjeta USP Mastercard, una tarjeta de crédito que tendrá los principales datos e información médica en sus titulares. La iniciativa, pionera según afirman desde GE, consiste en la emisión y comercialización de un medio de pago universal que permite el acceso *online* a la información médica que su titular genere en los Hospitales USP partiendo de un reconocimiento médico que se efectuará presencialmente



para garantizar los datos. La información podrá ser consultada sin vulnerar la confidencialidad gracias a un mecanismo que se basa en unas plataformas de seguridad bancaria y sanitaria.

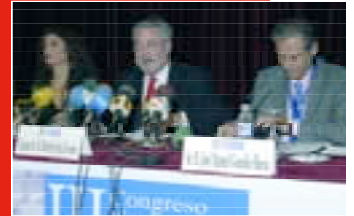
Las salidas a bolsa inyectan al parqué un récord de 12.000 millones de euros

En lo que va de año ya han salido al parqué seis nuevas compañías (Baviera, Realia, Solaria, Almirall, Critería y Codere), otra ha recibido luz verde por parte de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV), Fluidra, y High Tech y Renta 4 están a punto. Las salidas a bolsa han inyectado un récord situado en los 12.000 millones de euros. Si se cumplen las previsiones en 2007 se registrará el nivel más alto desde el récord de 1999-2000, cuando las nuevas empresas de la bolsa aportaron al mercado títulos por valor de más de 5.000 millones, el nivel más alto en cuanto al importe que llega del mercado por colocaciones de nuevas empresas.



Más de 200 profesionales de la información se dan cita en el III Congreso de Periodismo Sanitario en Sevilla

La tercera edición del Congreso de Periodismo Sanitario ha reunido durante los días 25 y 26 de octubre a más de 200 profesionales del ámbito de la información sanitaria. El ministro de Sanidad, Bernat Soria, fue el encargado de inaugurar el encuentro junto con la Consejera de Salud de la Junta de



Acto de inauguración del Congreso

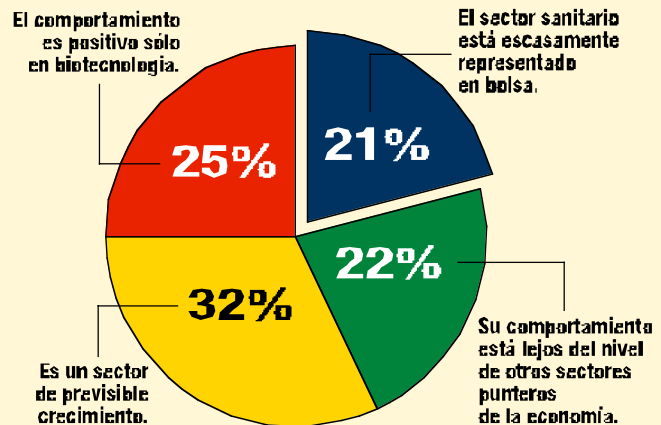
Andalucía, María Jesús Montero, quien señaló que "el aumento notable de información sanitaria en los medios responde a una demanda creciente por parte de los pacientes de información sobre su salud, lo que está motivando un cambio en la relación médico-paciente". En el evento, al que han asistido las principales autoridades en materia sanitaria, se abordaron temas clave como el envejecimiento, la salud mental, la tecnología sanitaria y la era digital en los medios de comunicación.

NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics®

¿Cómo valora el comportamiento del sector sanitario en Bolsa?



La mayor parte de nuestros lectores (32%) hace una valoración positiva del sector sanitario, pues es un sector de previsible crecimiento, y un 25% cree que su comportamiento es positivo sólo en biotecnología. Para un 22% su comportamiento está lejos del nivel otros sectores punteros de la economía, y para un 21% el sector sanitario está escasamente representado en bolsa.

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

DPM, un instrumento clave para expertos en formación médica continuada

El Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) ha presentado su nueva revista: DPM–Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina, en cuya elaboración participan los expertos nacionales e internacionales más destacados en el ámbito de la formación y el desarrollo profesional médico. La revista tendrá una periodicidad trimestral y contará con una edición electrónica.

El Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (Idepro), entidad dedicada a dar respuesta a las necesidades detectadas en el campo de la formación continuada en Atención Primaria, ha presentado su nueva publicación en la sede de la Organización Médica Colegial (OMC). Al acto, presidido por Juan José Rodríguez Sendín; secretario de la OMC; acudieron José Antonio Martínez Pérez; director de DPM, y Felipe Chavida, presidente de Idepro.

José Antonio Martínez Pérez apuntó que la revista DPM tiene el objetivo de “abordar los temas relativos al Desarrollo Profesional Continuo (DPC) en el ámbito de la salud” y explicó que la revista está orientada “a todos los profesionales interesados tanto en los temas relacionados con la Formación Continuada” como con el DPC. En sus páginas, esta publicación recoge una amplia oferta de contenidos: desde la información más actualizada sobre educación de

pregrado y posgrado, hasta formación continuada, metodología y experiencias formativas, análisis de herramientas evaluativas, revisiones y comentarios de la literatura mundial, y experimentos formativos.

Según explicó Martínez-Pérez, DPM “tendrá una periodicidad trimestral, publicándose cuatro números al año que se distribuirán en núcleos de formación” donde exista un interés por la formación y el desarrollo continuado, “como universidades, unidades docentes de Medicina Familiar, sociedades científicas, la OMC, etcétera”. También está prevista la celebración de foros de debate que servirán

de apoyo a la publicación, que contará con una edición en formato electrónico disponible en la red.

En la elaboración de la revista participan los expertos más destacados en el ámbito de la formación y el desarrollo profesional médico, tanto del ámbito nacional como del internacional. El número cero de DPM cuenta con firmas tan destacadas como Helios Pardell, director de SEAFORMEC; Arcadi Gual, de la Fundación Educación Médica; Verónica Casado, presidenta de la Comisión

de Medicina Familiar y Comunitaria; y Felipe Chavida, director de Idepro.

Por su parte, Felipe Chavida comentó que “actualmente, las necesidades de formación de los médicos en ejercicio no se están cubriendo”. Sin embargo, destacó que, si se echa un vistazo a la actual oferta de formación continuada, “ésta se presenta en formatos académicos, como conferencias, talleres o cursos presenciales, muy basados en la mejora del conocimiento”, pero

que dan poca importancia a la práctica. El presidente de Idepro subrayó que la característica esencial que distingue al DPM de este sistema formativo es que “debe tener un alto grado de implicación por parte de la persona que aprende, para que ésta autodirija su aprendizaje”.

Chavida apuntó que para un adecuado desarrollo profesional es necesario “aprender a desaprender los esquemas previos y hacer más hincapié en las competencias que en los conocimientos”, ya que “el verdadero objetivo de la actividad formativa es conseguir un cambio de conducta” en el ejercicio cotidiano de la profesión. ■



De izquierda a derecha, Felipe Chavida, Juan José Rodríguez Sendín y José Antonio Martínez Pérez.

Debate sobre las patentes farmacéuticas en España

“La protección de las patentes favorece al conjunto de la economía”

Los expertos reunidos por Pfizer en la mesa redonda “Las patentes farmacéuticas en España: Un derecho en discusión” creen que se debería abogar por un acuerdo entre la Administración y las empresas biomédicas que incentive la inversión privada y permita hacer realidad los planes españoles de I+D+i.

La industria biomédica innovadora requiere una apuesta decidida de la Administración para armonizar la legislación española en materia de patentes con la europea para seguir manteniendo el alto nivel de inversión que ha llevado a cabo en la última década y que además, ahorraría costes al sistema sanitario y judicial. Ésta ha sido una de las principales conclusiones obtenidas en la mesa redonda “Las patentes farmacéuticas en España: Un derecho en discusión”, organizada por Pfizer, en la que han participado el ex ministro de Sanidad, Julián García Vargas; el catedrático de Derecho Mercantil, José Massaguer Fuentes; el director de la Unidad Legal de Pfizer en España, Vicente Morales; y Francisco J. García Pascual, director de Comunicación y Relaciones Profesionales de Pfizer.



Ponentes de la mesa redonda organizada por Pfizer.

Tal y como recordó García Pascual, “el sistema de patentes, tal como está concebido, constituye un elemento que permite garantizar la existencia de un período de exclusividad para la comercialización de un producto innovador durante el cual se pueda recuperar, si el mercado así lo determina, la inversión realizada y garantizar, además, recursos que permitan seguir investigando en nuevos medicamentos”. Por su parte, José Massaguer, analizó la legislación europea y española en materia de protección industrial de los medicamentos y señaló que “debería haber una intervención legislativa”.

Julián García Vargas insistió en la necesidad de que la Administración pública “busque un punto de equilibrio que permita mantener la contención del gasto al tiempo que se estimula a la industria para que invierta en Investigación y Desarrollo en España”. ■

Suscríbase

el mejor soporte
para integrar
visión de negocio,
práctica clínica
y avances tecnológicos



Recibirá gratuitamente
la revista mensual
cumplimentando
el boletín de suscripción
en www.dentalpractice.es

ASOCIACIONES (XXI) Las asociaciones de pacientes son cada vez más importantes en España. A través de esta sección, ofrecemos una panorámica de las existentes en nuestro país.

Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS)

Casi tres millones de mujeres en España padecen osteoporosis

La Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS) lleva más de doce años trabajando en el estudio y prevención de la osteoporosis, una enfermedad que en España padecen más de dos millones y medio de mujeres. De hecho, entre el 30 y el 50 por ciento de todas las posmenopáusicas padece esta enfermedad.

Actualmente más de dos millones y medio de mujeres en nuestro país padecen osteoporosis, un 35 por ciento son mayores de 50 años y más de la mitad están por encima de los 70 años.

Osteoporosis significa “hueso poroso” y consiste en una disminución de la masa ósea, es decir, de la cantidad de hueso por unidad de volumen. De esta manera, el hueso se vuelve más frágil y se puede fracturar con más

facilidad. La principal complicación de la osteoporosis son las fracturas; siendo el 70 por ciento de las producidas en personas mayores de 45 años, condicionadas por esta enfermedad. Las más frecuentes son a nivel de la columna vertebral, antebrazo y cadera.

Desde 1994, la Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS) trabaja con la finalidad de promover el conocimiento, divulgación y comprensión de esta enfermedad, además de luchar por la mejora de las



“Una dieta equilibrada ayuda a prevenir la osteoporosis”

Carmen Sánchez es la presidenta de la Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS).

MEDICAL ECONOMICS.: ¿Cuáles son las principales actividades que lleva a cabo AECOS?

CARMEN SÁNCHEZ.: Fundamentalmente, promover el conocimiento, divulgación y comprensión de la osteoporosis y otras enfermedades óseas, en todo su ámbito; prestar apoyo psicológico y social a las personas afectadas; sensibilizar a la opinión pública; realizar campañas de prevención e información; estimular la participación de los so-

cios a través de conferencias, clases de gimnasia, talleres, excursiones; y realizar envíos de información.

M.E. ¿Cree que hoy la sociedad está más informada y concienciada frente a los peligros de la osteoporosis?

C.S.: Creo que no. La prueba de que la sociedad no está más concienciada o informada la tenemos en el éxito de asistencia de las conferencias de divulgación, que actual-

mente estamos realizando en los centros culturales de Madrid, gracias al apoyo financiero de DKV seguros.

M.E.: ¿Cuáles son las opciones terapéuticas que existen a día de hoy?

C.S.: Los pacientes no podemos informar de opciones terapéuticas, ya que esto lo marcan los médicos que atienden a las pacientes. Hay varios tratamientos que pueden ser más



condiciones de vida del paciente y sus familiares.

Informar y sensibilizar

AECOS tiene como objetivos la prevención e información de los riesgos de la osteoporosis, la ayuda a las personas y familiares afectados por la enfermedad, así como sensibilizar a la opinión pública sobre lo que supone esta patología.

Entre las causas que la producen destacan tres fundamentalmente. En primer lugar, el envejecimiento, que provoca una disminución de la cantidad del hueso, por tanto, cualquier persona puede padecerla. En segundo lugar, la herencia, es decir, aquellas personas que tienen antecedentes familiares de fracturas. Se conocen algunos de los genes relacionados con el desarrollo de una masa ósea, por lo que existe la posibilidad de evitar la enfermedad actuando desde la infancia. Y, por último, la dieta pobre en calcio, que es un elemento fundamental en la formación de hueso y lo contienen principalmente los derivados lácteos (leche, yogur, queso y helados), aunque también está presente en otros alimentos como pescados azules, frutos secos, etcétera. Junto a la edad, la menopausia es otro factor desencadenante y/o acelerador de la osteoporosis, ya que la disminución de los estrógenos que se da en esta etapa de la vida provoca que aumente la reabsorción ósea y, con ello, la pérdida de densidad de los huesos. La manera

de diagnosticar esta enfermedad es a través de la densitometría ósea, estudio que mide la densidad de la masa ósea. Una vez diagnosticada la osteoporosis, existen varias alternativas de tratamiento. Actualmente existen varios fármacos que ayudan a recuperar la masa ósea perdida y son de fácil administración.

La gran amenaza para las pacientes con osteoporosis es que no cumplan adecuadamente su tratamiento y, en muchos casos, lo abandonen, dejando sus huesos desprotegidos. De hecho, actualmente se estima que un alto número de mujeres con osteoporosis no toma ninguna medicación para su enfermedad y

- AECOS se creó en el año 1994, y fue declarada de utilidad pública en 2004.
- Se calcula que en España tres millones de mujeres tienen osteoporosis.
- El diagnóstico de la enfermedad se realiza a través de la densitometría ósea, estudio que mide la densidad de la masa ósea.
- En la red: www.aecos.es

que el 60 por ciento de éstas a las que se les prescribe un tratamiento contra la enfermedad, lo acaba abandonando. Por ello se están realizando campañas informativas para evitar que las personas que padecen la enfermedad abandonen el tratamiento. ■

cómodos para la adherencia de las pacientes independientemente del beneficio que reportan. Estos pueden ser diarios, semanales o mensuales.

M.E.: ¿En qué medida influye una alimentación sana y equilibrada para prevenir la enfermedad?

C.S.: En todas las etapas de la vida, una dieta equilibrada favorece la obtención de huesos sanos y fuertes. Una buena dieta incluye la cantidad suficiente de calorías, proteínas, grasas y carbohidratos, además de vitaminas y minerales, especialmente vitamina D y calcio. Tomar alimentos ricos en calcio es la receta para tener huesos sanos, y en consecuencia gozar de una buena calidad de vida.

M.E.: ¿Qué balance puede hacer del Día Nacional contra la Osteoporosis celebrado recientemente?

C.S.: Se celebraron distintas conferencias durante la semana del 15 al 22 de octubre, con una asistencia masiva tanto en Alcorcón (Madrid), como en Barcelona, así como una rueda de prensa en Madrid en colaboración con la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO). Asimismo, se proyectó un video informativo y se nos realizó una entrevista en una emisora de radio de Barcelona. Además el día 22 de octubre, fecha a la que se trasladó la celebración al caer en sábado, se realizaron densitometrías gratuitas en colaboración con FHOEMO.

M:E: ¿Cuáles son los proyectos de futuro en los que trabajan?

C.S.: Barajamos formar a monitores que impartan ejercicios en los centros culturales y adapten las tablas de gimnasia para personas con problemas de osteoporosis, ya que hemos constatado en nuestras charlas, que siempre van acompañadas de ejercicio físico, que éste es una parte importante en la prevención de la osteoporosis. Además nos gustaría que las actividades que realizamos en Madrid, se pudieran trasladar a las delegaciones que tenemos en España: Segovia, Barcelona, Valencia, Pamplona, Almería... y si fuera posible, establecer nuevas delegaciones en las provincias donde no tenemos todavía ningún representante. ■



José María Martínez García*

Estrategias de Recursos Humanos en una clínica

Descripción esquemática de las estrategias y decisiones a tomar por el departamento de Recursos Humanos de una empresa sanitaria.

Las estrategias más importantes, según hemos venido viendo en anteriores columnas de esta revista, son las siguientes.

Estrategia de reducción de costes. Consiste en:
- Realizar descripciones de trabajo estable que no permitan ni un pequeño espacio de confusión.

Problemas de motivación	Posibles soluciones
<ul style="list-style-type: none"> ✗ Definición de funciones inadecuada (ausencia de objetivos, descripción de trabajo inadecuada, inadecuados estándares, inadecuada valoración). ✗ Impedimentos en la realización (burocracia u obstáculos ambientales, inadecuado soporte o recursos, mal ajuste empleado-trabajo, información inadecuada). ✗ Inadecuada conexión entre trabajo y recompensa (inapropiadas, pobres intervalos de recompensas, baja probabilidad de recibir recompensas, inadecuación en la distribución). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Descripciones de trabajo bien definidas. ✓ Modos de operación bien definidos. ✓ Fijación de objetivos. ✓ Seguimiento de actuación. ✓ Promover la selección de personal. ✓ Rediseño de trabajo o enriquecimiento. ✓ Realzar factores de higiene (seguridad y limpieza ambiental, salario y beneficios, seguridad en el trabajo, tiempo libre, equipos). ✓ Modificación de conocimientos o refuerzo positivo (individual o de grupo). ✓ Pago por realización de trabajos. ✓ Promover logros o factores de crecimiento (participación de los empleados, rediseño de trabajo, planificaciones, oportunidades de desarrollo profesional). ✓ Promover la estimación de factores de poder (autonomía o control personal, equipos autónomos de trabajo, autogestión, programas de trabajo modificados, reconocimiento o recompensa, oportunidad de mostrar habilidades, talento, entrenamiento a otros, promociones en rango o posición, información de cuestiones internas del departamento, actividades o proyectos). ✓ Promover afiliaciones o factores relacionados (trabajos en grupo, reuniones de trabajo, actividades sociales, profesionales y participaciones en grupo, comunicación personal o estilo de jefatura).

- Diseñar trabajos específicos, y graduación específica, para fomentar especialización y eficacia.
- Medir resultados a corto plazo.
- Acercarse a niveles de pago reales en el mercado.

Estrategia de realzar la calidad. Trata de:

- Fijar y explicitar descripciones de trabajo.
- Conseguir un alto nivel de participación de los empleados en materias relacionadas con el trabajo.
- Mezclar valoraciones individuales, y de grupo, que den resultados a corto plazo.
- Ofrecer una igualdad de tratamiento de los empleados con algún empleo garantizado.
- Aumentar los entrenamientos continuos y el desarrollo.

La estrategia de innovación o desarrollo crea grupos de trabajo con interacción y coordinación de individuos

Estrategia de innovación o desarrollo. Consiste en:

- Crear grupos de trabajo que requieran interacción y coordinación entre individuos.
- Hacer valoraciones que reflejen logros obtenidos con grupos a largo plazo.
- Promover trabajos que permitan a los empleados el desarrollo de habilidades que puedan ser útiles a la organización.
- Establecer una compensación que ponga de manifiesto la equidad interna frente a mercados externos.
- Hacer pagos que tiendan a ser menores, pero que permitan compensaciones flexibles a los empleados.
- Proporcionar el acceso a cursos que animen al empleado al desarrollo de gran diversidad de técnicas.

En cuanto a los problemas comunes de motivación de los empleados y sus posibles soluciones, el cuadro de la página anterior nos muestra todas las posibilidades existentes y posibles soluciones que nos van a ser muy útiles en la práctica de la actividad. A veces serán también mezcla de varias de ellas. ■

**Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad.
Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net*

XIV Congreso Nacional de Derecho Sanitario

Médicos y juristas acuden a su cita anual con el derecho sanitario

Las controversias en prescripción por principio activo, la e-salud y protección de datos, la investigación biomédica y la seguridad del paciente son algunos de los temas que se han tratado en el XIV Congreso Nacional de Derecho Sanitario, celebrado del 18 al 20 de octubre en el madrileño Colegio de Médicos.

La inauguración del XIV Congreso Nacional de Derecho Sanitario contó con la presencia de Ricardo de Lorenzo, presidente del Comité Organizador; Belén Prado, viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid; Juliana Fariña, presidenta del Colegio Oficial de Médicos de Madrid; y Jesús Aguirre, vicepresidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Ricardo de Lorenzo explicó los principales bloques temáticos que se tratarían: prescripción por principio activo, e-salud y protección de datos, investigación biomédica, y seguridad del paciente, entre otros.



Inauguración oficial del XIV Congreso Nacional de Derecho Sanitario.

En su conferencia magistral sobre la “Convergencia Europea y Medicina en España”, el profesor Ángel Nogales dedicó un punto final al debate abierto sobre la necesidad de facultativos en nuestro país. Según Nogales, “No resulta lógico reclamar más médicos a la Universidad sin que, previamente, se disponga de estadísticas fiables, sin haber aumentado el número de plazas MIR e, incluso, sin haber adoptado una política de salarios adecuados”.

Por otro lado, las recientemente aprobadas leyes de Investigación Biomédica, de Sociedades Profesionales y del Trabajador Autónomo protagonizaron la XIV edición del Congreso Nacional de Derecho Sanitario, que este año ha contado con un programa muy extenso donde el gran ausente ha sido el baremo de daños sanitarios. Para Ricardo de Lorenzo la falta de este baremo supone “un tremendo atraso”, ya que es un elemento fundamental para frenar la judicialización que sufre el sector sanitario en España. ■

Consultoría

Gestión de Calidad: Medio Ambiente



Elisa Herrera Fernández*

Residuos peligrosos en los centros sanitarios

Durante las últimas décadas ha surgido una gran preocupación ambiental y de salud por los problemas que originan los residuos peligrosos.

La preocupación por los residuos peligrosos, que surgió en los países con mayor desarrollo económico por ser los mayores productores de residuos, no puede quedar ajena a los centros sanitarios por dos razones evidentes: por un lado somos productores de residuos peligrosos, por otro, el objeto de nuestra actividad es la salud.

Pregunta: *¿Cuál es el punto clave en la gestión de los residuos peligrosos?*

Respuesta: La clave de todo es el personal sanitario. Efectivamente, la experiencia ha demostrado que para lograr un manejo adecuado de los residuos peligrosos, es necesaria una infraestructura que facilite tomar las acciones necesarias. Los daños que se pueden ocasionar al medio ambiente y a la salud, y por tanto a los trabajadores, por la incorrecta gestión de los residuos peligrosos, son de una enorme importancia. Pero precisamente el personal de la clínica es el gran olvidado a la hora de poner en marcha cualquier plan de gestión de residuos.

El personal sanitario debe manipular estos residuos con los medios y la formación suficientes para evitar daños en la salud de las personas y al medio ambiente. Ya sabemos que los centros sanitarios manejan cantidades diversas de residuos tóxicos, infecciosos, radiactivos, punzantes o cortantes que tienen que ser tratados específicamente para no dañar a la salud de las personas y al medio ambiente. Por ello, se dispone de protocolos muy concretos y una normativa que precisa cómo gestionar estos residuos.

P ¿Quién es el responsable de la adecuada gestión de los residuos peligrosos?

R Según la legislación, la dirección del centro es la responsable de garantizar el tratamiento adecuado de los residuos peligrosos, asegurando que el personal sanitario cuente con los medios y la formación suficientes para realizar de manera segura la manipulación, el almacenamiento y el traslado al depósito final de los mismos.

Normalmente, los centros suelen optar por contratar la gestión externa a una empresa especializada que, a su vez, colabora en su gestión interna. El personal de limpieza no es el encargado de manipular los residuos peligrosos.

P ¿Qué tareas son imprescindibles y necesarias para una adecuada gestión de los residuos?

R En primer lugar, es preciso clasificar y cuantificar con exactitud los residuos, de manera que se pueda elaborar un inventario con la tipología y la cantidad estimada.

El envasado y separación de los residuos es otra de las tareas fundamentales. En general, se suelen utilizar distintos tipos homologados de contenedores, bidones o cajas estancas de polietileno, así como envases de seguridad con cortafuegos y compensación de presión, dependiendo del tipo y la cantidad del residuo. En cualquier caso, el envase deberá estar correctamente etiquetado según el contenido, e identificado según el productor, de manera que se informe rápidamente de los posibles riesgos.

Consultoría

Gestión de Calidad Medio Ambiente

A continuación debemos pasar al almacenamiento de los residuos en los distintos grupos, hasta la retirada por parte de la empresa gestora, que es también responsabilidad de la clínica.

P ¿Cómo se deben manipular estos residuos?

R Se deben asumir diversas precauciones para evitar posibles peligros, como utilizar equipos de protección adecuados al tipo de residuo; asumir el máximo nivel de protección en caso de desconocer sus características; manipular residuos siempre en compañía; escoger el tipo de envase según el tipo de residuo y transportarlo de manera adecuada según el peso y el tamaño, depositándolos siempre que sea posible en el suelo, y nunca a más de 1,70 cm. de altura ni en zonas de paso.

Las cinco 'erres' de los residuos sanitarios

- **Reducir** al mínimo la cantidad y peligrosidad del residuo en la fuente (optar por utilizar técnicas que utilicen la menor cantidad posible de sustancias, ajustar al máximo el stock de reactivos no sólo como medida de seguridad, sino también para que no acaben desperdiándose).
- **Reutilizar** el residuo en el mismo uso que lo produjo.
- **Reciclar** el residuo como materia prima secundaria en el mismo proceso productivo o de consumo que lo originó.
- **Recuperar** los residuos para usos distintos del ciclo productivo que lo creó.
- **Reemplazar** o sustituir sustancias, procesos y productos por otros menos contaminantes.

La sección Consultoría-Gestión de Calidad está a cargo de **Elisa Herrera Fernández**, experta jurídica en Derecho Ambiental
Para contactar: elisa.herrera@orange.es.

Romilar®

Hidrobromuro de Dextrometorfano

Financiado
por la Seguridad
Social

Romilar® jarabe: Hidrobromuro de dextrometorfano. **COMPOSICIÓN:** Romilar jarabe contiene, como principio activo, por cada 5 ml (una medida-cucharita), 15 mg de hidrobromuro de dextrometorfano (DCI). Excipientes: Etanol anhidro, sacarosa, sorbitol líquido no cristalizante, benzoato de sodio (E-211), aceite de naranja dulce, tetraolima limón, aceite de coriandro, ácido cítrico anhidro, caramelo concentrado (E-150 C) y agua purificada. **PROPIEDADES:** El hidrobromuro de dextrometorfano tiene una acción inhibidora específica y pronunciada, sobre la irritación del centro de la tos, por lo que es eficaz frente a diversas formas de tos. No tiene acción narcótica ni analgésica. **INDICACIONES:** Antitusivo, tratamiento sintomático de todas las formas improductivas de tos (tos irritativa, tos nerviosa). **POSOLOGÍA:** Adultos: 30 a 120 mg (2-8 medidas-cucharitas) al día. Niños (de más de 2 años): 7,5 a 15 mg (1/2-1 medida-cucharita) según la edad, 2-4 veces al día. **MODO DE EMPLEO:** Romilar jarabe se puede tomar puro o diluido en agua, leche, té, jugos de fruta, etc., de preferencia después de las comidas. Se incluye cucharilla de 5 ml. Producto no estéril. Desechar una vez acabado el contenido del medicamento. Debe enjuagarse después de cada uso. **CONTRAINDICACIONES:** No administrar este medicamento en casos de hipersensibilidad al dextrometorfano, insuficiencia respiratoria o tos asmática. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Durante el tratamiento puede aparecer somnolencia o molestias gastrointestinales. En ese caso es aconsejable reducir la posología. El consumo simultáneo de alcohol durante el tratamiento puede acentuar la aparición de efectos secundarios. No ingerir bebidas alcohólicas durante el mismo. **PRECAUCIONES:** Debe observarse el elemental principio médico de no administrar medicamentos de ningún tipo en el primer trimestre del embarazo, excepto en casos de necesidad absoluta. Durante el tratamiento puede aparecer, en raras ocasiones, una disminución de la capacidad de reacción o somnolencia, que habrá de tenerse en cuenta en caso de conducir automóviles o manejar maquinaria peligrosa. Debe administrarse con precaución en pacientes con enfermedades hepáticas. **ADVERTENCIA:** Consulte a su médico si la tos persiste más de una semana o si va acompañada de fiebre alta, erupciones en la piel o dolor de cabeza persistentes. No administrar a niños menores de dos años sin indicación del médico. No utilizar este medicamento en caso de tos persistente o crónica, como la debida al tabaco, asma o enfisema, o cuando la tos va acompañada de abundantes secreciones. **Advertencias sobre excipientes:** Este medicamento contiene 0,65 g de sorbitol como excipiente por cada medida-cucharita. Puede causar molestias de estómago y diarrea. No debe utilizarse en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa. Este medicamento contiene 3,05 g de sacarosa por cada medida-cucharita, lo que deberá ser tenido en cuenta en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, problemas de absorción de glucosa/galactosa, deficiencias de sacarasa-isomaltasa y pacientes diabéticos. Por contener benzoato de sodio (E-211) como excipiente puede irritar ligeramente los ojos, la piel y las mucosas. Puede aumentar el riesgo de coloración amarillenta en la piel (ictericia) en los recién nacidos. **INTERACCIONES:** No debe administrarse con ciertos medicamentos antidepresivos (IMAO) por lo que si se encuentra en tratamiento con alguno de ellos, consulte a su médico o farmacéutico antes de tomar este medicamento. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Los signos de sobredosis se manifiestan con confusión, excitabilidad, inquietud, nerviosismo e irritabilidad. La ingestión accidental de dosis muy altas puede producir en los niños un estado de sopor o alteraciones en la forma de andar. Estos efectos desaparecen mediante la inducción al vómito y lavado gástrico. En caso de depresión respiratoria, administrar naloxona y asistencia respiratoria. En caso de convulsiones, administrar benzodiacepinas I.V. o rectal, en función de la edad. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono (91) 562 04 20. **CONSERVACIÓN:** Protéjase el envase del calor. **PRESENTACIÓN:** Jarabe envase de 200 ml (Se incluye una medida-cucharita de 5 ml, graduada) P.V.P. (IVA) 2,59 €. **OTRAS PRESENTACIONES:** Comprimidos con 15 mg (con ranura en cruz) envase de 20. Gotas con 15 mg por ml (20 gotas) envase de 20 ml. **IMPORTANTE PARA LA MUJER:** Si está usted embarazada o cree que pudiera estarlo, consulte a su médico antes de tomar este medicamento. El consumo de medicamentos durante el embarazo puede ser peligroso para el embrión o el feto y debe ser vigilado por su médico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **Titular:** QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER, S.L. Pau Claris, 196 08037 Barcelona. **Fabricante:** Famar Netherland B.V. Industrieweg 1, 5531 AD Bladel - The Netherlands.



El antitusígeno más económico
financiado por el S.N.S.

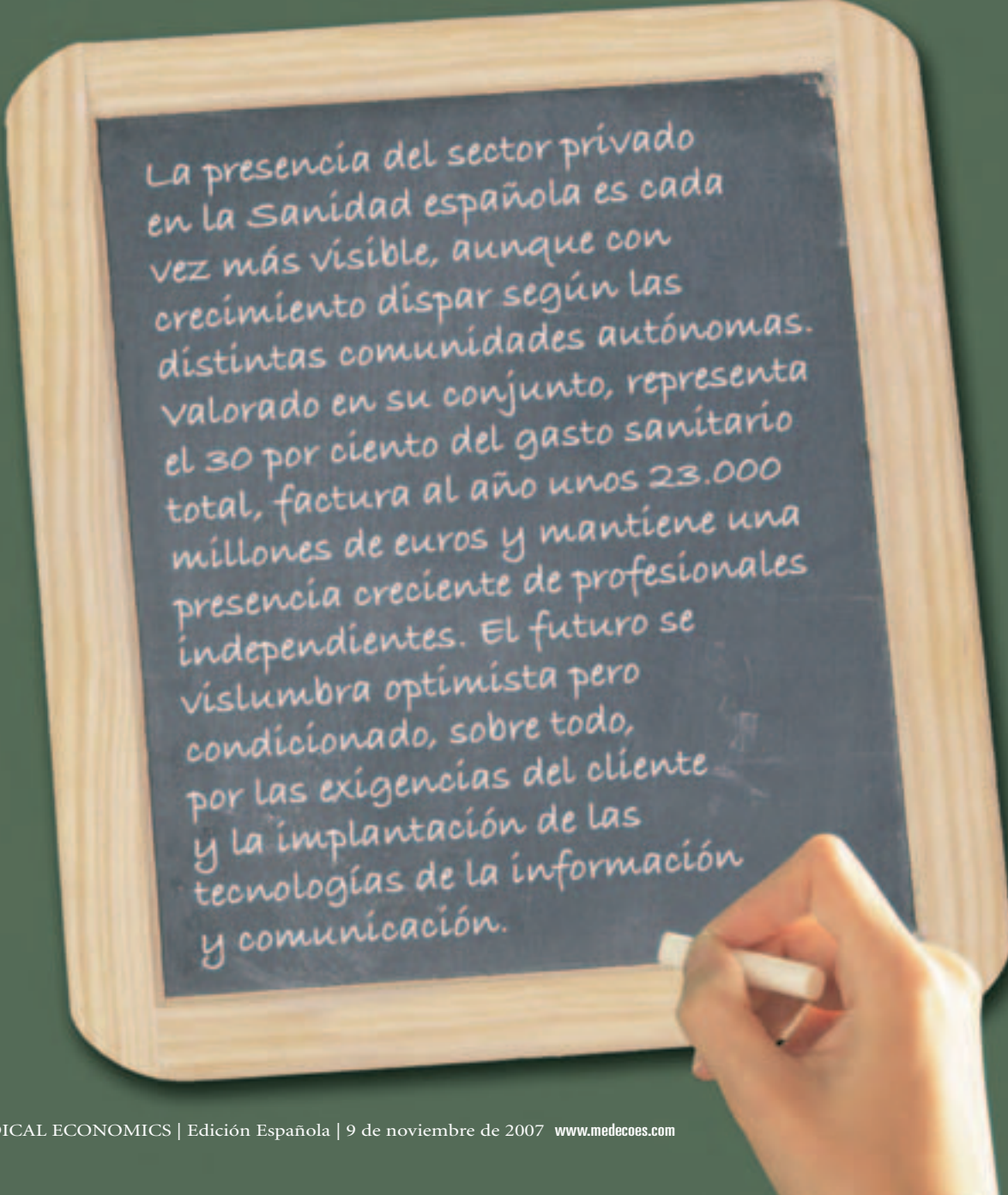


Bayer HealthCare

Química Farmacéutica Bayer, S.L.
Pau Claris, 196 - 08037 Barcelona
<http://consumercare.bayer.es>

Un sector con buena salud

La sanidad privada factura 23.000 millones



La presencia del sector privado en la Sanidad española es cada vez más visible, aunque con crecimiento dispar según las distintas comunidades autónomas. Valorado en su conjunto, representa el 30 por ciento del gasto sanitario total, factura al año unos 23.000 millones de euros y mantiene una presencia creciente de profesionales independientes. El futuro se vislumbra optimista pero condicionado, sobre todo, por las exigencias del cliente y la implantación de las tecnologías de la información y comunicación.



Gonzalo San Segundo

La obtención de ingresos, la libertad de ejercicio, la vocación, el trato humano y la tradición familiar, por este orden, son las razones de mayor peso que esgrimen los médicos para trabajar en el sector privado de la Sanidad española. La obtención de mayores retribuciones también es el factor principal que motivaría al facultativo a abandonar el sector privado por el público, según el reciente *Estudio comparativo autonómico del sector sanitario privado*, elaborado por la consultora Áliad.

El informe, basado en datos obtenidos de distintas fuentes oficiales y en una encuesta entre profesionales y directivos del sector, señala que los médicos consultados, en general, consideran que las condiciones de la sanidad pública son mejores que las de la privada. Sin embargo, apelan al “buen ambiente de trabajo”, las “buenas condiciones profesionales” y la “oportunidad de ejercer libremente la profesión” para permanecer en la sanidad privada.

Las particularidades del sector privado de la Sanidad española dependen de las variables socio-económicas y políticas de la comunidad autónoma de que se trate. Así, Cataluña, Madrid y Baleares registran más empresas sanitarias por cada mil habitantes que Andalucía, Galicia, Navarra o Castilla-La Mancha, siendo estas dos últimas comunidades las que cuentan con menor iniciativa sanitaria privada. En concreto, mientras en Baleares tocan a 0,30 hospitales por cada mil habitantes, a los andaluces y a los murcianos les corresponden la mitad.

La contribución de los profesionales independientes a la facturación del sector tampoco se corresponde con el

peso que representan las empresas sanitarias en cada comunidad, aunque sí indica el grado de atomización existente. Los datos del citado informe señalan que cuanto mayor es la representación de los profesionales, más disgregado se realiza el servicio en torno a los hospitales, actividad ésta que se halla en un proceso claro de concentración.

Por ejemplo, resalta el hecho de que en Murcia el aporte de los profesionales independientes a la facturación del sector sanitario privado es incluso mayor que el correspondiente a las empresas: representa un 4,12 por ciento sobre el total nacional facturado por los profesionales y un 37 por ciento en relación al total de los profesionales sanitarios privados de las cuatro comunida-

Las particularidades del sector privado de la Sanidad española dependen de las variables socio-económicas y políticas de cada comunidad autónoma

des autónomas que el informe analiza con detenimiento: Andalucía, Baleares, Madrid y la propia Murcia.

Otro de los parámetros que miden el peso de la actividad sanitaria privada es el grado de implantación de los seguros privados de salud. El mencionado estudio refleja que Madrid y Baleares son las dos comunidades au-

Dimensión del sector sanitario privado (%)

SUBSECTOR	EMPRESAS ⁽¹⁾	FACTURACIÓN ⁽²⁾
Actividades médicas	52	17
Actividades odontológicas	16	4
Actividades hospitalarias	1	23
Otras actividades ⁽³⁾	31	16
Profesionales independientes	—	40

⁽¹⁾ Total: 106.224.

⁽²⁾ Total: 22.830 millones de euros.

⁽³⁾ Comprende servicios de ambulancias, laboratorios de análisis clínicos y otras actividades.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos contenidos en el *Estudio comparativo autonómico del sector sanitario privado*, elaborado por Áliad.

tónomas con mayor volumen de primas por asegurado, por encima de la media nacional, y donde mayor porcentaje de población asegurada entre particulares existe, con un 19,5 y un 22 por ciento, respectivamente.

Otro informe, titulado *Elecciones saludables: El papel cambiante de las aseguradoras sanitarias*, publicado recientemente por PricewaterhouseCoopers, pone de manifiesto que el número de asegurados experimenta desde 2002 un crecimiento constante y sostenido. También el volumen de primas ha evolucionado en ascenso, pero en este caso “más a un aumento del precio que a un aumento significativo de la población cubierta”. De ahí que, añade la citada publicación, un tercio del crecimiento de la facturación de este sector se debe al aumento de la población protegida, y los dos tercios restantes al incremento de los precios de las primas. De tal forma que el 5 por ciento del gasto sanitario en España corresponde a las pólizas privadas (ver apoyo: *Las dependencias del seguro sanitario privado*).

En general, y partiendo de los datos expuestos, el sector de la sanidad privada en España presenta una tendencia positiva. Más positiva cuanto menos peso representa en la actualidad en la respectiva comunidad autónoma.

Un dato que muestra la buena salud del sector es la evolución de la ocupación (la suma de asalariados y profesionales independientes), que en el ámbito nacional ha crecido un 60 por ciento desde 1999 a finales del año pasado. Así, en Andalucía y Murcia se ha duplicado, mientras que en Madrid el aumento no llegó al 29 por ciento. Este menor porcentaje es debido a la mayor implantación de la sanidad privada.



Una mayoría de médicos del sector privado considera que las condiciones laborales de la sanidad pública son mejores.

Las dependencias

Los seguros sanitarios privados son “el gran andamio del que cuelga la sanidad privada de este país”; en palabras de Teófilo Sáez, presidente de la Comisión Técnica de Salud de Unespa, la patronal del seguro. Y “pueden jugar un papel importante en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud” (SNS), comenta Javier Murillo, director general de Adeslas. Los datos dan contenido a esas frases.

En el conjunto del seguro español, el sanitario es el cuarto ramo en importancia, con el 8,6 por ciento de las primas emitidas. Da cobertura al 15 por ciento de la población, o sea, más de siete millones de personas. Y las pólizas privadas representan el 5 por ciento del gasto total en salud. Sólo estas cifras dan idea de la importancia de un sector en crecimiento, aunque sujeto a una serie de dependencias de las que en gran medida depende su futuro, según detalla el informe Elecciones saludables: El papel cambiante de las aseguradoras sanitarias, publicado recientemente por PricewaterhouseCoopers.

Seguro obligatorio. El SNS cubre prácticamente a la totalidad de la población, lo que hace que la clientela del seguro médico privado tenga duplicada su cobertura. Sólo los funcionarios tienen la posibilidad de sustituir el sistema público por el privado. La doble cobertura condiciona a las compañías, a su vez, a mantener unas pólizas de bajo precio, con prestaciones similares a las del SNS, excepto los medicamentos. Dicho precio es “el más bajo de Europa”, Portugal incluido, según Josep Santacréu, consejero delegado de DKV Seguros.

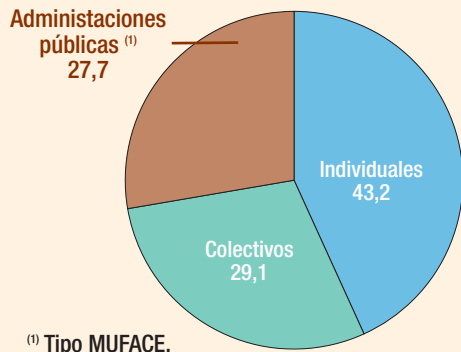
Decisiones políticas. A partir de unas prestaciones mínimas para toda España, las comunidades autónomas han ido subiendo el listón de la cobertura sanitaria para sus ciudadanos. Así, algunas de ellas han incorporado, por ejemplo, la atención médico-dental, y que el Gobierno central ha prometido extender a toda la población hasta cierta edad. Decisiones como éstas reducen el espacio de actuación de las compañías privadas.

Oferta compartida. Actualmente, las compañías aseguradoras cuentan con extensos cuadros médicos y de clínicas, que en gran medida son compartidos. Esto entraña una doble dificultad: la distinción de los productos de una y otra empresa por parte del cliente.



del seguro sanitario privado

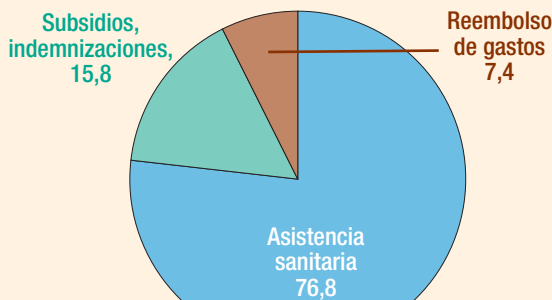
Los clientes según el tipo de seguro (%)



te y el control de los costes y la calidad de los servicios por parte de las aseguradoras. Algunas grandes compañías están formando sus propios grupos hospitalarios. “El futuro se basa en compañías grandes especializadas”, asegura Francisco Ivorra, presidente de Asisa.

Mutualismo de los funcionarios. Las perspectivas de la asistencia sanitaria de los más de dos millones de funcionarios afiliados en Muface, Mugeju e Isfas se presentan como un elemento importante para el futuro del seguro médico privado. Cuanto mayor sea la ampliación del colectivo cubierto, más se incrementaría el papel de las aseguradoras en el servicio público. El sistema es totalmente público y gratuito, y de gestión privada, en cuyo concierto los licitadores no compiten por bajar precios, sino en mejorar la calidad asistencial que ofrecen.

Reparto de las pólizas según la modalidad (%)



Fuente: Informe de DBK, julio 2006.

Duración de las pólizas. La vida media de las pólizas sanitarias en España es de unos cinco años, siendo inexistente el seguro de salud privado a largo plazo. O sea, existe una elevada rotación de asegurados, que se traduce en una baja fidelización de los clientes. Al respecto señala Jordi Conejos, consejero delegado de Agrupación Mútua: “Algo ocurre que no estamos haciendo bien”.

Financiación pública. El futuro del sector dependerá, en buena medida, de las posibilidades financieras del SNS: a mayor gasto o inversión pública y mayor cobertura asistencial, menor será el desarrollo del seguro privado.

Ley de Dependencia. Resultan realmente difíciles las perspectivas de un crecimiento significativo en número

El quinteto ganador*

Compañía	Primas 2006 ⁽¹⁾
adeslas	903,1
SANITAS	726,6
ASISA	631,8
MAPFRE CAJA SALUD	353,4
DKV	239,3

* Ránking de las principales compañías aseguradoras por volumen de facturación.

⁽¹⁾ Millones de euros.

Fuente: Informe de DBK, julio 2006.

ro de afiliados bajo el régimen de doble cobertura. De ahí que las aseguradoras están explorando otras opciones de negocio y expansión, como introducirse en el campo de los provisos, concretamente para prestaciones no cubiertas por el sistema público; la prestación de servicios a la tercera edad, y tomando posiciones ante los nuevos horizontes o nichos de mercado que se abren con la Ley de Dependencia, con la creación del Sistema Nacional de Dependencia (SND). Uno de esos horizontes es el seguro de dependencia, de próxima regulación. Otro, los servicios de ayuda domiciliar y de teleasistencia. Uno más: la construcción de residencias para mayores, donde “la oferta privada y/o gestión privada de camas públicas van a ser una parte muy importante”, en apreciación de Pablo Juantegui, consejero delegado de Sanitas.

Otro dato es la positiva percepción que los directivos y empresarios tienen respecto a la situación económica y futuro del sector. La mayoría de los consultados considera que es regular o buena y aventuran que la tendencia para la próxima década es de crecimiento. También coinciden en el optimismo en lo que respecta a la situación profesional, los recursos materiales y calificación profesional del personal, aunque apuntan como punto crítico la escasez futura de médicos especialistas.

Pero ese futuro estará condicionado en buena medida por factores de influencia como las exigencias de atención al paciente, las tecnologías de la información y comunicación, los avances en tratamiento y medicación, la tecnología de diagnóstico, los cambios técnicos asistenciales y organizativos, las exigencias de prevención de riesgos y las nuevas exigencias legislativas, entre otros.

Por contra, la principal posible causa de empeoramiento de la situación profesional es la escasez de profesionales cualificados, según los directivos y empresarios encuestados. ¿Qué valoración hacen de los profesionales del sector sanitario privado, es decir, de sus subordinados y em-



Las claves de

El 30 por ciento del gasto sanitario

En España, el sector privado de la Sanidad representa el 30 por ciento del gasto sanitario, su facturación total estimada alcanza los 22.830 millones de euros y se encuentra en crecimiento suave pero sostenido (4 por ciento anual). De esa cifra, cuatro de cada diez pesetas corresponden a los que ejercen la medicina por libre, y la cuarta parte va a parar a las actividades hospitalarias, desarrolladas por tan sólo el 1 por ciento de las empresas del sector. El colectivo con el menor aporte relativo en la facturación empresarial son los odontólogos: el 4 por ciento del total. Andalucía y Madrid, con el 15,6 por ciento y el 14,3 por ciento, respectivamente, son las comunidades autónomas con más peso en los ingresos totales del sector.

Auge de los seguros médicos

La implantación de los seguros privados de salud es un indicador esencial para conocer el peso del sector privado de la Sanidad. Así, un 15 por ciento de los españoles tiene suscrito un seguro privado médico. El importe medio de la prima por asegurado es de unos 500 euros, y el volumen total de primas se acerca a los 3.300 millones de euros. En Madrid, la comunidad con mayor implantación de la sanidad privada, los asegurados privados suponen un 23 por ciento del total nacional, y el volumen de primas, la cuarta parte.

Crecen los profesionales independientes

En España hay una persona ocupada en el sector sanitario privado (asalariados e independientes) por cada dos del público. Los profesionales independientes son el colectivo que, en número, mayores incrementos ha experimentado en los últimos años, es decir, desde 1999. En Madrid, por ejemplo, han aumentado en un 342 por ciento, y por encima del 300 por ciento se sitúan Murcia y Baleares, frente a una media nacional del 175 por ciento.

La elección del cliente

A la hora de elegir un servicio sanitario privado, las motivaciones que esgrimen los encuestados son, por este orden: rapidez en la atención, confort de las instalaciones, trato personal e información que reciben sobre su patología. Pero cuando se trata de un ingreso hospitalario, sólo un tercio de los españoles se decanta por un centro privado.



Un tercio de los españoles se decanta por un centro sanitario privado cuando se trata de un ingreso hospitalario.

pleados? Calificativos como escasos en cuanto al número, positivas consideraciones respecto de la valoración de la calidad asistencial en los centros de trabajo, similar retribución a igualdad de responsabilidades laborales tanto en hombres como en mujeres y adecuados incrementos salariales anuales.

La estructura empresarial de la sanidad privada en España presenta un mapa muy atomizado, excepto en la actividad hospitalaria

Y los profesionales, por su parte, o sea, los médicos, consideran que se dan mejores condiciones laborales en la sanidad pública, pero sólo se pasarían a ella si obtuvieran mayores ingresos y mejoras del puesto de trabajo. ■

la Sanidad privada

Retribuciones adecuadas

Una mayoría de médicos del sector privado consideran que, en general, las condiciones laborales de la sanidad pública son mejores. La orquilla de esa opinión oscila entre el 64 por ciento de los galenos encuestados en Andalucía y Baleares y el 35 por ciento de los madrileños. No obstante, manifiestan que, en general, a igualdad de responsabilidades laborales los profesionales reciben una retribución similar, tanto para hombres como para mujeres. La mayoría de los encuestados están de acuerdo en calificar de adecuados los incrementos anuales del salario respecto al desarrollo del trabajo en el año anterior. También la mayoría afirma que sus sugerencias “normalmente” se evalúan y se implantan si suponen una mejora de la calidad asistencial o de la eficiencia de los procesos.

Demanda de formación

En general, la demanda de formación continuada por parte del personal sanitario es superior a la oferta existente. Pero no en todas las comunidades se pide lo mismo. En el ámbito nacional, el aspecto más demandado se concentra, por este orden, en la atención al paciente, conocimientos técnicos, informática, idiomas y prevención de riesgos laborales. Las materias menos solicitadas o las que los profesionales consideran menos necesarias son la seguridad de la información y el medio ambiente.

Un sector atomizado

La estructura empresarial de la sanidad privada en España presenta un mapa muy atomizado, excepto en la actividad hospitalaria. En este sentido, es significativa la proporción de organizaciones sanitarias. Por ejemplo, en Madrid y Baleares rondan las tres empresas por cada mil habitantes, mientras que en Murcia y Andalucía la cifra gira en torno a dos. De ahí que en Madrid y Baleares la oferta sea mayor que en el resto de comunidades autónomas. La comunidad madrileña, con el 13,4 por ciento de la población nacional, registra el 14,3 por ciento de las empresas sanitarias españolas. En la balear, los porcentajes son un 2,7 y un 2,2 por ciento, respectivamente. Claro que las mayores oportunidades de crecimiento del sector sanitario privado se hallan en las comunidades en las que el tejido empresarial no está tan concentrado, como en Andalucía que, con el 17,8 de la población nacional, registra el 14,6 por ciento de las empresas sanitarias.

Una urgencia más que urgente

El autor reflexiona sobre el dolor que provoca una patología como el cólico nefrítico. La intensidad del dolor genera hiperactividad, angustia, y una clara exigencia de atención inmediata por parte del paciente.

Por Prof. Remigio Vela Navarrete*

El cólico renal constituye uno de los episodios más dolorosos que puede sufrir la especie humana. De hecho, en escalas comparativas, se ha considerado como el de mayor intensidad. Seguramente por este motivo el castizo madrileño le llama “cólico frenético”. Además de doloroso, es una entidad muy común y todos los días los Servicios de Urgencias de todos los países del mundo reciben innumerables enfermos en situación de cólico. La intensidad del dolor motiva exigencias y demandas razonables que cuando no son atendidas debidamente crean conflictos frecuentes. No es de extrañar que el cólico nefrítico, además de ser una urgencia, haya sido utilizado como referencia o marcador de la calidad, agilidad, logística, equipamiento, etc. de un sistema sanitario concreto y especialmente en lo que se refiere a la organización de los Servicios de Urgencias. El siguiente relato puede ayudar a comprender, por parte del potencial usuario y de nuestros gestores, por qué el cólico nefrítico



co es utilizado hoy día como mucho más que una modesta urgencia.

Dolor insufrible y respuesta inmediata

La intensidad del dolor genera hiperactividad, angustia, y una clara exigencia de atención inmediata que el paciente reclama con mayor o menor agresividad, sobre todo si la analgesia, tan esperada, se demora.

La intensidad dolorosa ha justificado durante muchos años que el cólico nefrítico sea tratado inmediatamente con analgésicos potentes y, en concreto, con mórficos en Estados Unidos, y otro tipo de analgésicos, menos potentes y supuestamente espasmolíticos, en Europa. No existe un fármaco específico para el cólico nefrítico pero sí recomendaciones concretas. En los años sesenta en el Hospital de Veteranos de Santa Mónica atendíamos ocasionalmente a individuos sospechosamente drogadictos, que claramente simulaban un cólico nefrítico, mientras

FASEM

nº 10_noviembre 2007

Foro de Atención y Salud en la Mujer



EDITORIAL

Los profesionales de la Medicina que manifiesten interés por colaborar en sus distintas actividades. Dicho comité de expertos está integrado por Felipe Chavida y José Antonio Martínez Pérez (médicos de familia), y María Jesús Cancelo y José Luis Neyro (ginecólogos).

Los objetivos de FASEM, que inciden tanto en la población general como en los profesionales sanitarios y en las instituciones sanitarias, se centran en la promoción de la salud femenina y en los aspectos informativos que afectan a la prevención del deterioro de dicha salud. Inicialmente sus actividades se engloban en tres áreas fundamentales en pro de la optimización de la atención de la salud en la mujer:

- Formación médica continuada.
- Estudios epidemiológicos.
- Campañas educativas.

En este sentido, el boletín FASEM, incluido entre las actividades educativas de este Foro y en la misma línea de vocación de progreso y vanguardia científica, ofrece una mejor y mayor información especializada sobre temas de particular relevancia y actualidad en la salud de la mujer.

En concreto, en este número se incluye un artículo sobre el cáncer de cuello de útero y las nuevas vacunas desarrolladas contra el VPH; en el apartado de "Evidencia científica" se comentan dos noticias de reciente actualidad: la relación entre el HER2 y la respuesta al tratamiento con paclitaxel de las pacientes con cáncer de mama y afectación ganglionar, y la inhibición de los efectos cardiovasculares de los estrógenos por el 27-hidroxicolesterol. Además, el boletín FASEM incluye interesantes noticias de actualidad, consejos útiles para la consulta y una agenda de congresos de gran interés.

Felipe Chavida
Director de FASEM

El Foro para la Atención de la Salud en la Mujer (FASEM) está formado por profesionales sensibilizados por la importancia de trabajar en la salud de la mujer desde diferentes ámbitos, y responde a la necesidad de reconocer que dicha salud femenina constituye en sí misma un campo con identidad propia dentro de la Medicina y de la investigación, que reclama un trato concreto y específico que contemple sus particularidades.

FASEM está integrado por un comité de expertos multidisciplinar y está abierto a la participación de todos aque-

SUMARIO

FORMACIÓN	2	CONSEJOS PARA LA CONSULTA	6
ACTIVIDADES FASEM	4	ACTUALIDAD	7
EVIDENCIA CIENTÍFICA	5		

Edita:

© 2007 FASEM
ISSN: 1698-8973
D.L.: M-53942-2004

Secretaría Técnica:

DRUG FARMA, S. L.
Edificio Vértice Antonio López, 249 - 1º
28041 - MADRID

Cáncer de cuello de útero y vacunas contra el VPH

El cáncer de cuello de útero es el segundo tipo de tumor más frecuente entre las mujeres jóvenes, y todos los años se diagnostican 500.000 casos nuevos en el mundo.

La demostración de que el cáncer de cuello de útero está causado por la infección de ciertos genotipos del virus del papiloma humano (VPH) ha sido uno de los descubrimientos más importantes en la investigación etiológica del cáncer en los últimos años.

Infección por VPH

Los papilomavirus humanos, miembros de la familia *Papovaviridae*, son pequeños virus de ADN circular encapsidado de escasamente 8.000 pares de bases. Su estructura consta de ocho regiones genéticas funcionalmente identificadas y de una región regulatoria. Las regiones de activación tardía L1 y L2 se expresan en las fases finales de la replicación viral y sus proteínas son altamente inmunogénicas cuando se expresan en sistemas de reproducción; constituyen la base teórica de la producción de vacunas profilácticas. Las regiones tempranas E6 y E7 actúan como verdaderos oncogenes, interfiriendo con las regiones celulares p53 y Rb, esenciales para la regulación de la replicación celular y para la reparación de errores de la replicación. Estas regiones se expresan siempre que hay transformación neoplásica y constituyen la base exploratoria de la preparación de vacunas terapéuticas, todavía en fases iniciales de desarrollo.

Se conocen más de 100 tipos que presentan un tropismo característico. Los tipos cutaneotrópicos se aíslan frecuentemente en las verrugas cutáneas y plantares, en las lesiones cutáneas neoplásicas que se desarrollan en individuos con patologías inmunodeficientes hereditarias del tipo de la epidermodisplasia verruciforme, en las neoplasias cutáneas de los individuos inmunodeficientes posttrasplante y en algunos tumores cutáneos no melanoma. Los tipos mucosotrópicos se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto anogenital en ambos sexos, y ocasionalmente en tejidos y lesiones de la cavidad oral, de la orofaringe, de la laringe y del esófago; dentro de éstos, los VPH-6 y 11 se consideran de bajo riesgo oncogé-

nico, y los VPH-16, 18, 45, 31, 33 y 35, de alto riesgo. Finalmente, un último grupo de VPH se aísla indistintamente en tejidos y lesiones cutáneas o mucosas y su asociación con lesiones malignas está menos establecida.

Los condilomas acuminados o verrugas genitales son la forma clínica más conocida de la infección viral por VPH, y están asociados en su mayoría (aproximadamente el 90%) a los VPH-6 y 11. Las lesiones neoplásicas cervicales, vulvares, vaginales, de pene y de ano están asociadas más frecuentemente a los VPH típicamente carcinogénicos o de alto riesgo oncogénico, como los VPH-16, 18, 45 y 31.

El mecanismo de transmisión del VPH es principalmente por contacto sexual, y los órganos más susceptibles de infección con potencial de iniciar una transformación neoplásica son el cuello uterino (zona de transición) y la línea pectínea del canal anal.

La prevalencia de infección por el VPH está asociada a la edad. Es muy frecuente en mujeres jóvenes con una vida sexual activa y múltiples compañeros sexuales, decae en las décadas intermedias y presenta una segunda moda en los años de la posmenopausia.

Los factores de riesgo más importantes asociados a la infección por el VPH son la edad precoz en el inicio de

las relaciones sexuales, el elevado número de compañeros sexuales a lo largo de la vida y los contactos sexuales con individuos de alto riesgo (mujeres que ejercen la prostitución, hombres con múltiples parejas sexuales). El riesgo de transmisión del VPH se puede reducir, aunque no prevenir totalmente, mediante la circuncisión y el uso estricto y sistemático del preservativo.

La duración media de las infecciones por VPH se estima en 8-10 meses para los tipos de alto riesgo (en el caso del VPH-16 se llegan a alcanzar los 16 meses) y en aproximadamente la mitad para los tipos virales de bajo riesgo.

En más del 90% de las mujeres infectadas en edades jóvenes y de mayor actividad sexual, la infección se resuelve de forma espontánea y sólo una pequeña fracción de ellas se convierten en portadoras crónicas del VPH, con un riesgo elevado de progresión del mismo y de desarrollar lesiones neoplásicas anogenitales.

De los más de 30 genotipos capaces de infectar el tracto anogenital, se estima que los VPH-16 y 18 causan el 70% de los cánceres de cuello de útero y los VPH-6 y 11 más del 90% de las verrugas genitales

Cáncer de cuello de útero y VPH

La Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC) reconoció al VPH como causa necesaria de la enfermedad (en ausencia de la infección, no se produce la enfermedad) y también como no-suficiente, en el sentido de que la mayoría de las infecciones se resuelven espontáneamente o no alcanzan el estadio de carcinoma invasor. Mediante la incorporación de técnicas de Biología Molecular de alta sensibilidad en muestras biológicas adecuadas, se han detectado VPH oncogénicos o de alto riesgo en prácticamente el 100% de los cánceres cervicales.

Los determinantes de la progresión neoplásica son el tipo viral, la persistencia de la infección en exámenes repetidos y, probablemente, la carga viral por unidad celular, así como la integración del ADN vírico en el ADN celular. Además, existen una serie de cofactores como la alta paridad, el tabaquismo y la utilización prolongada de anticonceptivos orales. Otros factores identificados incluyen la coinfección por otros organismos de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, virus del herpes simple tipo 2) y las dietas pobres en frutas y verduras.

El ADN viral se detecta en el 70%-90% de las lesiones precursoras o lesiones intraepiteliales de alto grado y en el 20%-50% de las lesiones de bajo grado. En las lesiones citológicas de naturaleza incierta, la detección del VPH es cercana al 50%. La infección cervical persistente por virus de alto riesgo precede a la aparición de estas lesiones y es necesaria para el desarrollo, el mantenimiento y la progresión de las mismas.

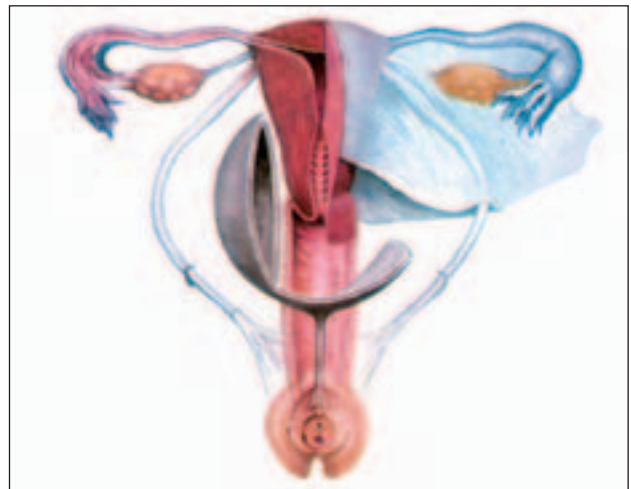
La resolución/persistencia de la infección depende de la respuesta inmune. Ésta no es muy intensa debido a las características del proceso infeccioso, poco estimulante para el sistema inmune y, además, el propio virus es capaz de establecer mecanismos de evasión de dicha respuesta, especialmente los calificados de alto riesgo que expresan E6 y E7.

Vacunas contra el VPH

De los más de 30 genotipos capaces de infectar el tracto anogenital, se estima que los VPH-16 y 18 causan el 70% de los cánceres de cuello de útero y los VPH-6 y 11 más del 90% de las verrugas genitales.

Las vacunas profilácticas utilizan como antígenos diana los de la cápside. Mediante Ingeniería Genética y sistemas de recombinación que utilizan células eucariotas a las que se ha insertado un fragmento de ADN, se sintetizan proteínas del antígeno mayor de la cápside L1, que poseen la capacidad intrínseca de autoen-

samblaje, por la cual se forman partículas semejantes al virus denominadas VLP (*virus-like particles*). Las VLP están desprovistas de ADN, por lo que carecen de capacidad infectiva, pero son antigénicamente semejantes a los viriones e inducen una potente respuesta humoral con producción de anticuerpos neutralizantes.



Existen dos modelos de vacuna VPH-VLP L1 desarrollados comercialmente y evaluados en ensayos clínicos:

- **Vacuna bivalente recombinante que incluye los tipos VPH-16 y 18 (Cervarix®).** Se administra por vía intramuscular: 0,5 mL en tres dosis a los cero, uno y seis meses.
- **Vacuna tetravalente recombinante que incluye los tipos VPH-6, 11, 16 y 18 (Gardasil®).** Se administra por vía intramuscular: 0,5 mL en tres dosis a los cero, dos y seis meses.

Diferentes estudios basados en vacunas VPH-VLP L1 han demostrado que éstas tienen una gran eficacia tanto en la prevención de infecciones transitorias y persistentes, como en la prevención del desarrollo de lesiones citológicas asociadas a dichos tipos virales.

Idealmente, la vacuna debe administrarse antes del inicio de la actividad sexual, por lo que se recomienda entre los 11 y los 14 años. De todas formas, el cribado deberá mantenerse, ya que hasta el momento no existe una vacuna cuya formulación proteja al 100% contra el cáncer cervical.

Si se desea obtener una amplia participación en los programas de vacunación, es esencial una correcta información sobre la enfermedad y la vacuna por parte de los profesionales sanitarios.

El climaterio: un periodo crítico en la vida de la mujer

Estudio epidemiológico sobre el perfil de la mujer perimenopáusica en Atención Primaria

Este estudio epidemiológico, realizado por FASEM (Foro de Atención y Salud en la Mujer), con el patrocinio de los laboratorios Ammirall y Sanofi-Aventis, ha establecido el perfil de la mujer climatórica en España, permitiendo así tomar conciencia de la importancia y la prevalencia de las diferentes patologías durante este periodo vital.

Las conclusiones de este ambicioso proyecto se han presentado en escenarios tan importantes como los congresos EULAR 2007, celebrado en Barcelona del 13 al 16 de junio, y el WONCA Europe 2007, que tuvo lugar en París del 17 al 20 de octubre.

Congreso EULAR 2007

Los resultados de este estudio sobre factores de riesgo osteoporótico en la mujer española con una edad comprendida entre los 45 y los 65 años se han publicado como póster definitivo en el congreso EULAR 2007. Dichos resultados señalan que, por cada año de edad transcurrido, se eleva el riesgo de osteoporosis un 9,9%, riesgo que se incrementa un 68% si existen antecedentes familiares. Además, por cada año de menopausia transcurrido, dicho riesgo aumenta un 5% y, por cada punto en el índice de Kauppman, un 2%.

Finalmente, establecen que existen otros factores de riesgo que deben tenerse en cuenta, como la pérdida de peso, la inmovilización prolongada o el padecimiento de una enfermedad que incrementa el riesgo de osteoporosis.

Congreso WONCA Europe 2007

Por otra parte, los resultados del estudio FASEM sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la

mujer menopáusica española se han aceptado en el congreso WONCA Europe 2007.

Dichos resultados muestran que el 74,3% de las mujeres estudiadas, con una edad media de 56 años, tenía factores de riesgo cardiovascular; los más frecuentes eran hipertensión (46,2%), dislipemia (41,1%) y tabaco (30,7%). El 31,9% de las fumadoras consumía entre 10 y 20 cigarrillos al día, y el grupo de edad entre 45 y 54 años fumaba significativamente más que el resto ($p < 0,001$). El 12% de las mujeres consumía alcohol (lo más común era vino y cerveza), más en el grupo de menor edad (45-49 años) ($p < 0,001$). Sólo el 29% refería realizar ejercicio físico, y este porcentaje era más alto en el grupo de mujeres con 60-65 años ($p < 0,05$).

Las conclusiones del estudio apuntan a la existencia de una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, entre los que destacan la hipertensión, la dislipemia y el tabaco.

Finalmente, cabe destacar el interés que está despertando este estudio epidemiológico, que ha creado un estado de concienciación y de reflexión sobre la importancia de este periodo de la vida en la mujer.



El 27-hidroxicolesterol inhibe los efectos cardiovasculares de los estrógenos

Los efectos cardioprotectores de los estrógenos están mediados por receptores que se expresan en las células vasculares. Un trabajo realizado por un grupo de científicos estadounidenses, coordinados por David J. Mangelsdorf, del Departamento de Farmacología del Instituto Howard Hughes, y que se publica en *Nature Medicine*, ha detectado que el 27-hidroxicolesterol (27-HC) actúa como un antagonista competitivo de la acción de los receptores estrogénicos (RE) de los vasos.

El 27-OH es un metabolito del colesterol que se eleva en los casos de hipercolesterolemia y que se encuentra en las lesiones ateroscleróticas. Además de los efectos antiestrogénicos, existían acciones proestrogénicas del 27-HC que eran específicas de cada tipo celular, lo que indicaría que el 27-HC funciona como un modulador selectivo de los receptores de estrógenos (SERM). Estos estudios apuntan hacia el 27-HC como un factor que contribuye a la pérdida de protección estrogénica en la enfermedad vascular.

En condiciones normales, cuando la cantidad de 27-HC es baja y el nivel de estrógenos es fisiológico (niveles premenopáusicos), la función de los RE estaría conservada, con un aumento de la vasoprotección. Por otra parte, cuando el nivel de 27-HC es superior al de los estrógenos, como sucede en el periodo posmenopáusico o como consecuencia de la hipercolesterolemia, la función vascular de los RE estaría inhibida, lo que daría como resultado una pérdida de protección. Esto podría explicar por qué las mujeres están mejor protegidas que los hombres frente a la enfermedad cardiovascular hasta que llegan a la menopausia.

Este trabajo también podría explicar el hecho de que es menos probable que la terapia hormonal sustitutiva (THS) resulte beneficiosa si ya existe enfermedad vascular. Aunque las mujeres del estudio WHI (*Women's Health Initiative*) no tenían enfermedad vascular conocida, no se definió la aterosclerosis subclínica y muchas de ellas podían haber tenido aterosclerosis. Por lo tanto, los hallazgos sobre las acciones de un metabolito del colesterol que se acumula en las lesiones ateroscleróticas pueden proporcionar una explicación

parcial de por qué el estudio WHI no consiguió mostrar un beneficio cardioprotector, ya que la edad de las mujeres que comenzaron la THS en este ensayo era de 50-79 años, y con un promedio de inicio de 13 años después de la menopausia.

(*Nature Medicine* 2007; 13: 1185-1192).

HER2 y respuesta a paclitaxel en el cáncer de mama con afectación linfática

Un estudio coordinado por Daniel Hayes, de la Universidad de Michigan, en Estados Unidos, y publicado por *The New England Journal of Medicine*, concluye que la expresión y/o la amplificación del gen HER2 por el cáncer de mama se asocia con un beneficio de la adición de paclitaxel después de un tratamiento adyuvante con doxorrubicina (<60 mg/m²) y ciclofosfamida en el cáncer de mama con afectación ganglionar, sin importar el estado del receptor estrogénico. Sin embargo, aquellas pacientes que padecen cáncer de mama con afectación ganglionar, HER2 negativo y receptores de estrógenos positivos pueden conseguir poco beneficio de la administración de paclitaxel después de la quimioterapia adyuvante con doxorrubicina y ciclofosfamida.

Para el estudio, se seleccionaron de manera aleatoria 1.500 mujeres de un total de 3.121 que padecían cáncer de mama con afectación ganglionar y que habían sido asignadas aleatoriamente a recibir doxorrubicina (en dosis de 60, 75 ó 90 mg/m²) más ciclofosfamida (600 mg/m²) en cuatro ciclos, seguidos por cuatro ciclos de paclitaxel (175 mg/m²) u observación. Se realizaron análisis inmunohistoquímicos para el gen HER2 de los tejidos que había disponibles de 1.322 mujeres.

No se observó interacción entre la positividad del HER2 y las dosis de doxorrubicina superiores a 60 mg/m², pero la positividad del HER2 sí se asoció con un beneficio significativo con paclitaxel. Las pacientes con cáncer de mama HER2 positivo se beneficiaron con paclitaxel, independientemente del estado del receptor estrogénico, pero en aquellas pacientes que padecían cáncer HER2 negativo y receptores estrogénicos positivos, el paclitaxel no añadía ninguna ventaja adicional.

(*N Engl J Med* 2007; 357: 1496-1506).

Cómo ayudar a la enferma depresiva

A continuación se proporcionan algunos consejos que pueden ser facilitados por el médico a los familiares de la enferma depresiva, con el objetivo de ayudarles a comprender mejor esta patología y facilitarles su relación cotidiana con estas enfermas:

- **Importancia del humor depresivo:** no es indispensable para establecer el diagnóstico de depresión; ésta puede manifestarse como irritabilidad, inestabilidad, desinterés, agresividad, siempre de forma desproporcionada y continuada. La tristeza es un sentimiento natural que no debe confundirse con la depresión.
- **Diferencias bioquímicas de las depresiones:** posiblemente, la sintomatología específica de cada paciente se corresponda con una alteración concreta. Se ha intentado correlacionar la serotonina con la autoagresión (suicidio) y la disminución del humor; la noradrenalina con los síntomas neurovegetativos, la ansiedad y la disminución de la activación; y la dopamina con los síntomas relacionados con la actividad motora (enlentecimiento).
- **Prevención del suicidio:** se puede realizar preguntando al paciente si ha tenido ganas de suicidarse. Hablar de este tema no es dar ideas. Simplemente hablar y verbalizarlo ya actúa como un elemento minimizador del riesgo de realización, ya que se ha constituido como un equivalente del acto suicida.
- **Juicios de valor sobre la enfermedad:** el paciente siempre intenta encontrar un hecho que explique lo que le está pasando como mecanismo para evitar su propia confusión. Se recomienda investigar la situación real del enfermo pero sin llegar a ser intrusos. No se debe minimizar lo que el paciente siente, ya que provoca confusión y enojo ante su propia situación.
- **Propuestas inconvenientes:** la reiteración continuada de sugerencias como ir de viaje o al cine con el propósito de ayudar provoca mucha confusión y frustración en el enfermo, y crea una sensación de gravedad. Cuando una persona está enferma, le resulta imposible llevar a cabo propuestas de ese tipo.
- **Consejos sobre la actitud del enfermo:** el más interesado en solucionar el problema es el paciente,



y si no lo hace es porque en realidad no puede ni física ni psíquicamente. Esta actitud le provoca una profunda desvalorización. No debemos abrumar ni meter prisa al enfermo. Nunca se han de emitir frases como: "Todo eso es una tontería... Si tuvieses un problema serio ya verías cómo todo eso se acababa... Lo que pasa es que no quieres ir a trabajar".

- **Utilidad de las plantas medicinales en la depresión:** son necesarios estudios más rigurosos y a más largo plazo que aporten datos sobre la eficacia y la seguridad de la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) para el tratamiento de la depresión leve. La valeriana, la passiflora o el kava podrían ser alternativas en el caso de que se asocie a ansiedad.
- **Respuesta adecuada a los síntomas de la depresión:**
 - Si algo de lo que hace cuando está deprimido consigue que se sienta mejor, que continúe haciéndolo.
 - Si algo de lo que hace empeora su estado de ánimo, que evite hacerlo.
 - Si puede pensar en algo que la ayude, que intente hacerlo, si es posible.
- **Cómo se debe abordar la pérdida del apetito sexual:** la pérdida del interés en el sexo es una característica frecuente de los trastornos depresivos que suele producir una angustia considerable. El tratamiento de la depresión no siempre conlleva la restauración de la libido, debemos explicar a la pareja que la pérdida de interés es un síntoma temporal de la depresión y no un rechazo.

VIII Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad

Mujer y obesidad

Coincidiendo con un momento en el que la obesidad es motivo de creciente atención por parte de todos los sectores sanitarios y de la opinión pública, así como de los medios de comunicación, se ha celebrado en Zaragoza, durante los días 24, 25 y 26 de octubre, el VIII Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO).

Con la elaboración de un programa científico en el que han colaborado las autoridades más relevantes en cada área y con una cuidadosa selección de los temas a tratar, se han dado a conocer los aspectos más actuales del tratamiento de la obesidad, en adultos y en niños, así como las perspectivas de futuro de la mano de los ponentes más cualificados, tanto españoles como extranjeros.

En el *symposium* satélite titulado “Mujer y obesidad: más que una cuestión de talla”, se trataron te-

mas como la importancia de la obesidad en la mujer y sus consecuencias; el impacto que tiene la obesidad en la reproducción, en la enseñanza y en la calidad de vida de la mujer; el papel de los fármacos en el mantenimiento del peso perdido; la relación entre la obesidad y la depresión; y el riesgo cardiovascular en la mujer obesa y el estudio SCOUT.

En las diferentes jornadas del congreso también se presentó una amplia variedad de comunicaciones en forma de póster, algunas de las cuales se centraban en temas relacionados específicamente con la mujer.

Este VIII Congreso Nacional de la SEEDO, reconocido como de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo, marcará de nuevo la pauta en lo referente a la información y al adecuado conocimiento de la obesidad en España.

AGENDA

XIX Congreso de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia

Oviedo
Del 15 al 17 de noviembre de 2007
Teléfono: 985 96 61 19
Fax: 985 25 85 00

VIII Encuentro Nacional de Salud y Medicina de la Mujer

Madrid
Del 27 al 29 de febrero de 2008
Secretaría Técnica: Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer
Teléfono: 91 432 42 39

I Simposio Internacional de Avances en Osteoporosis

Sitges, Barcelona
Del 14 al 15 de febrero de 2008
E-mail: a.peral@grupoaulamedica.com

FORMACIÓN

VII Curso teórico-práctico sobre cirugía del suelo pélvico

Hospital Materno-Infantil 12 de Octubre, Madrid
12 de noviembre de 2007

Jornada de Actualización en Cáncer de Ovario

Colegio de Médicos de Madrid
22 de noviembre de 2007
Teléfonos: 91 538 51 18 / 91 538 53 05

IV Jornadas de la Sociedad Valenciana de Contracepción y Salud Reproductiva

Valencia
23 y 24 de noviembre de 2007
Teléfono: 902 195 545

Curso de Infección por VPH y Patología Asociada

29 de noviembre de 2007, Cádiz
11 de diciembre de 2007, Mérida
13 de diciembre de 2007, Zaragoza

El Sistema Nacional de Salud (SNS) aborda una nueva estrategia para humanizar la atención al parto normal

La dotación de los servicios sanitarios con medios cada vez más sofisticados ha permitido garantizar una adecuada asistencia al parto, en particular en aquellos casos de riesgo que pueden presentar complicaciones. Sin embargo, también la atención al parto normal se ha visto afectada en los últimos tiempos por una medicalización creciente y una tendencia al uso excesivo de las tecnologías y de las prácticas innecesarias. Uno de los puntos en los que es más evidente este exceso de medicalización e intervención es el porcentaje de cesáreas, que en España duplican las recomendaciones del 10%-15% de la Organización Mundial de la Salud.

Ante esta situación, y con el propósito de humanizar la atención al parto y situarla en su justa dimensión fisiológica, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas y con la participación de las asociaciones de mujeres, las sociedades profesionales y las propias usuarias, ha elaborado una serie de recomendaciones para mejorar la asistencia a los partos con el objetivo de desmedicalizar y naturalizar los nacimientos.

La estrategia aprobada persigue que la atención al parto se realice bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan de-

ben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Los objetivos específicos de la nueva estrategia son los siguientes:

- Promover el uso de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible.
- Fomentar la consideración del parto como un proceso fisiológico, a la vez que su reconocimiento como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, y en las relaciones de pareja.
- Incorporar la participación activa de las mujeres gestantes en la toma de decisiones informadas en la atención al parto para que se sientan protagonistas y responsables del parto.
- Ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de cada mujer, respetando sus decisiones, siempre que no comprometan la seguridad y el bienestar de la madre y la criatura.
- Reorientar la formación del personal de la Medicina y la Enfermería (en especialización y formación continuada) implicado en la atención al parto, para que sean capaces de incorporar los contenidos de esta estrategia en su trabajo.
- Fomentar el desarrollo de investigaciones orientadas a mejorar los modelos de provisión de servicios para la asistencia al parto.

Día Internacional del Cáncer de Mama

Con motivo del “Día Internacional contra el Cáncer de Mama”, celebrado el pasado 19 de octubre en todo el mundo, la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) organizó una campaña con diferentes actividades para hacer un llamamiento a la sociedad sobre este grave problema, y volvió a recordar que el diagnóstico precoz es la vía más eficaz para luchar contra esta enfermedad.

Diferentes monumentos emblemáticos de nuestro país se iluminaron de color rosa para hacer así un llamamien-



to a todas las mujeres españolas, y las Juntas Provinciales de la AECC mantuvieron abiertas carpas informativas para ofrecer información y asesoramiento sobre distintos aspectos del cáncer de mama. Además, la AECC presentó ese día el libro “Cáncer de Mama: guía práctica”, en el que se recopila toda la información necesaria sobre el cáncer de mama, y el folleto “Mujer y cáncer de mama”, en el que

se tratan las líneas básicas que una mujer debe seguir al serle diagnosticada la enfermedad.

Con la colaboración de

ESTEVE

reclamaban descaradamente su inyección de Demerol, que por supuesto no le discutíamos, para evitar males mayores.

Pero esta disponibilidad de analgésicos potentes no ha sido universal, ni antes ni ahora, y por razones muy variadas. Durante su estancia en Madrid a finales de los 50, Ava Gardner sufrió un cólico nefrítico y relata con qué afecto, con qué interés la atendieron sus amigos que la llevaron finalmente a un hospital donde siguió recibiendo muestras del mayor cariño por parte de un grupo de monjas, pero nadie le puso un analgésico a su debido tiempo (*Ava Gardner, por Lee Server. St Martin Edition 2007*).

En el periódico *Los Angeles Times* del 19 de mayo 2007, en primera página y como soporte de una crítica a los Servicios de Urgencias del Condado de Los Angeles, se narra el caso de un paciente con cólico renal que había tenido que esperar más de cuatro horas hasta que le administraron un calmante; dos horas después de su llegada le hicieron un análisis de orina, y otras dos horas más tarde una ecografía. ¡Y sólo después de todas estas actuaciones, cuatro horas de dolor, le aplicaron un calmante!

¿Por qué estos retrasos? Existen dos causas mayores para justificar la inadecuada respuesta de los Servicios de Urgencias ante estos episodios de dolor insufrible, que reclaman la atención inmediata; por un lado, se ha producido en muchos países, con motivo de la visión economicista de la asistencia hospitalaria, una considerable restricción de personal de la que no han escapado los Servicios de Urgencias; por otro lado, estas mismas restricciones a nivel de médicos de Atención Primaria motivan citaciones muy tardías para enfermos que se consideran en situación de riesgo o gravedad, y que no tienen impedimento de ningún tipo en aparecer por los Servicios de Urgencias, masificando los mismos.

Es la consabida pescadilla que se muerde la cola. Los Servicios de Urgencias están desbordados, por las razones señaladas, y además se reduce su personal: he aquí un evidente problema de gestión que debe ser resuelto para mantener operativo este compromiso asistencial dentro de las exigencias de calidad que la población demanda hoy. Más aún, en esta sociedad nuestra tan hedonista el sufrimiento es injustificable y los pacientes, o usuarios, exigen y elevan cada día más la voz, la protesta y la denuncia.

El cólico nefrítico es sólo el síntoma de la enfermedad que ha producido la piedra que motiva la obstrucción. El tratamiento resolutivo, inmediato, consiste en destruir o extraer dicha piedra o cálculo, habitualmente impactada en el uréter. Cuando desaparece la obstrucción desaparece el dolor y el tratamiento resolutivo ideal es hacer coincidir estos dos procesos: el que elimina el cálculo y el dolor.

En los años setenta los pacientes con cólico nefrítico reclamaban con urgencia operaciones o manipulaciones que controlaran el dolor, y en España se hacían más de 30.000 intervenciones anuales de este tipo. En la actualidad la situación es muy distinta, ya que el progreso científico nos ha proporcionado el que puede constituir uno de los avances más importantes del siglo XX: el Litotritor.

Estas máquinas pueden destruir los cálculos que motivan el cólico, en una sola sesión, hasta en más del 90 por ciento de los casos, terminando bruscamente con un itinerario doloroso, insufrible, que ha mortificado durante siglos a los pacientes con piedras renales. Pero no todos los hospitales tienen disponibilidad para el uso de las máquinas de litotricia o bien la logística utilizada es lenta, lamentablemente lenta, e incluso inoperante. Por otro lado, no todas las máquinas de litotricia son igualmente eficientes.

Las reacciones frente a esta carencia son muy variadas y por parte del médico, en este caso el urólogo, existen dos alternativas; manipulaciones mínimas que resuelvan la situación dolorosa y

permitan diferir el tratamiento de litotricia, cuando programado; o bien aplicación de técnicas invasivas, incluso cirugía, que requieren ingreso y anestesia general o epidural.

Hemos visto enfermos que han perdido meses, durante la espera, sin poder incorporarse a su trabajo. Jamás los sistemas sanitarios han valorado el número de horas de trabajo que pierde la enfermería litiásica, en un país o región concreta, simplemente por el cólico nefrítico y sus consecuencias. Estamos seguros que si nuestros gestores conociesen el problema encontrarían muy justificadas las inversiones en máquinas de litotricia y en la organización de Unidades de Litotricia, operativas al menos durante ocho horas. Por otro lado, la enfermería litiásica, cada día más conocedora de los beneficios de estos nuevos tratamien-



Ava Gardner contó su experiencia al padecer un cólico renal.



Suscríbase a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

Publicaciones

Precio*

	Números	Instituciones	Profesional
<input type="radio"/> Allergy	6	93,76 €	64,50 €
<input type="radio"/> Gerokomos	4	63,13 €	43,82 €
<input type="radio"/> Journal of Neurology	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Medical Economics	20	130 €	105 €
<input type="radio"/> Revista Española de Obesidad	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Seminars in Oncology	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Sexología Integral	4	63,13 €	43,82 €
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Dental Practice	10	100 €	70 €

* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.

Nombre y Apellidos: CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia: C.P.:

Especialidad:

Teléfono: Fax: Móvil:

E-mail:

Forma de pago

- Cheque adjunto nº a nombre de Spanish Publishers Associates
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edificio Vértice - Antonio López 249 1º / Telf.: 91 500 20 77 - Fax: 91 500 20 75 / 28041 - MADRID
www.drugfarma.com - spa@drugfarma.com

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L. Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.

tos, con muchos enfermos ya en un nivel laboral de ejecutivos ó autónomos, que no pueden permitirse la pérdida de días de trabajo, es más exigente y reclama, con toda razón, que se solucionen estas carencias.

Calidad asistencial y carga asistencial

La prevalencia del cólico nefrítico en los Servicios de Urgencias es muy elevada, oscilando entre cifras que varían del 8 al 15 por ciento de todas las urgencias atendidas. Estos pacientes son inicialmente recibidos en muchos casos por médicos en formación, que aplican una guía de actuación clínica, habitualmente bien establecida y consensuada en lo que se refiere a los procedimientos diagnósticos.

Sin embargo, de manera sorprendente, en ninguna de estas guías se señala la urgencia de la medicación analgésica; más aún, según algunos criterios esta medicación no se utiliza hasta que se tiene la convicción de que el paciente sufre ciertamente un cólico nefrítico.

Si tenemos en cuenta la masificación de los Servicios de Urgencias y la inseguridad de los médicos en formación, se comprende la extraordinaria demora que puede observarse antes de que se tomen iniciativas con estos enfermos. El argumento esgrimido por parte de los responsables médicos es que el tratamiento del dolor puede enmascarar el cuadro clínico específico del proceso, sea cual sea.

La pregunta siguiente es saber si es tan difícil el diagnóstico del cólico nefrítico. Ciertamente el cólico renal puede ser imitado por otros procesos cuyo reconocimiento rara vez escapa al médico con experiencia. Más aún, la peor circunstancia, el peor escenario, es motivado por cólicos renales no muy dolorosos, aparentemente intrascendentes, en circunstancias sépticas que, eso sí, pueden engañar incluso al médico experimentado, conduciendo al paciente en horas a una sepsis irreversible y mortal. Por fortuna, este tipo de sepsis es muy infrecuente.

En definitiva, es razonable considerar el cólico nefrítico como un marcador de calidad de un sistema sanitario en concreto y especialmente de los Servicios de Urgencias. Por supuesto hay enfermedades más graves, de mucha más importancia y preocupación para un Servicio de Urgencias, habitualmente atendidas con la debida prioridad y rapidez; y casi todas ellas cuentan con derivaciones inmediatos hacia Unidades de Cuidados Intensivos, de urgencias cardíacas, de infartos cerebrales, etcétera. Por ahora el cólico nefrítico, circunstancia en la que el dolor supera la gravedad, permanece desdeñado o postergado, lo que determina un mayor sufrimiento de los enfermos litiasicos y unánimes críticas a los Servicios de Urgencias. ■

*Catedrático de Urología de la UAM.



Los jueves de **S.P.A. Medical Economics**[®]

El Nuevo Rol del Profesional Médico

INTERVENDRÁN

Luis Munuera Martínez

Director de la Cátedra UAM-Pfizer de Innovación Docente

María Jesús Montero Cuadrado

Consejera de Salud. Junta de Andalucía

Juan José Rodríguez Sendín

Secretario de la Organización Médica Colegial

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Jueves, 22 de Noviembre de 2007, 19.30h

Sede: Hotel AC Cuzco — Paseo de la Castellana, 133

Con la colaboración de



ESTEVE

Lilly

NUTRICIA



sanofi aventis

La Salud es lo esencial

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

Usted puede cambiar su forma de trabajar

Esta internista modificó su agobiante forma de trabajar y aumentó sus beneficios en un 47 por ciento. Y lo mejor es que siguen aumentando...

Por Robert Lowes

Hace algún tiempo Catherine Landers pensó en cerrar su consulta en Skokie, Illinois, abrir una nueva en Canadá y empezar a enseñar ciencias en el instituto o en la Universidad.

Así de abatida se sentía Landers como médico. Su nómina simplemente no reflejaba las sesenta horas semanales que dedicaba a los pacientes. En 2002, por ejemplo, ganó 85.000 euros, muy por debajo de los 150.000 anuales de un internista en Estados Unidos.

Sus amigos y familia la llaman *Caramelito*, pero debido a su desmoralización financiera Landers más bien parecía una galleta dura. En lugar de mudarse a Canadá o pasarse a las aulas, poco a poco empezó a cambiar su forma de trabajar. Su perseverancia ha dado sus frutos. El año pasado ganó 125.000 euros, un gran paso adelante desde sus cifras de 2002 (aunque aun muy por debajo de lo habitual en un internista) y espera aumentar más aún los beneficios en 2007.



Para lograr este cambio Landers no hizo ninguna medida extraordinaria, simplemente llevó a cabo muchas de las indicaciones que los expertos en gestión de la práctica médica predicaban regularmente en las páginas de esta revista. Repasaremos esos movimientos al detalle para darle algunas lecciones para su propio balance final.

Preste mucha atención a la facturación y a la recaudación

Uno de los primeros movimientos de auto-conservación financiera de Landers fue cortar con tres asegura-

doras –Aetna, Cigna y UnitedHealthcare– cuyas bajas tarifas me estaban reduciendo los ingresos.

“En aquel momento era un panorama aterrador, pero mi trabajo no se resintió”, dice Landers. “Sigo viendo a tantos pacientes al día como antes de despedir a dichas aseguradoras. Algunos de los pacientes que entraban en mis planes dejaron de venir a mi consulta pero otros muchos se quedaron conmigo. Me tenían que pagar de su bolsillo pero podían recibir algún reembolso de sus aseguradoras. Solía hacer descuento si me pagaban en metálico tras la consulta, pero descubrí que el reembolso de su seguro normalmente sobrepasaba dicho descuento. Así que dejé de hacerlo”.

Sin embargo, el cambio más importante de Landers en cuanto a los ingresos fue dejar a un lado su experto externo en facturas en 2004 y hacer dicha tarea ella misma. En lugar de conseguir que los pagos se realizaran a las veinticuatro horas de haberse proporcionado el servicio, a veces tardaban un mes. También actuaba con lentitud frente a trabajos denegados o impagos. Si una factura se devolvía con el pretexto de que el paciente no estaba cubierto por un seguro médico determinado, la compañía advertía e irritaba al paciente en lugar de averiguar si éste tenía uno nuevo. Cuando los cheques de los seguros médicos y *Medicare* no llegaban a su debido tiempo, el experto externo se tomaba con indiferencia las llamadas urgentes de Landers.

Landers adquirió un *software* de contabilidad y planificación llamado *PracticePoint Manager* de McKesson junto con el *hardware* necesario por 25.000 euros para llevar a cabo sus propias operaciones. Más importante fue la contratación de una asesora encargada de la contabilidad y de la recaudación llamada Chaney-Baldwin para que formara a su personal. Chaney-Baldwin les enseñó no sólo a usar el sistema nuevo, sino también a dominar el ciclo de ingresos completo, desde la programación de pacientes hasta el registro de pagos.

En total contraste con la compañía contable externa, Chaney-Baldwin se comportó como una madre con la consulta de Landers, controlando el estado anímico de la oficina, así como las cuentas. “Si la gente no está contenta, quiero saber por qué”, dice ella.

Además, Chaney-Baldwin les puso las pilas a Landers y a su personal en cuanto a la codificación. “La falta de codificación estaba acabando con la doctora Landers”, dice. “Estaba haciendo mucho más por sus pacientes de lo que indicaban los historiales”. Chaney-Baldwin detectó errores en el empleo del código diagnóstico ICD-9-CM. “Algunos electrocardiogramas no se estaban pagando porque la factura mostraba un código de análisis en lugar de un código de

diagnóstico para una condición como la hipertensión”, afirma.

También le llamó la atención que las aseguradoras estaban reembolsando el cien por cien de algunas facturas. “Eso me hizo pensar que estaba cobrando demasiado poco”, dice Chaney-Baldwin. “Siempre quieres cobrar más que la tarifa contratada. Si cobras menos, no la recibirás”.

El débil seguimiento de trabajos denegados o impagos pasó a ser cosa del pasado. “Leanne (Chaney-Baldwin) cogerá los historiales médicos, revisará la documentación y escribirá una carta a la aseguradora”, dice el gerente de consulta Patti Hembd. “Ganamos en el 90 por ciento de los casos”.

Aumento de los ingresos

Landers también tomó medidas en torno a Medicare para aumentar los ingresos. Para empezar, ya no proporciona servicios que no estén cubiertos por la tarjeta sanitaria.

Al caso vienen las revisiones físicas anuales, por las que Landers cobra 350 euros. Debido a que sus pacientes habituales de Medicare presentan diagnósticos como diabetes, hipertensión y otras condiciones crónicas, cerca de dos tercios de los cobros reflejan servicios necesitados de asistencia médica y, por lo tanto, es reembolsable (aunque se les aplica un gran descuento). Sin embargo, la tercera parte restante de los 350 euros se encuadra en la categoría de cuidados preventivos, que no están cubiertos por Medicare.

Landers canceló esa porción de la factura –normalmente en torno a los 130 euros– si el paciente carecía de seguro secundario y, como muchos médicos, no qui-

so pedirle al beneficiario de Medicare que pagara dicha parte. “Los médicos simplemente se olvidan de ello porque no quieren ganarse la antipatía de la gente”, dice Landers.

Hoy en día Landers se muestra más dura: hace factura a los pacientes de lo que Medicare y otros seguros no cubren. “Sólo unos pocos han dejado la consulta al no acceder a pagar”, dice. “Si llevo a cabo una docena de revisiones cada semana puedo obtener por ellas entre 50.000 y 80.000 euros al año”.

Mientras que Medicare es una fuente importante de ingresos, Landers no quiere depender de ello totalmente. Por lo tanto, ya no acepta pacientes nuevos de Medicare a menos que los mande otro médico; en cambio, pasan a la lista de espera.

Querer contar con una mezcla más equilibrada de pacientes ayuda a explicar por qué los martes Landers ha ampliado su horario de consulta hasta las ocho de la tarde. “Esto atraerá a trabajadores más jóvenes”, dice. “Tendrán seguro o medios para pagar la factura ellos mismos”.

Relanzar las finanzas

Para rehabilitar las finanzas de su consulta, Landers aplicó el bisturí sobre los gastos generales. Extirpó una gran parte repartiendo tareas con un joven médico asociado, que todavía estaba aprendiendo, y con el asistente médico que trabajaba con éste. Además de reducir costes salariales, la reducción del espacio permitió a Landers atender a más pacientes cada día. Ella y su socio solían compartir cuatro salas de exploración. Ahora Landers dispone de tres para ella sola (la cuarta pasó a ser el despacho de su gerente de consulta), haciendo más fluido el flujo de pacientes.

El seguro ante malpraxis siempre es una línea presupuestaria rica en grasas que invita a seguir una dieta. Cuando se marchó el socio de Landers, se ahorró 36.000 euros de sus primas. También se ahorró otros 5.200 en descuentos de sus propias primas asistiendo a numerosos cursos de gestión de riesgos ofrecidos por su proveedor y apuntándose a auditorías de historias clínicas.

Otros ahorros vinieron de pequeñas acciones de rentabilidad. Landers decidió que, en vez de mandar por

correo los resultados de laboratorio a sus pacientes –y gastarse 39 céntimos en franqueo–, lo hicieran los empleados por teléfono. Estas pequeñeces conllevan un ahorro de casi 1.500 euros, así como un ahorro de tiempo del personal, dice la gerente de consulta Patti Hembd. “Y a los pacientes les gusta el contacto con el personal”, añade.

“Lo que hago merece lo que cobro”

Cuando la consulta de Landers tocó fondo a principios del milenio llegó hasta el punto de llamar por teléfono a la escuela local para averiguar qué requisitos debía cumplir para poder enseñar allí.

La Medicina todavía sigue siendo una profesión dura, pero Landers rebosa más optimismo ahora que sus ganancias han aumentado. Deudas que una vez llegaron a superar los 200.000 euros han pasado a ser menos espantosas, en torno a los 80.000 euros. En 2005 estaba lo suficientemente en forma fiscalmente hablando como para liquidar la larga deuda que mantenía con la Facultad de Medicina, así como para hacer frente a un préstamo pedido para contratar una póliza de seguro de vida que le mantenga durante los años malos.

Pero a pesar de tan impresionante cambio en su consultorio, Landers no se duerme en los laureles. Continúa buscando maneras de ser más provechosa y eficaz.

Está pensando realizar también ella misma pruebas de laboratorios. Del mismo modo está aplicando un nuevo sistema de registro sanitario electrónico con la esperanza de cosechar mejoras en aspectos tales como agilizar la correspondencia para poder marcharse antes de la oficina o establecer un código más preciso para incrementar los ingresos. El sistema también le dará la posibilidad de aplicar mayores descuentos sobre las primas por malpraxis.

Quizá el mayor cambio de todos sea que ahora la internista de Illinois enfoca el lado empresarial de la Medicina con más confianza. “De nuevo confía en su profesión”, dice la asesora Leanne Chaney-Baldwin.

“Lo que hago merece lo que cobro”, dice Landers. “No me dedico a la Medicina para ganar millones de dólares, pero tampoco voy a trabajar gratis”. ■

La medicina todavía sigue siendo una profesión dura, pero Landers rebosa más optimismo ahora que sus ganancias han aumentado

Lo que significa ser médico

Sólo me llevó un momento darme cuenta de que hay cosas que te cambian para siempre.

Por John D. Williams



Tres pacientes o quizá cuatro, y 20 segundos me hicieron ser más consciente de lo que significa ser médico, que todas las horas que pasé en clase. Les hablaré de ellos y del día de mi epifanía.

Frank era un señor de mediana edad que había sufrido problemas de conducta. Sus arrebatos y su imprevisibilidad eran el resultado de un accidente de moto 10 años atrás. Desde entonces, él había luchado contra ataques de apoplejía, rabia, debilidad y dificultades para hablar. Había entrado y salido de nuestro concurrido servicio de hospitalización muchas veces en unos meses. Esta vez ingresó por neumonía con aspiración, me estremecí cuando lo vi de nuevo al recordar como había que tratarlo.

Sin embargo, esta vez el comportamiento de Frank fue diferente, menos beligerante pero más errático. Rápidamente se determinó que estaba en *shock* séptico.

Llamé a su hermana, la persona que hablaba por él, y le expliqué que habíamos ingresado a Frank otra vez y que estaba en estado crítico. Ella también me tuvo que confirmar de nuevo su deseo de que a Frank se le pudiese un respirador, ya que cada vez estaba más angustiado. Se le quebró la voz, parecía visiblemente preocupada, además de exhausta; ella también estaba cansada de cuidar de Frank. Estuvo de acuerdo: “Si, supongo que es mejor hacerlo”. Estaba claro que carecía de la confianza que creí que tendría.

Pablo había llegado a la ciudad una semana antes; había justo cinco meses que se le había dado el alta después de haber estado hospitalizado por insuficiencia renal y EPOC. Pablo tenía antecedentes de cicatrices pulmonares, su pulmón derecho sufrió un colapso y padecía insuficiencia respiratoria. Su hijo recordó que

en los 90 la respiración asistida durante un período de 21 días había dejado a su padre afónico. En urgencias me acerqué a él y le pregunté si él y su padre creían que debíamos ponerle ventilación mecánica. Pablo estaba demasiado débil para contestar. Su hijo, su única voz, estuvo de acuerdo, con que le intubáramos, aunque nada seguro. Me pregunté: “¿Qué oportunidades y calidad de vida le damos si le quitamos el tubo? Casi no conseguimos salvarle la vida anteriormente. ¿Tendremos que quitarle los aparatos que lo mantienen con vida dentro de un par de días?”



Aunque ponerle a Pablo el respirador dio resultado, yo tenía serias dudas sobre nuestro proceder. Cuando su hijo entró en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se aproximó a mí y me preguntó en voz baja y temerosa: “He hecho lo correcto, ¿no?”. Su cara, generalmente estoica y fuerte, parecía la de un niño que necesitaba consuelo y era evidente que estaba aguantando las lágrimas. Traté de confortarlo y le dije: “Al menos esto nos dará la oportunidad de determinar qué ocurre y si tiene arreglo.” Fue lo más que pude hacer.

Amanda, una chica de 18 años que había sido ingresada para dar a luz a su bebé, insistió en que quería una cesárea, a pesar de nuestra conversación sobre los riesgos y las alternativas. Había oído a miembros de su familia que la cesárea era mejor que el parto natural. Tras discutirlo con nuestro Servicio de Obstetricia y Ginecología, acordamos operar, y afortunadamente, todo salió bien.

Al día siguiente, Pablo había mejorado lo suficiente para que lo desentubáramos; me susurró: “Gracias por salvarme la vida”, con voz ronca y casi inaudible, y sonrió con su sonrisa torcida. Pese a haberle consultado a un neumólogo, no encontramos la causa del colapso de su pulmón derecho, pero él estaba mejor, y tanto él como su hijo lo agradecieron inmensamente.

Continuando con mi ronda llegué a Frank. Le habíamos puesto ventilación mecánica y antibióticos, pero no estaba mejorando mucho.

Después fui a ver al nuevo bebé de Amanda. Lo vi todo claro en esos 20 segundos.

Cuando miré a su pequeño de un día de edad; tan limpio, suave y tranquilo, me sentí abrumado por la complejidad de lo que podría ir mal. Hay bibliotecas enteras de libros que describen la adaptación y destrucción de este cuerpo lactante. ¿Qué le ofrecerá la vida? ¿Quién lo cuidará, hablará por él cuando finalmente pierda su voz? ¿Sabrá alguien lo precioso que estaba esa mañana? ¿Qué diagnósticos pueden darse en un momento determinado? ¿En qué accidentes resultará herido? ¿Cómo es posible que entendamos el cuerpo humano y qué lo curará? Simplemente, hay muchos misterios.

«Todos esperaban que mi conocimiento de la Medicina hiciera que fuesen más felices y que sus vidas fuesen mejores»»

El primer contacto con el bebé de Amanda vino de mis manos con su circuncisión. Había hecho muchas, pero fue la primera vez que me pareció una violación. Me impactó que yo fuera el que empezó los procesos de cicatrización, enfermedad y sobre todo, las posibles complicaciones del cuidado médico, tal y como había hecho con su madre adolescente.

En nuestro hospital, la UCI está a 10 metros de la sala de maternidad y la sala de cunas. A menudo me ha asombrado la mezcla de emociones extremas en un solo vestíbulo... lágrimas de felicidad y dolor... El comienzo y el fin de la vida entrelazados en todas sus formas.

Sí, ese día fue realmente impactante para mí. Estaba Frank, con sus 54 años y todos sus ataques; Pablo que vivió otro día, sólo para sufrir otro colapso de su pulmón; Amanda que había elegido que se le practicara una cesárea; y su pequeño recién nacido.

Todos ellos esperaban que mi conocimiento de la Medicina hiciera que ellos fuesen más felices y que sus vidas fuesen mejores. Pero tengo que admitir que a mí me faltaban tanto la confianza como el conocimiento. “Espero que esto mejore”, dije entre dientes, con una nueva opinión sobre el alcance de la Medicina y todo lo desconocido sobre ella.

Tuve una sensación inesperada de sosiego y seguridad con este descubrimiento, y con la aceptación de mi falta de conocimiento y control. Aunque había aceptado el hecho de que había muchas más cosas que no sabía y puede que nunca supiera, continué creyendo que al menos el aprendizaje y el crecimiento avanzarían cada día que pasara. ■



La revista imprescindible sobre formación de los profesionales sanitarios

- El Instituto de Formación y Desarrollo Profesional (IDEPRO) edita la revista *Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina* (DPM) de acuerdo con el objetivo de promover el conocimiento de los aspectos conceptuales y metodológicos de la formación médica continuada.
- DPM recogerá la información más actualizada sobre formación pregrado y postgrado; formación continuada; metodología y experiencias formativas; diseño y validación de herramientas de evaluación, además de editoriales, originales y entrevistas con líderes de opinión.

Director

JOSÉ ANTONIO MARTÍNEZ PÉREZ

Secretario de Redacción

JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SALVADOR

Comité Consultivo

Alejandro Aparicio, Honorio Bando Casado, Bruce Bellande, Carlos Brailovsky, Emilio López-Barajas, Bernard Mailliet, Bernard Marlow, François Miller, Alfonso Negri, Helios Pardell, Abi Sriharan, Ian Starke, Dennis Wentz

25 € (4 números/año)

Sí, deseo suscribirme durante un año, 4 números, a la revista

DPM Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina

Empresa: _____ CIF: _____
 Nombre: _____ NIF: _____
 Apellidos: _____
 Dirección: _____ nº: _____ Piso: _____
 CP: _____ Población: _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Especialidad: _____
 e-mail: _____

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado del Grupo Drug Farma (SPA, S.L; Drug Farma, S.L; Prodrug Multimedia, S.L). Usted tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Grupo Drug Farma, C/ Antonio López, 249, 1º, 28041, Madrid.

FORMA DE PAGO

- Cheque nominativo a nombre de Spanish Publishers Associates
- Transferencia a la cuenta bancaria nº 2100 1745 54 02 00065096

Puede realizar su suscripción por los siguientes medios:

Correo: envíe el presente boletín a

DPM Avances en Desarrollo Profesional Continuo en Medicina
 Spanish Publishers Associates, S. L.
 C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid

Fax: envíe copia del boletín cumplimentado al número 91 500 20 75

Para cualquier información sobre esta suscripción puede dirigirse a: **Dpto. Suscripciones**

Spanish Publishers Associates • C/ Antonio López, 249 (1º) • 28041 Madrid (España) • Tel.: +34 91 500 20 77 • Fax: +34 91 500 20 75
 e-mail: suscripciones@drugfarma.com

idepro

INSTITUTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Avda. de la Ciencia, 249 - 1º (28041) Madrid

Tel.: +34 91 500 20 77 Fax: +34 91 500 20 75 e-mail: suscripciones@drugfarma.com

Consultoría

Normativa



Ofelia de Lorenzo*

Protección de datos, error de diagnóstico y matrimonio nulo

Obligaciones de los responsables de ficheros y sanciones por el incumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Pregunta: *Tengo entendido que a partir del 24 de octubre del 2007 la Ley Orgánica de Protección de Datos exige una serie de deberes a todos los responsables de ficheros.*

Respuesta: Efectivamente, a partir de esa fecha todos los responsables de ficheros, independientemente del soporte en el que almacenen los datos (informatizado, papel, radiografías, audio, imágenes, etc.), tendrán que cumplir la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Hasta la fecha esta obligación recaía sólo en los ficheros informatizados y en aquéllos ficheros en soporte manual que fueron creados con posterioridad a la entrada en vigor de la Ley (enero del año 2000). A partir del 24 de octubre del 2007 las obligaciones dispuestas en la Ley Orgánica de Protección de Datos serán extensivas a todos los ficheros, independientemente de su soporte y de su fecha de creación.

P ¿Qué sanciones impone la Agencia Española de Protección de datos si incumplo la Ley de Protección de Datos?

R La Ley establece que las infracciones pueden ser leves, graves o muy graves. A modo de ejemplo, establecemos alguna de las infracciones previstas en la normativa.

- Leves: No solicitar la inscripción del fichero de datos de carácter personal en el Registro General de Protección de Datos, proceder a la recogida de datos de carácter personal de los propios afectados sin proporcionarles la información necesaria, e incumplir el deber de secreto.

- Graves: Proceder a la creación de ficheros de titularidad privada o iniciar la recogida de datos de

carácter personal para los mismos con finalidades distintas de las que constituyen el objeto legítimo de la empresa o entidad; proceder a la recogida de datos de carácter personal sin recabar el consentimiento expreso de las personas afectadas, en los casos en que éste sea exigible; mantener los ficheros, locales, programas o equipos que contengan datos de carácter personal sin las debidas condiciones de seguridad que por vía reglamentaria se determinen.

Muy graves: La comunicación o cesión de los datos de carácter personal, fuera de los casos en que estén permitidas; no atender, u obstaculizar de forma sistemática el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, y no atender de forma sistemática el deber legal de notificación de la inclusión de datos de carácter personal en un fichero.

Las sanciones se impondrán en función del tipo de infracción cometido: leves, de 601,01 a 60.101,21 euros; graves, de 60.101,21 a 300.506,05 euros; y muy graves, de 300.506,05 a 601.012,10 euros.

P ¿En qué casos es punible el error de diagnóstico en el ejercicio profesional?

R El error diagnóstico es condenable únicamente cuando demuestre una total falta de conocimientos o negligencia que lo hagan inexcusable. Como ejemplo, el Tribunal Supremo condenó por imprudencia profesional a un cirujano, que se desprecupó del origen de una infección tetánica, centrandolo su reproche en que ante los primeros síntomas ciertos y evidentes que denunciaban la presencia del tétanos, el cirujano no lo diagnosticó y atribuyó

Consultoría

Normativa

buyó su sintomatología a otra enfermedad con evidente e inexcusable error de diagnóstico.

P Si el paciente, debidamente informado, se niega a firmar el consentimiento, ¿se puede llevar a cabo el tratamiento?

R No, salvo casos de urgencia, incapacidad para tomar decisiones o peligro para la salud pública. Pero, en todo caso, debe informarse al paciente de las consecuencias de su negativa y de los riesgos que comporta. En el supuesto de no aceptación del tratamiento, el paciente debe firmar el alta voluntaria, o bien la Dirección del Centro dar el alta forzosa, salvo que el paciente quiera y preste su consentimiento informado a un tratamiento alternativo, aunque sea paliativo. Todo ello se dejará documentado en la historia clínica.

P Me gustaría conocer los casos en los que se considera que el matrimonio es nulo y quién puede pedir la nulidad matrimonial y si se puede obtener la nulidad matrimonial en el caso de abandono de la esposa por largos períodos de tiempo de forma continuada.

R El artículo 73 y siguientes del Código Civil regulan las causas de nulidad matrimonial. El legislador dispone cinco supuestos en los que el matrimonio, sea cual sea su forma de celebración, es nulo. En primer lugar, cuando se haya celebrado sin consentimiento matrimonial de cualquier cónyuge; en segundo término, cuando se haya producido entre menores de edad no emancipados o que están ya ligados por vínculo matrimonial, salvo que hayan sido previamente dispensados conforme establece el Código Civil.

Otra de las causas para declarar la nulidad matrimonial es que el matrimonio se haya celebrado sin la intervención del juez, alcalde o funcionario ante quien se deba celebrar o sin la presencia de testigos.

El número 4 del artículo 73 establece también como supuesto para declarar la nulidad el matrimonio “celebrado por error en la identidad de la persona del otro contrayente o en aquellas cualidades personales que, por su entidad, hubiesen sido determinantes de la prestación del consentimiento”. La última causa regulada por el texto legal es la “coacción o el miedo grave”.

En cuanto a quién puede pedir la nulidad del matrimonio, el Código Civil autoriza a los cónyuges, al ministerio fiscal y a cualquier persona que tenga interés legítimo, salvo lo dispuesto en la Ley.

El abandono de la esposa por largos períodos de tiempo debe considerarse como una causa de separación, pero no de nulidad.

P En la comunicación de mi despido se explica que el motivo ha sido que he cogido la baja por enfermedad dos veces este año en períodos de 15 días, lo que ha provocado un descenso del rendimiento en mi actividad. ¿El despido es procedente?

R En el artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995 de 24 de marzo), se establece que el contrato de trabajo puede extinguirse por decisión del empresario, mediante despido, cuando haya un incumplimiento grave y culpable del trabajador. De entre los supuestos que se consideran incumplimiento contractual, se hace referencia, en el apartado e), a la disminución continuada y voluntaria en el rendimiento de trabajo normal o pactado. Esto es lo que se denomina despido disciplinario. No en vano hay que decir, que este despido disciplinario, basado en incumplimiento contractual, ha de ser probado por el empresario, no pudiendo simplemente alegarlo sin más en la carta de despido.

Afirma en su consulta que la justificación del despido ha sido la baja por enfermedad dos veces en este año por un periodo de quince días cada uno, lo que supondría un total de 30 días. A nuestro juicio, esta justificación no es acorde a derecho, puesto que la falta de asistencia al trabajo por baja médica no puede considerarse un descenso en el rendimiento del trabajador. Para que el empleador pueda realizar un despido disciplinario debe ampararse en otros indicadores del artículo 54.

A modo de conclusión, entendemos, teniendo en cuenta los datos proporcionados, que el despido no puede ser calificado como procedente en los términos que establece el Estatuto de los Trabajadores. ■

La sección Consultoría-Normativa está a cargo de **Ofelia De Lorenzo Aparici**, socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del Área Jurídico Contenciosa. Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es.

Consultoría

Impuestos



José Ignacio Alemany*

Inicio de actividad y cuotas del colegio profesional

Obligaciones fiscales cuando se inicia la actividad profesional, retenciones a un cirujano y deducción en el IRPF de las cuotas del colegio.

Pregunta: Voy a abrir una consulta como inicio de mi actividad y quisiera saber si tengo que darme de alta en el Impuesto sobre Actividades Económicas y si el primer año tendré que presentar pagos fraccionados.

Respuesta: Las personas físicas que realizan una actividad económica están sujetas pero exentas a dicho impuesto, el IAE, por lo que tienen que darse de alta en el Censo de Empresarios, Profesionales y Retenedores de la Agencia Estatal de Administración Tributaria (AEAT), y en el epígrafe correspondiente de las Tarifas del IAE, aprobadas por el Real Decreto Legislativo 1175/1990, de 28 de septiembre mediante la presentación de una declaración censal (Modelo 036) a la AEAT. La exención al IAE supone que no tendrá que tributar por este impuesto.

En cuanto a la obligación de autoliquidar e ingresar en el Tesoro en concepto de pago a cuenta del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) el primer año natural de actividad, sólo tendrá que presentar pagos fraccionados si menos del 70 por ciento de sus ingresos de su actividad no son objeto de retención o ingreso a cuenta durante el periodo a que se refiera el pago fraccionado.

A partir del segundo año natural de actividad no estará obligado a efectuar pago fraccionado si en el año natural anterior al menos el 70 por ciento de los ingresos de la actividad fueron objeto de retención o ingreso a cuenta.

P¿Cuál es el mínimo para presentar la declaración del Impuesto de Sucesiones por el fallecimiento de un padre? ¿Qué plazo hay para presentarla?

R La Ley del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD) no establece ningún límite para presentar o no la declaración-liquidación del ISD. Esto significa que los herederos de una persona física tienen que presentar la declaración-liquidación de este impuesto en todo caso, independientemente del valor de los bienes que adquieran y de si la cuota tributaria resulta o no a ingresar. Este último caso puede darse cuando una persona física adquiere bienes y/o derechos de otra y que, por aplicación de las reducciones personales, de seguros de vida, etc. la base liquidable del ISD sea negativa o cero. En cuanto al plazo para presentar la declaración del ISD, éste es de seis meses a contar desde el fallecimiento del causante, si bien dentro de los cinco primeros meses se puede solicitar una prórroga de otros seis meses.

P¿Qué tipo de retención tendrá que soportar un cirujano que presta sus servicios por cuenta propia en una clínica privada?

R Este cirujano realiza una actividad profesional por la que su pagador deberá practicarle una retención o un ingreso a cuenta del 15 por ciento sobre los ingresos íntegros satisfechos. En el caso de que se trate de alguien que inicie el ejercicio de esta actividad profesional, el tipo de retención podrá ser del 7 por ciento en el período impositivo de inicio y en los dos siguientes, siempre que no hubiera ejercido ninguna actividad profesional en el año anterior a la fecha de inicio de esta actividad y que comunique por escrito a su pagador la concurrencia de dicha circunstancia.

P¿Qué tipo del IVA tiene que repercutir una empresa española que comercializa material, equipos e instrumental sanitario en España?

Consultoría

Impuestos

R Si objetivamente considerados sólo pueden utilizarse para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias del hombre o de los animales deberá repercutir el 7 por ciento de IVA. En el resto de supuestos, deberá repercutir el tipo general del 16 por ciento.

P *¿Puede un médico deducirse en su IRPF las cuotas que satisface a su colegio profesional?*

R Sí, siempre que esas cuotas sean obligatorias para el desempeño de su trabajo tendrán la consideración de gasto fiscalmente deducible. Así, en el caso de que sea un empleado por cuenta ajena, para la determinación del rendimiento neto del trabajo podrá deducir de sus rendimientos íntegros hasta un máximo de 500 euros anuales. En el caso de que se trate de un médico por cuenta propia que determina el rendimiento neto de su actividad económica por el método de estimación directa normal o simplificada, las cuotas que satisfaga a su colegio profesional también serán deducibles. En este caso la normativa del IRPF no limita el importe máximo de deducción.

P *¿Cómo tributan los cheques guardería que me da mi empresa por ser uno de sus empleados?*

R Para la Ley del IRPF los cheques guardería no tienen la consideración de rendimientos del trabajo en especie para la persona física que los percibe y, por tanto, no están sometidos a tributación ni, en consecuencia, al sistema de ingresos a cuenta. En cuanto al Impuesto sobre Sociedades se refiere, el coste que para su empresa suponga la adquisición de estos cheques guardería tendrá la consideración de gasto fiscalmente deducible a efectos

de la determinación de la base imponible del impuesto.

P *¿Puede un padre de un niño menor de tres años practicar la deducción por maternidad?*

R Únicamente si la madre del niño ha fallecido o si el padre tiene en exclusiva la guardia y custodia de aquél. Para poder practicar esta deducción de 100 euros mensuales es necesario que el hijo sea menor de tres años y que quien pueda practicar esta deducción realice una actividad por cuenta propia o ajena por la cual esté dado de alta en el régimen correspondiente de la Seguridad Social o mutualidad.

El valor de la nuda propiedad de un bien se calcula restando al valor de ese bien el valor del usufructo

P *¿Cómo se valora el usufructo vitalicio y la nuda propiedad de un bien?*

R El Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos

Documentados señala que “en los usufructos vitalicios se estimará que el valor es igual al 70 por ciento del valor total de los bienes cuando el usufructuario cuente menos de 20 años, minorando, a medida que aumenta la edad, en la proporción de un 1 por ciento menos por cada año más con el límite mínimo del 10 por ciento del valor total”. A efectos prácticos, el valor del usufructo vitalicio se calcula aplicando al valor del bien el porcentaje que resulta de restar 89 a la edad del usufructuario. El valor de la nuda propiedad de un bien se calcula restando al valor de ese bien el valor del usufructo. ■

**La sección Consultoría-Impuestos está a cargo del bufete Alemany, Escalona & Escalante, al que pertenecen los autores del artículo: José Ignacio Alemany, socio director, y Francisco Porras Pedraza. Para contactar: info@alescab.es*



Óscar Gil García*

Éxitos y barreras de la telemedicina

La mayor parte de las tecnologías necesarias ya están disponibles, pero es necesario saber adaptarlas a los procesos de trabajo para que se conviertan en una realidad.

En uno de los primeros capítulos del libro *Medicina digital, implicaciones en la gestión sanitaria*, de Jeff Goldsmith, se cuenta la historia, ambientada en el futuro, de David Sandy. En ella, el protagonista, que sigue un chequeo periódico de su salud, es avisado mediante un correo electrónico recordatorio a su teléfono móvil de que debe enviar una muestra de sangre al laboratorio del hospital.

La historia continúa con interconsultas telemáticas con especialistas de diferentes centros, la preparación de las infusiones terapéuticas en un centro especializado en oncología, la administración en el propio domicilio del paciente, y el seguimiento remoto de la evolución del mismo desde su propio domicilio. Finalmente el proceso termina con la curación del paciente, sin ingreso hospitalario y habiendo realizado sólo un par de visitas al hospital.

Todo esto no deja de ser una visión futurista un tanto irreal, pero lo cierto es las tecnologías que lo harían posible ya están disponibles.

Tecnologías habilitadoras

Las principales tecnologías que harían posible escenarios como el anterior y que ya existen, son:

- Accesos a Internet en los domicilios de los pacientes y profesionales.
- Dispositivos inalámbricos (PDA), con conexión a Internet, en los que puedan ejecutarse las aplicaciones asistenciales.
- *Software* de seguridad que permita enviar información con las máximas garantías de confidencialidad.
- Sistemas de historia clínica electrónica que den soporte a los procesos de trabajo y permitan coordinar a los diferentes profesionales que participan en un mismo proceso asistencial (aunque pertenezcan a diferentes centros).

- Dispositivos biomédicos, que permitan recoger información de los pacientes de forma remota (nivel de glucosa, presión sanguínea, temperatura o el registro de un electrocardiograma).

Si todas estas tecnologías ya están disponibles, ¿por qué no se ponen en marcha de forma generalizada? Uno de los aspectos más importantes es saber adaptar la utilización de estas tecnologías a los procesos de trabajo, a la cultura sanitaria y realizar una buena evaluación del impacto organizativo.

La tecnología en ningún caso puede ser un fin en sí misma, sino que debe mejorar los procesos de trabajo tanto para el paciente como para el profesional. Muchos de los proyectos pilotos que se han lanzado y que han tenido resultados satisfactorios, a veces no consiguen ir más allá por estos motivos.

Por otro lado, los grandes cambios tecnológicos (por ejemplo, la implantación de una nueva historia clínica electrónica), pueden y deben utilizarse como palanca de cambio organizativo y de procesos, para resolver los problemas que existen en los centros sanitarios, muchas veces conocidos pero difíciles de cambiar.

Algunos casos de éxito

Las principales aplicaciones de telemedicina que se están pilotando en diferentes hospitales se dan principalmente en radiología (separando la realización de la prueba y la revisión del radiólogo), dermatología (interconsulta enviando una imagen al dermatólogo) y cardiología (transmisión de electrocardiogramas, ecocardiogramas o estudios hemodinámicos).

En nuestro país existen multitud de proyectos en distintos hospitales que se pueden considerar

claramente como casos de éxito. Citamos aquí sólo algunos ejemplos:

- Telerradiología (Hospital La Fe), donde los radiólogos colaboran con profesionales de otros centros de la Comunidad Valenciana en consultas principalmente relacionadas con neurocirugía y radiología pediátrica.

- Teleoftalmología (Hospital La Fe): Imágenes digitales de fondo de ojo con la unidad de Endocrinología, mejorando el control periódico que necesita la retinopatía diabética.

- Seguimiento domiciliario de enfermos de VIH (Hospital Clínic de Barcelona), donde se ha desarrollado una plataforma *web* de soporte a la relación de los pacientes y seguimiento desde sus domicilios.

- Teledermatología (Son Llàtzer) para la colaboración con Atención Primaria.

- Telemedicina militar (Hospital Gómez Ulla de Madrid), donde se realizan conexiones de videoconferencia vía satélite que permiten realizar diagnósticos, prescripciones y seguimientos desde el hospital.

Experiencias en teledermatología entre Atención Primaria y especializada demuestran que no sólo se reducen las visitas a consultas externas hospitalarias, que era lo esperado, sino que además, con el tiempo se reducen también las conexiones, pues el médico de primaria acaba conociendo los protocolos de la especialidad, lo que no sólo refuerza la gestión de la demanda, sino que se traduce en una formación y un incentivo para los profesionales.

Las principales barreras a superar

Para hacer posible la extensión de estos casos de éxito hace falta realizar un rediseño de los procesos asistenciales con los propios profesionales que permita incluir estas tecnologías en la asistencia, definiendo los protocolos y las normas que deben aplicarse y abordando el cambio cultural que esto supone. Asimismo, debe realizarse una revisión de los aspectos legales que aplicarían en estas nuevas formas de atención, no sólo en cuanto a la protección de datos, sino en cuanto a definición de un marco jurídico que establezca un entorno de trabajo de confianza para profesionales y pacientes. ■

.....
* Ingeniero de Telecomunicación,
Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.
Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com



Nuestro trato: respeto y confianza

Nuestros hospitales

ALBACETE	Capio Clínica Recoletas Capio Residencia Asistida La Manchuela Capio Residencia Asistida Alcábalá Capio Residencia Las Viñas
BADAJOS	Capio Clideba Capio Policlínica Clideba (MÉRIDA) Capio Hospital de Santa Justa (V. de la Serena)
BARCELONA	Capio Hospital General de Catalunya
CÁCERES	Capio Virgen de Guadalupe
CIUDAD REAL	Capio Clínica Recoletas Capio Policlínicos en Alcázar y Puertollano Capio Residencia Asistida Dulcinea (Alcázar de S. Juan) Capio Hospital Alcázar de San Juan (en construcción)
MADRID	Fundación Jiménez Díaz Capio Hospital Sur (Alcorcón) Capio Clínica Recoletas (Alcalá de Henares) Capio Hospital Valdemoro (en construcción)
MURCIA	Capio Hospital de Molina (Molina de Segura)
TOLEDO	Capio Hospital de las Tres Culturas Capio Clínica de Talavera (T. de la Reina)
PORTUGAL	Capio Policlínico Campomaior

 **Capio Sanidad**

tu salud en buenas manos

www.capiosanidad.es
más de 16.000 profesionales y 108 centros en Europa


FEM[®]

FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO MÉDICO
EN MEDICINA GENERAL / DE FAMILIA

ya disponible

MODULO 1 Osteoarticular



 Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

3,5
CREDITOS

La acreditación corresponde al Módulo 1: Osteoarticular, siendo la vigencia de la misma hasta Diciembre de 2007.

VÁLIDO COMO FORMACIÓN ACADÉMICA COMPLEMENTARIA (300 HORAS)
ACCESO AL TÍTULO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA R.D. 1753/98

El Programa FEM, desarrollado por idepro ofrece al médico de Atención Primaria un curso de actualización basado en la aplicación práctica de criterios de evidencia científica en respuesta a las necesidades formativas de este colectivo profesional.

FEM permite la formación continuada garantizando los recursos necesarios para asegurar el cambio en el ejercicio profesional diario.

MODULOS del PROGRAMA

Osteoarticular	Gastroenterología	ORL/Oftalmología
Cardiovascular	Hematología	Salud Mental/Urgencias en AP
Neurología	Neurología	Ginecología y Obstetricia
Endocrinología	Infecciosas/Dermatología	Nefrourología

idepro
INSTITUTO DE FORMACIÓN
Y DESARROLLO PROFESIONAL
www.idepro.es

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

FEM[®]
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO MÉDICO
EN MEDICINA GENERAL / DE FAMILIA

Precio anual (4 módulos) 240€

Nombre Apellido

Dirección

Población Provincia Código Postal

Teléfono Fax e-mail

Recorte y envíe este boletín a:

idepro
INSTITUTO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL
C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid. Fax.: 91 500 17 93. E-mail.: secretaria@idepro.es

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, Vd. consiente de modo expreso la incorporación y tratamiento de sus datos en fichero automatizado de IDEPRO, con la finalidad de gestionar su inscripción en el Programa FEM e informarle de otras actividades formativas de IDEPRO. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo solicitud al efecto IDEPRO. C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.

La Economía y su Dinero

“Lo peor de la crisis de liquidez ya ha pasado, según Inverco”

Ángel Martínez-Aldama, director general de la Asociación de Instituciones de Inversión Colectiva y Fondos de Pensiones.

Lo peor de la crisis de liquidez que afecta a los mercados financieros globales “ya ha pasado” y la falta de confianza de los inversores parece que “se está diluyendo”, aunque hay que esperar a la publicación de los resultados del último trimestre de 2007 de las entidades financieras para estar seguros. Es lo que piensa el director general de la Asociación de Instituciones de Inversión Colectiva y Fondos de Pensiones (Inverco), Ángel Martínez-Aldama.

A su juicio, sólo el 0,016 por ciento del patrimonio de los fondos —que ascendía en España a 343.681 millones de euros a cierre de septiembre pasado— se ha visto directamente perjudicado por la exposición a activos *subprime*. Sin embargo, insiste en que no hay que olvidar que los fondos han sufrido indirectamente la crisis de liquidez en los mercados interbancarios por la falta de confianza de las institu-

ciones de crédito. Con todo, entiende que “lo peor ya ha pasado”, aunque todavía veremos una cierta tensión en los mercados durante varias semanas más.

Por otro lado, la directora de inversiones de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV), María José Gómez Yubero, ha asegurado que las turbulencias que han vivido últimamente los mercados financieros han puesto sobre la mesa la necesidad de mejorar la cultura financiera de los inversores, para que conozcan mejor los riesgos que tienen sus inversiones y puedan asumirlos. Y esto se conseguirá con la próxima entrada en vigor de la MIFID, la directiva de Mercados de Instrumentos Financieros, que basa la protección del inversor en un nuevo marco de relación con las entidades financieras, que mejora la calidad de la información de que disponen y su capacidad para comprenderla, precisó. ■

PÍLDORAS

FARMACÉUTICAS

Pfizer. La mayor farmacéutica del mundo, ha experimentado una caída en sus ganancias del 77 por ciento durante el tercer trimestre. Su beneficio llegó a los 761 millones de dólares (532 millones) frente a los 3.362 millones de dólares (2.353 millones) del mismo período del año anterior.

Pharmamar. La filial biotecnológica de Zeltia prevé facturar con Yondelis cerca de cien millones de euros en la UE. Según Luis Mora, director financiero de Pharmamar, la facturación de Yondelis, primer producto oncológico desarrollado con sello español, “alcanzará los 300 millones de euros cuando se apruebe su uso para el cáncer de ovario”.

Almirall. Ha invertido en tres meses y medio 527,4 millones de euros en dos adquisiciones en Europa. La última de ellas, corresponde a la compra de una cartera de ocho productos del grupo británico Shire Pharmaceuticals, por un total de 151 millones. Se trata de dos medicamentos dermatológicos y seis fármacos indicados para el tratamiento de enfermedades inflamatorias y gastrointestinales y del dolor.

LOS EXPERTOS RECOMIENDAN

Morningstar: El retorno de la inversión tecnológica

Los fondos invertidos en el sector tecnológico han vuelto a situarse en los primeros puestos de los *rankings* de rentabilidad, según el director de Análisis de Morningstar, Fernando Luque. Y señala que algunos fondos destacados de esta categoría son el ING New Technology Leaders, el Henderson Horizon Global Technology y el JPM Europe Technology Fund. ING New Technology Leaders: invertido en los nuevos líderes tecnológicos.

Citigroup apuesta por Gas Natural

Gas Natural realizó una presentación estratégica el pasado 6 de noviembre. Los analistas de Citigroup estiman la capacidad de inversión de la compañía en 6.000-6.500 millones de euros y, en líneas generales, esperan que dicha presentación sea un catalizador positivo para el valor, aunque creen que el potencial de revalorización alcista es limitado. Eso, sí, elevan su precio objetivo de los 37 a los 41,5 euros por acción.

El tentempié
del diabético
ahora también
sabe a café

Diasip[®]

Cualquier hora es buena hora

ÚNICO CON
NF6
FIBRA EXCLUSIVA

NUTRICIA

Nutriendo la vida

CURSO ON LINE

Período lectivo: 15 de septiembre al 15 de enero

Optimización del cuidado del paciente diabético

La importancia del manejo de los síntomas



Patrocinado por

NUTRICIA

Organizado por

**Medical
Economics**



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud

3,7

CREDITOS

Programa

Unidad I

- Diagnóstico
- Fisiopatología
- Criterios de buen control
- Herramientas de control
- Sistemas de infusión continua
- Algoritmo terapéutico
- Alimentación/Dietoterapia

Unidad II

- Hiper-/Hipoglucemia
- Complicaciones agudas
- Situaciones especiales
- Factores de riesgo cardiovascular
- Patología renal
- Retinopatía

Unidad III

- Macroangiopatía
- Neuropatía autonómica
- Disfunción eréctil
- Pie diabético
- Patología osteoarticular
- Piel
- Embarazo y diabetes

Unidad IV

- Paciente infantil
- Paciente adolescente
- Paciente anciano
- Diabetes y deporte
- Celiaquía y diabetes
- Aspectos psicológicos
- Aspectos legales

Anexo I

- Vademécum Fármacos

Anexo II

- Vademécum Nutrición

Coordinadores

Dra. Julia Álvarez Hernández. Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá de Henares. Jefe de Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Dr. Pedro Pablo García-Luna. Profesor Asociado de Nutrición. Facultad de Medicina. Sevilla. Jefe de Servicio de Nutrición Clínica. UGEN. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Anna Pibernat i Tornabell. Dietista. Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

Judit Rodergas i Pagés. Enfermera Experta en Diabetes y Educación para la Salud. Mataró, Barcelona.

Gemma Salvador i Castell. Programa de Alimentación y Nutrición. Subdirección General de la Promoción de la Salud. Dirección General de la Salud Pública. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Avalado por

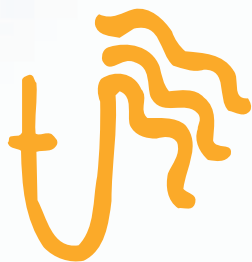


INSCRIPCIÓN GRATUITA

Ya puede inscribirse a través de la página web:

www.medeco.es

donde encontrará información adicional sobre este curso.



Web de l@
MUJER

webdelamujer.com



ayudándole en la comunicación
con el paciente

Portal de referencia en castellano sobre la mujer y su entorno: temas de salud, asesorías sociales, estilos de vida,...

Actualización periódica de los contenidos

Interacción con el usuario: foro, preguntas frecuentes,...

Información rigurosa sobre patologías y enfermedades elaborada por médicos expertos.

- Aborto
- Acné juvenil
- Adolescencia
- Alergia
- Anorexia y Bulimia
- Ansiedad
- Anticoncepción
- Artrosis
- Artritis reumatoide
- Asma
- Cáncer de cervix
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de mama
- Cáncer de pulmón
- Citología vaginal
- Colesterol
- Depresión
- Diabetes
- Dismenorrea
- Dolor pélvico crónico
- Dolor torácico
- Embarazo
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedades de transmisión sexual
- Esterilidad
- Fibromialgia
- Gota
- Hipertensión
- Hipertrigliceridemia
- Infección urinaria
- Insomnio
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia venosa
- Lumbalgia
- Menopausia
- Migraña
- Neumonías
- Nutrición
- Obesidad
- Osteoporosis
- Patología benigna de la mama
- Piel
- Planificación familiar
- Puericultura
- Salud dental
- Sexualidad
- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome premenstrual
- Síndromes dolorosos cervicales
- Temblor
- Tiroides
- Trabajo y Salud
- Trastornos del ciclo menstrual
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Tromboembolismo pulmonar
- Tuberculosis
- Vértigo

Recomiéndela a su paciente



E-mail: info@webdelamujer.com

Las tres de últimas

EXPOSICIONES

El Renacimiento alemán: Durero y Cranach

El Museo Thyssen-Bornemisza y la Fundación Caja Madrid se reparten las obras de la primera exposición que se dedica en España al Renacimiento alemán de forma global. La ambiciosa muestra “Durero y Cranach. Arte y Humanismo en la Alemania del Renacimiento” reúne 234 piezas de pintura, dibujo, estampas, orfebrería, armaduras y otros objetos decorativos de aquella época. La exposición está dividida en dos partes: una primera denominada “Los

Artistas y su mundo”, que trata de explicar las preocupaciones de los artistas; y la segunda titulada “Un mundo en conflicto”, que trata de explicar la reacción de estos ante el poder político.

La muestra estará abierta hasta el 6 de enero próximo en las salas del Museo Thyssen-Bornemisza (Paseo del Prado, 8) y en la Fundación Caja Madrid (Plaza de San Martín. Madrid).



El Museo Esteban Vicente reúne obras de 55 genios de la pintura

Hasta el próximo día 13 de enero puede visitarse en el segoviano Museo Esteban Vicente la exposición “Aún aprendo”. El título está tomado de un dibujo salido de las manos de un Goya ya octogenario: un anciano camina ayudándose de dos bastones. Se trata de una muestra compuesta por ochenta obras postreras de cincuenta y cinco artistas. La exposición se centra en el arte español del siglo XX, reuniendo obras del viejo Rembrandt hasta del propio Esteban

Vicente, pasando por nombres actuales del relieve de Tàpies, Ràfols-Casamada o Palazuelo. En definitiva, la exposición tiene como objetivo mostrar la figura del artista en su vejez.

La muestra estará abierta hasta el próximo mes de enero de 2008 en el Museo Esteban Vicente (Plazuela de las Bellas Artes, s/n. Segovia).



Música

IV Festival de Música Española de Cádiz

Del 16 al 26 de noviembre, la ciudad de Cádiz acoge el IV Festival de Música Española. Este festival es el escaparate de la producción musical de Andalucía y el lugar de encuentro de intérpretes, compositores e investigadores que tienen como principal objetivo el fomento de la creación española en conexión con la música universal. Siempre con la figura de Manuel de Falla como referente, el Festival vuelve a invadir la ciudad gaditana con propuestas singulares. Los “Ministriles de Marsias” actuarán al aire libre en el concierto inaugural del festival para llevar la mejor polifonía del Renacimiento a distintos puntos del casco antiguo. Otras novedades son el acercamiento múltiple a la figura de Mozart a través de creaciones musicales de sus coetáneos españoles y una muestra de la creación musical histórica y actual realizada por mujeres.



Internet

Ordenadores para el hogar y la escuela

El objetivo de las políticas oficiales es generalizar el uso de las Tecnologías de la Información, conectando Internet a hogares y escuelas, con el fin de cerrar la brecha digital dentro de España y respecto al conjunto de países desarrollados.

Los datos de ordenadores por alumno –según el Ministerio de Educación– han mejorado en 2006 respecto a los años precedentes, aunque el problema de la desigualdad entre Comunidades se ha agudizado: así, la media nacional se situó en el curso 2005-2006 en ocho alumnos por ordenador, frente a 13,4 del curso 2002-2003; y mientras en Baleares la relación es de 11,5, en Extremadura existe un ordenador por cada 2,4 estudiantes.

En efecto –destaca el estudio ministerial– Extremadura aparece en todos los registros como la Comunidad autónoma que lidera la im-



Los datos de ordenadores por alumno han mejorado, pero la desigualdad entre comunidades se ha agudizado.

plantación de ordenadores en la escuela, con otras tres comunidades destacadas respecto a la media nacional: País Vasco (5,4 alumnos por ordenador) y Asturias y La Rioja, ambas con 6,3.

Los archipiélagos españoles salen malparados de la estadística comparada: Baleares (11,5 alumnos por ordenador); Canarias (10,1), mientras que la Comunidad Valenciana (11,6).

Otro de los parámetros en los que España está obligada a mejorar es la penetración de Internet en los hogares, un déficit que preocupa –y mucho– a los ministerios de Economía e Industria, que han lanzado una iniciativa, bajo el nombre de Hogar Conectado a Internet, que consiste en que distintas empresas se han comprometido a facilitar a sus empleados la adquisición de un ordenador para su uso personal en condiciones muy beneficiosas en términos económicos. Se pretende así que las empresas cuenten con trabajadores más cualificados. ■

UN VISTAZO A LA RED

Un clon de Windows, pero gratis

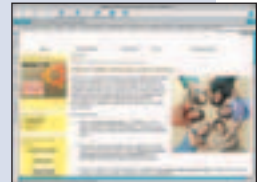
Ubuntu es un sistema operativo de código abierto desarrollado en torno al kernel Linux. La filosofía Ubuntu se basa en los siguientes principios: que el *software* debe ser gratuito, que la gente debe poder usar el *software* en su lengua materna y debe poder hacerlo independientemente de cualquiera que sean sus limitaciones

<http://www.ubuntu-es.org/ubuntu/introduccion>

Lo más en tendencias

¿Qué es lo último en diseño, o en tecnología, o en arte? Esta *web* es la última hora en cualquier tipo de noticia y ha sido calificada como la enciclopedia de la vanguardia. Deberás aplicar un traductor, si tienes dificultades con el inglés.

<http://www.newsvine.com>



Ciberconsejos

Nunca contestes a la pregunta: ¿me das tu móvil?

En los primeros nueve meses de este año, un total de 33.992 aparatos han sido robados en atracos. En marzo pasado entró en vigor en Guatemala, la Ley de Registro de Terminales Móviles Robadas o Hurtadas, que establece multas de entre 6.665 y 13.333 dólares y penas de seis años de cárcel para quienes vendan aparatos robados o alteren su información electrónica.

Arsenal y Chelsea juegan a los chinos

El club de fútbol inglés Arsenal anunció la inauguración de una *web* para sus hinchas en chino mandarín, para promover el club y aumentar su audiencia en China. El director financiero Keith Edelman firmó este martes un acuerdo con la sociedad Tom.com que albergará la nueva *web*, donde de los millones de personas que apoyan al Arsenal en el mundo, se considera que cuatro millones son chinos. El Arsenal se une así al Chelsea, que inauguró su *web* en chino hace unos meses.

Golf

Previa Lacoste Promesas 2007

Ganaron Almudena Blasco y Javier Gallegos

Golf amateur en Las Pinaïllas de Albacete.

La valenciana Almudena Blasco y el madrileño Javier Gallegos se han adjudicado la previa Lacoste Promesas, celebrada en el Club de Golf Las Pinaïllas de Albacete, donde fueron segundos la andaluza Ana Fernández de Mesa y el catalán Emilio Cuartero. Los cuatro se han asegurado su plaza en la final, donde practicarán, junto a Miguel Ángel Jiménez, Chema Olazábal y Nacho Garrido. María Parrón ha sido la ganadora del Premio Especial Play-Station, concedido al mejor competidor de 14 años o menos.

La igualdad ha sido la tónica general durante esta previa Lacoste Promesas, siendo necesario disputar dos *play-offs* para decidir la ganadora



Los ganadores del Lacoste Promesas en Las Pinaïllas.

ra femenina y el segundo clasificado entre los chicos. Emilio Cuartero, vigente campeón de España Cadete y del prestigioso British Boys, terminó empatado con Carlos Clemares y de nuevo jugaron el hoyo 18, donde Cuartero hizo *birdie*. Almudena Blasco y Ana Fernández de Mesa salieron también a jugar el 18 de Las Pinaïllas.

Almudena tiene 16 años y juega en El Saler. Fue campeona de España Benjamín en 2001, y el año pasado formó parte del equipo que se adjudicó el Interterritorial Junior de España: "Ha sido un final muy reñido. Hoy iba jugando muy bien, pero luego la he fastidiado un poco con dos *bogeys* en el 16 y el 17. En el 18 he salva-

do un par muy bueno para ir al *play-off*". Javier Gallegos es uno de los mejores jugadores de la Federación Madrileña, tiene 14 años y cogió su primer palo a los tres, juega en el RACE y sus jugadores favoritos son Luke Donald e Ian Poulter. "Hoy he jugado bien, he cogido todas las calles, la mitad de los *greens*, y he salvado pares cuando tenía que hacerlo". ■

El campo de L'Ampolla, a pleno rendimiento

"Sin lugar a dudas, el campo de Pitch & Putt de El Mirador del Delta está ubicado en un espacio incomparable que, además de disfrutar de este deporte, permite a todos los aficionados del Pitch & Putt gozar de este entorno excepcional que lo rodea", ha afirmado Jordi Sumarroca, consejero delegado de Teyco, y ha añadido que "el Pitch&Putt l'Ampolla ha sido diseñado y construido por profesionales del golf, que han sabido combinar la armonía del terreno con la dificultad de algunos de sus hoyos". El Pitch & Putt es un deporte que cada vez cuenta con

más adeptos en nuestro país, y Teyco y TI Participaciones, empresa del grupo CAM, han querido ofrecer el máximo número de servicios posibles para satisfacer las necesidades de los clientes. En este sentido, las instalaciones cuentan con una Casa Club y con los servicios más completos: campo de prácticas, escuela de golf, Putting Green, zona de *approach*, bar-restaurante, tienda, alquiler de material y vestidores completos, entre otros servicios. El nuevo Pitch & Putt de El Mirador del Delta es un campo de 18 hoyos ocupa una superficie de 72.511 metros cuadrados



formará parte del recorrido de campos federados que participan en los campeonatos de esta modalidad. Además, formará parte del circuito de la Federación Catalana de Pitch & Putt.

Formación & Empleo

Hospital Santa Bárbara de Puertollano, necesita:

MÉDICO INTENSIVISTA

Se ofrece:

Contrato laboral indefinido. Jornada de mañana + guardias.

Interesados ponerse en contacto con la Dra. Prieto en el siguiente e-mail: fprietom@sescam.jccm.es, o en el teléfono 926 42 11 00 Ext 70633 (Preguntar por la Dra. Prieto o por el intensivista de guardia). fprietom@sescam.jccm.es

Empresa farmacéutica, líder en su sector precisa incorporar:

ASESOR MÉDICO

Se requiere:

Licenciatura en Medicina. Experiencia mínima de 2 años en puestos similares. Nivel alto de inglés.

Se ofrece:

Importantes oportunidades de desarrollo profesional e interesante retribución.

Interesados enviar C.V. al Polígono Huarte 31620 Pamplona, indicando la Ref. Asesor Médico.

Mercadona precisa:

MÉDICOS para Almería, Barcelona, Madrid, Málaga y Toledo.

Se ofrece:

Contrato fijo y sueldo bruto anual de 41.540 euros.

Requisitos:

Carné de conducir y disponibilidad para viajar.

Interesados enviar *curriculum vitae* la dirección marroyo@mercadona.es

Fraternidad Mufrespa necesita incorporar:

MÉDICOS GENERALES / MÉDICOS DEL TRABAJO

Requisitos:

Título de Licenciatura en Medicina y Cirugía. Buen nivel de conocimientos informáticos.

Se valorará:

Especialidad en Medicina del Trabajo.

Interesados pueden enviar sus referencias a la dirección de correo electrónico empleo@fraternidad-prevencion.com

Hospital de Sant Jaume en Olot (Barcelona) precisa:

DOS MÉDICOS ADJUNTOS DE GINECOLOGÍA

Se ofrece:

Jornada completa y contrato definido.

Interesados contactar en el teléfono 972 275 199 y a través del correo electrónico direccio@hospitalot.com

Hospital Santa Bárbara de Puertollano, Ciudad Real, ofrece:

DOS PLAZAS DE ESPECIALISTAS DE APARATO DIGESTIVO

Interesados enviar curriculum a: cpereda@sescam.jccm.es. Teléfono: 646 04 62 84

S.P.A. Medical Economics®

GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE

EDICIÓN ESPAÑOLA

En el próximo número...

La carrera profesional

El modelo de carrera profesional que las comunidades autónomas han implantado para su personal sanitario entraña descontentos y desigualdades, tanto económicas como de méritos. Los servicios de salud autonómicos tienen de plazo hasta el próximo 22 de noviembre para homologar y reconocer los distintos sistemas existentes.

La atención al paciente merece atención

El paciente, como primer interesado y beneficiado de su salud, tiene derecho a recibir una información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como un trato digno, respetuoso y con absoluta confidencialidad.

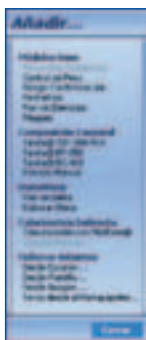
¿Usted qué haría?

Para la mayoría de los médicos la autonomía es clave cuando el paciente rechaza la medicina convencional. Pero también es cierto que no todos están a favor de un tratamiento con medicina alternativa.

Suite Biológica 7.0

La Suite Biológica es un protocolo informático de trabajo modular que se ha desarrollado con objeto de complementar la Valoración de la Composición Corporal de TANITA con las otras necesidades de una consulta nutricional; sobretodo desde la visión antropométrica y seguimiento del paciente con exceso de peso. La base principal de la misma es dar de alta pacientes en su base de datos, controlar los resultados de LA PRIMERA VISITA y sobretodo generar un histórico con la evolución de los mismos, imprimiendo para cada uno de ellos un informe personalizado. Los módulos mas importantes que la componen son

Ficha Paciente / Agenda

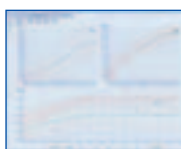


Permite dar de alta y modificar las fichas de datos de cualquier paciente y gestionar el histórico de visitas. Incluye la Utilidad Nota Cronológica que permite añadir al histórico notas y comentarios escritas por el Usuario como si de una historia clínica se tratara. Estas notas se imprimen en un informe personalizado.



Historico Y Evolutivo Gráfico: Módulo interno que graba los datos de cada visita y elabora gráficos de evolución de los resultados obtenidos. Permite la impresión a color de los mismos.

Percentiles pediátrico de Masa Grasa



Módulo para el estudio y valoración nutricional en Pediatría con percentiles de Crecimiento por edad, altura peso y pliegues y percentiles de Grasa Corporal con instrumentos TANITA.

Control De Peso

Realiza un histograma del Peso actual del sujeto clasificando su estado fisiológico según el IMC y el valor ideal que debería conseguir. Incluye el parámetro de Riesgo de Salud / IMC.



Tipología De La Obesidad



Según la introducción de los perímetros corporales Cintura, Cadera y Muslo se determina la clasificación de la tipología de la obesidad del sujeto en Androide o Ginoide.

Riesgo Cardiovascular

Test de Framingham para determinar el riesgo estadístico de una cardiopatía según los factores de riesgo siguientes: edad, peso, tabaquismo, diabetes, tensión y colesterol. Sobre la base de ellos se determina el riesgo y la evolución con diferentes controles.



Plan Sport

Test que calcula el gasto energético que se produce al realizar una determinada actividad física según el tiempo que se realice y el peso del practicante. Realiza un listado de las mismas.



Pliegues Cutáneos

Permite con la introducción de 4 pliegues cutáneos obtenidos con un plicómetro o caliper determinar la composición corporal del sujeto en función de la cantidad de Masa Grasa y Masa Magra.



TANITA Analizadores de Composición Corporal

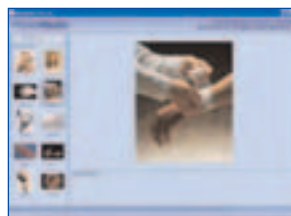
Módulo que permite conectar el instrumento Tanita MC-180 MA Multifrecuencia para seguimiento y control evolutivo de la Masa Grasa Corporal, la Masa Libre de Grasa, la Masa Muscular, el Agua Total, el Agua Intra y Extracelular, para la retención de líquidos, el nivel de Grasa Visceral, el Metabolismo Basal, IMC, Tipología Física. Etc.



Medida	Unidad	Valor	Unidad	Valor	Unidad	Valor	Unidad	Valor	Unidad	Valor				
Masa Grasa Corporal	%	25.4	Masa Libre de Grasa	%	74.6	Masa Muscular	kg	35.5	Masa Muscular	%	42.5			
Agua Total	%	58.5	Agua Intra y Extracelular	%	58.5	Grasa Visceral	cm	1.2	Metabolismo Basal	kcal/día	1500	IMC	kg/m²	25.4

PHOTOMEDIC

Módulo de control y seguimiento por imágenes. Protocolo informático para cirugía estética, dermatología, medicina estética, obesidad, que permite introducir imágenes en el histórico del sujeto para comparar el antes y después de un tratamiento. Captura desde cualquier dispositivo Twain, cámara digital, escáner, etc. o directamente desde el disco duro.



A través de la opción álbum, se pueden visualizar las imágenes de la siguiente forma: de una en una; en comparativa, de un sujeto o de todos los sujetos. Permite la impresión a color de las mismas.

PLAN DE DIETA PARA Dietowin®

Desde esta opción se puede llevar a cabo la elaboración de la Dieta Personalizadas con el programa Dietowin® para cualquier paciente que se encuentre dado de alta en la Suite Biológica.

A diferencia de la opción descrita en Dietowin, aquí es necesario indicarle previamente al Automata los datos de paciente para que calcule la Ingesta y posteriormente haga la dieta.



En el caso de que el Usuario posea un instrumento TANITA, este Plan será calculado basándose en los datos obtenidos con el mismo.

La Tasa Metabólica Basal utilizada para el cálculo de la Ingesta Nutricional será la propuesta por el análisis de la composición corporal de TANITA y en su defecto mediante la ecuación de Harris Benedict

Sobre la base de los datos obtenidos se genera un informe personalizado del Plan de Dieta para el paciente donde se informa de la Ingesta y resultados actuales y de la Ingesta y resultados objetivos sobre los que se le elaborará su dieta.

Mayor información del software en:
www.bl-biologica.es o en www.dietowin.com

NOVEDAD

analizador multifrecuencia segmental

PARA VALORACION DE EDEMAS

Agua Extra Celular
Agua Intra Celular
Agua Total Corporal

PARA VALORACION NUTRICIONAL

Índice de Grasa Visceral
Índice de Grasa Total
Índice de Tasa Metabólica
Masa Grasa Localizada
Masa Muscular por Segmentos
IMC, MB

VARIOS

Tipología Física
Balance Muscular
Masa Osea
Valores de Impedancia
Multifrecuencia
Peso

COMPLEMENTOS

Programa
SuiteBiologica 7.0
Histórico y Evolutivo
de resultados obtenidos
3 años de garantía
Homologado Directiva
Médica CE
Certificado Clase III



TANITA

Tel: 938718147 - www.bl-biologica.es

BioLógica
Tecnología Médica sl

Distribuidor General para España