Entrevista: José Luis Herrera Pombo 14
Innovación en diagnóstico gastroenterológico 40
Aseguradoras: ¿Quién dijo crisis? 42
Práctica profesional: Una zona gris de la medicina 46

www.medecoes.com

Medical Economics

Nº 153 10 de junio de 2011 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente



IV Congreso PAIME

El médico enfermo, ESE PACIENTE ESPECIAL

ADEMÁS

Chequeo a MERCK

(págs. centrales)

S.P.A.
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

PROGRAMA AAP 2011

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



PRÓXIMOS CURSOS

BARCELONA
20 de septiembre
Hotel Fira Palace de Barcelona

MADRID
27 de septiembre
Hotel NH Eurobuilding

ALICANTE
4 de octubre
Palacio de Congresos de Alicante

CÁCERES
20 de octubre
Hotel Barceló V Centenario

CON LA GARANTÍA DE: LIVEMED Institute Spain

INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com

LIVEMED® ESPAÑA

Educación Médica Continuada

CONGRESO DE SALUD LABORAL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS 2011

Trabajo, corazón y riesgos psicosociales

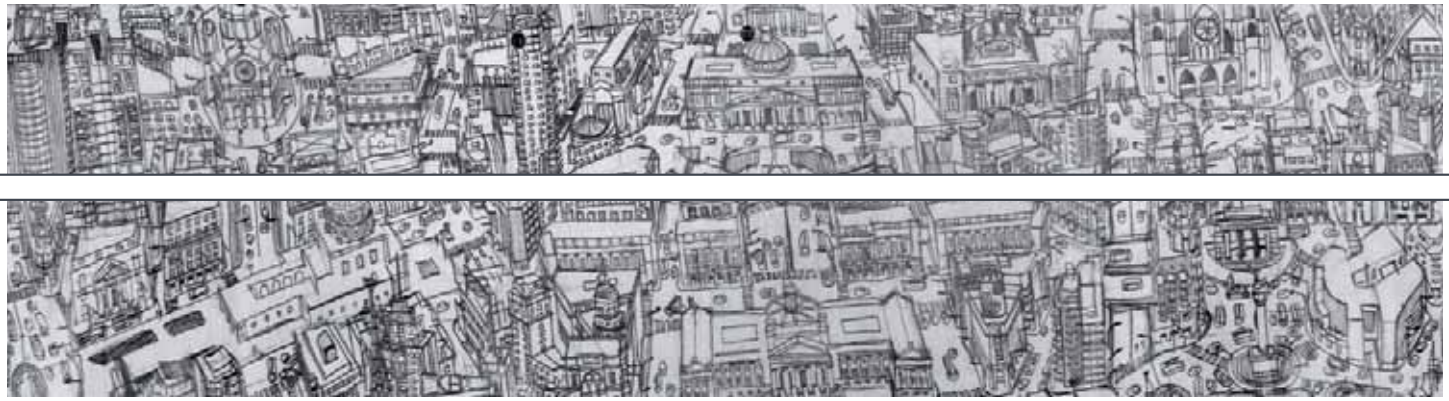
Un reto, una necesidad
¡Participa! ¡intégrate!



Madrid,
3 y 4
de noviembre
de 2011

SOCIEDAD CASTELLANA
DE MEDICINA Y SEGURIDAD
DEL TRABAJO

Secretaría Técnica
DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.
Tel.: 91 792 13 65 • Fax: 91 500 20 75
dfc@ispaeditores.com



Sebastián Ferreira, *sin título*
Obra procedente de las *National Art Exhibitions of the Mentally Ill Inc.*

Compartimos un mismo compromiso,
un mismo equipo y desde ahora,
el mismo nombre

janssen

PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson&Johnson

Un sólo nombre que identifica a todas las
compañías farmacéuticas de Johnson&Johnson.
Un nombre que rinde homenaje al **Dr. Paul Janssen,**
un investigador genial y fundador de una
de las primeras compañías farmacéuticas del grupo.

Un solo nombre y un mismo compromiso:
los pacientes.

Ellos son la razón de ser de nuestra innovación en
la búsqueda de respuestas dónde sólo hay incógnitas.
Y eso, tiene mucho valor. **El valor de innovar.**

Janssen-Cilag S.A.

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
Johnson&Johnson

18 | EN PORTADA

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) comenzó en Cataluña hace más de una década y se ha ido extendiendo por el resto de comunidades autónomas con la colaboración de las diferentes consejerías de Sanidad. Desde su inicio ha atendido ya a más de 2.430 galenos, de los que el 90 por ciento se han recuperado plenamente, reintegrándose a su ejercicio profesional.



JORNADA

40 **Innovación tecnológica y eficiencia diagnóstica en gastroenterología**

Medical Economics organizó en Madrid, con la colaboración de Given Imaging, Endotécnica y Casen Fleet, una sesión de debate clínico en la que se pusieron de manifiesto las ventajas y el posible desarrollo futuro de la cápsula endoscópica.

PRÁCTICA PROFESIONAL

46 **Una zona gris de la medicina**

La experiencia de un médico durante una competición atlética es una oportunidad para aprender a tratar a los seres queridos.

ENTORNO ECONÓMICO

42 **Aseguradoras: ¿Quién dijo crisis?**

Las aseguradoras sanitarias plantan cara a la crisis. El año pasado, el ramo de salud facturó 6.325 millones de euros en primas, un 4,2 por ciento más que en 2009. Y en el primer trimestre de 2011 creció casi otro 4 por ciento.





AHORA TU VIDA SOCIAL IMPORTA MÁS QUE NUNCA

Por ser mutualista y traer con nosotros a tu familia, tus compañeros de trabajo... A.M.A. te descuenta un 10%* en el importe de la renovación de tu póliza.



te descontamos un 10% en el importe de tu póliza

Para más información llama al:

902 30 30 10

o acude a tu oficina más cercana.

- Descuentos por traer nuevos mutualistas que contraten pólizas en los ramos de: Multirriesgo Hogar (ramo 12), Establecimientos Sanitarios (ramo 23), Multirriesgo Farmacia (ramo 24), Automóvil (ramo 30), Responsabilidad Civil Prof. (ramo 52), Resp. Civil Prof. Odontólogos (ramo 55), Resp. Civil Sociedades (ramo 56).
- Descuento de un 10% en póliza de cartera si el nuevo mutualista contrata una póliza del mismo ramo.
- Si existen varias pólizas de un mismo ramo susceptibles de descuento, éste se aplicará sobre la que indique el mutualista. Si no indica nada, sobre la más próxima al vencimiento.
- Si se contrata una póliza de un ramo que el mutualista no tiene, el descuento se efectuará sobre la póliza del ramo que tenga contratada con preferencia de la póliza de los ramos de la escala antes señalada.
- Tratamientos de descuento comercial y solo para el primer año.
- El descuento que se contempla es único (ya se traiga uno o varios mutualistas).
- Oferta válida del 14 de marzo al 31 de diciembre de 2011.

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

Medical Economics

Editor
Manuel García Abad

Directores asociados
José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial
Enrique González Morales

Redacción
Almudena Caballero Díaz
medeconomics@drugfarma.com

Traducción
Laura Piperno

Maquetación
Carlos Sanz y Carolina Vicent

Publicidad Madrid
Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona
Salvador Tugues
stugues@drugfarma.com

Administración
Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

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

Tarifa ordinaria anual	113 €
Tarifa instituciones anual	140 €
Ejemplar suelto	6 €
Ejemplar atrasado	9 €

Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión:
Litofinter Industria Gráfica

© 2011
Spanish Publishers Associates, S. L.
Antonio López, 249-1º
Edif. Vértice
28041. Madrid.
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075
E-mail: spa@drugfarma.com
Numancia, 91-93. 08029 Barcelona
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345
ISSN: 1696-6163
D.L.: M-35829-2003
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por ojd

ACTUALIDAD

5 **Mi punto de vista**

7 **Con ojo clínico**

8 **Profesión/Finanzas**

LA VISIÓN DEL EXPERTO

13 **Gestión de Calidad: Enfermería**
Beneficio para todos

16 **Capital riesgo**
Modelos de negocio 'biotech'

56 **Economía de la Salud en el Área del Dolor**
Hacia una sociología del dolor: aprender a abordarlo

58 **Tribunales**
Daño desproporcionado

59 **Internet y Medicina**
Hacia un estándar de terminología médica

60 **Inversiones**
Crecimiento a dos velocidades en la Eurozona...¿dónde queda España?



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Advertiría al Colegio de Médico acerca de una adicción de un compañero?

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



ENCUESTA EXCLUSIVA

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

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a traves de nuestra web: *www.medecoes.com*



Y ADEMÁS

14 **De Cerca**

52 **Sanidad Autonómica**

54 **Atención al paciente**

62 **Inglés Sanitario**

64 **Golf**

La sección Golf se elabora con la colaboración del Grupo Nuevo Lunes.

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

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

© Copyright 2011 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 2011 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal
Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

Marta Aguilera Guzmán
Presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Margarita Alfonsel Jaén
Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther
Jefe de Servicio de Neumología Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Humberto Arnés Corellano
Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero
Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz
Farmaiuris Abogados y Presidente de la Asoc. Española de Derecho Farmacéutico

Honorio Bando Casado
Consejero de Dirección. Instituto de Salud Carlos III

Josep Basora Gallisá
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

José María Barahona Hortelano
Catedrático de Oftalmología Fac. de Medicina. Univ. de Salamanca

Carlos Belmonte Martínez
Director de Instituto de Neurociencias de Alicante

Fidel Campoy Domenech
Director General de Salud DKV Seguros

Miguel Carrero López
Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Guillermo Castillo Acero
Director Fundación Grünenthal

Enrique Catalán López
Consejero Delegado de Xanit H.C.M

Ana Céspedes Montoya
Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García
Presidente de Idepro

José Cortina Orriós
Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina
Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane
Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García
Presidente. Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta
Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Joaquín Estévez Lucas
Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

Julio Fernández Llamazares
Director Corporativo de Comunicación Capio Sanidad

José Fernández-Vigo López
Catedrático de Oftalmología Universidad de Extremadura

Francisco Vicente Fornés Úbeda
Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo

Antoni M. Fuster Miró
Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

Abelardo García de Lorenzo y Mateos
Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Enrique Gargallo Santa Eulalia
Director Médico. Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes
Director de la Fundación Lilly

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

Gabriel Herrero Beaumont
Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega
Departamento de Economía. Universidad de Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré
Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández
Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera
Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente
Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero
Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuin
Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés
Excoordinador de Relaciones Institucionales Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández
Real Academia de Medicina de Zaragoza

Rafael Matesanz Acedos
Coordinador Nacional de Trasplantes

Teresa Millán Rusillo
Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban
Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

César Nombela Cano
Catedrático de Microbiología Facultad de Farmacia UCM

Juan Oliva Moreno
Presidende de la Asociación Española de Economía de la Salud

Silvia Ondategui-Parra
Directora de la Unidad de Salud y Farmacia. Ernest & Young

José Palacios Carvajal
Servicio de Traumatología Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano
Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

Enrique Palau Beato
Director de Desarrollo Estratégico en Sanidad Atos Origin

Antonio Pellicer Martínez
Presidente del Instituto Valenciano de Infertilidad

Federico Plaza Piñol
Director General de la Fundación AstraZeneca

Eduard Portella
Presidente de Antares Consulting, S.A.

Regina Revilla Pedreira
Directora de Relaciones Externas Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado
Jefe de Servicio de Geriatría Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González
Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

Helena Ris
Directora general de La Unió Catalana d'Hospitals

José Antonio Rodríguez Montes
Decano de la Facultad de Medicina. UAM

Germán Rodríguez Somolinos
Director de Ciencias de la Vida y los Materiales CDTI

Julián Ruiz Ferrán
Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro
Dirección de Desarrollo Profesional y Estratégico Orden Hospitalaria San Juan de Dios

Eugeni Sedano i Monasterio
Director de RR.II. Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana
Catedrático Emérito de Patología Médica Facultad de Medicina. UAM.

Guillermo Sierra Arredondo
Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache
Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco
Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

Luis Verde Remeseiro
Director del Área Sanitaria de El Ferrol (A Coruña)

Expertos

Gestión Profesional

Luisa Bautista
Responsable de Gestión de Proyectos y Calidad de ASISA

Rosa Mª Fernández
Directora de Enfermería y Adjunta a la Dirección del Hospital Virgen de la Paloma

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho Ambiental

Jose María Martínez García
Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla
Profesor de Derecho Sanitario Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero
Bufete De Lorenzo Abogados Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario

Ofelia de Lorenzo Aparici
Directora Área Jurídico Contencioso Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara
Directora de Análisis y Estrategia Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany
Socio Director Bufete Alemany Escalona & Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras
Médico Gerente Incubación Proyectos Empresariales –MediTecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo
Coordinador Sistemas Información Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García
Gerente de Sanidad PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo
Exdirectora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitales

Silvia Serrano
Gerente de la Asociación Murciana para el Cuidado de la Diabetes

Mi punto de vista

La cultura de la salud medioambiental

Hasta hace no muchos años, el tema medioambiental se trataba casi exclusivamente en el campo de las Ciencias de la Naturaleza (Biología, Geología, Química o Ecología) y se olvidaba el aspecto humano o de las ciencias sociales y del comportamiento que actualmente han empezado a aportar una visión más integral al ámbito de las Ciencias de la Salud y de la Vida.

Se ha realizado un proceso que ha incluido la aportación de otras muchas ciencias, como la Antropología, la Sociología, la Psicología o las Ciencias de la Educación, y que permite abordar los problemas desde diferentes puntos de vista.

La calidad medioambiental es evidentemente una parte fundamental de la calidad de vida y del bienestar social. El diseño de entornos habituales dignos y satisfactorios, la conservación del medio rural, la disposición de recursos naturales suficientes y la eliminación de contaminantes, son algunas metas asumidas explícitamente en las políticas de la Unión Europea. Ciertamente las políticas que diseñan las directrices son necesarias e imprescindibles como punto de referencia.

Estos cambios se han visto reflejados en numerosos programas medioambientales, partiendo de la base de que uno de los aspectos más destacados es la educación, uno de los logros más relevantes ha sido incluir la educación medioambiental en los programas escolares; la educación medioambiental, la educación para la salud y la educación del consumidor forman parte de un triunvirato que va dando sus frutos.

Las administraciones públicas, de ámbito estatal, local y autonómico son las que diseñan las directrices políticas, a veces entrelazadas en programas concretos, como es el caso de "ciudades saludables" que se enmarcan dentro de un programa de la Unión Europea y de la OMS: "Una ciudad saludable es aquella que crea o mejora constantemente sus ambientes –social y físico– y que despliega los recursos necesarios para ayudar a los ciudadanos a desarrollar a través de la asistencia mutua todas las funciones de la vida hasta su potencial máximo".

A nivel institucional y teniendo en cuenta el desarrollo de las fundaciones se está consiguiendo cada vez más la participación de los diferentes grupos sociales, que ganan presencia en el ámbito comunitario.

Las decisiones que se adopten para paliar el deterioro medioambiental deberán consensuarse entre las instituciones y organizaciones que trabajen en ello tratando de conseguir un enfoque multidisciplinar donde la participación ciudadana es una tarea prioritaria.

Parece evidente que en el siglo XXI la racionalidad en las decisiones se regirá por consideraciones medioambientales, por lo que será el siglo de la cultura medioambiental. La coordinación de programas educativos y programas informativos dirigidos a la población en general y que integren aspectos comunes de medioambiente, salud y consumo, hará que el resultado sea eficaz y que la relación coste-eficacia sea óptima.

Es necesario mentalizar a los ciudadanos para que exijan el cumplimiento de sus propios derechos. Paralelamente los poderes públicos deben acentuar los controles pertinentes para que se cumpla toda la normativa vigente, tarea que no sólo corresponde a la Administración general del Estado sino también a las comunidades autónomas, a las corporaciones locales y a los agentes sociales, cuya acción coordinada dará resultados positivos para ir aumentando la tutela y la promoción de la salud ambiental.



Honorio Carlos Bando Casado*

La cultura de la salud medioambiental ha de tener como objetivo poner de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una promoción integral de la salud, coordinando los determinantes más importantes que puedan incidir en una mejora de la salud y calidad de vida para todos.

Hay que sentar la tesis de la concepción integral del medio ambiente y salud, con el objetivo de ofrecer y plantear dicha necesidad, ya que las actuaciones que se lleven a cabo condicionarán, en gran manera, el futuro del medio ambiente en el ámbito de la promoción de la salud. El medio ambiente es un factor decisivo en la protección del derecho a la salud, así como la incidencia de los hábitos de los ciudadanos lo es para un desarrollo sostenible.

La salud medioambiental debe ofrecer un proyecto positivo dentro de la cultura de la salud y es un punto de reflexión para dinamizar las actuaciones de los ciudadanos en los próximos años, ya que tienen que asumir un papel más activo y tomar una conciencia más efectiva de que la promoción de la salud medioambiental y la prevención de la enfermedad es una tarea de todos. ■

* Doctor en Derecho. Vicepresidente de las Fundaciones IDEPRO y FUNDADEPS

web de la salud.es



Pensando en su paciente

www.webdelasalud.es

Con ojo clínico

Franquicias sanitarias: la impersonalidad al poder

En general, las franquicias están teniendo un gran éxito en España. Desde hace años, incluso es uno de los países principales de Europa en su desarrollo. Sin embargo, cuando con cierta frecuencia se habla de ellas en el mundo de la Sanidad, es otro cantar.

Anticiparé que, si lo medimos por la cantidad de médicos que introducen sus ansias empresariales en el sector por esta vía como pequeños empresarios, creo que ha encajado con la idiosincrasia del país. Hay mercado y es dinámico. Sin embargo si medimos el grado de éxito del sector en España como las fórmulas que logran consolidarse, el panorama es más bien distinto. El problema casi siempre radica en una mala aplicación e, incluso, en que no todo lo que llamamos coloquialmente franquicia lo es.

La franquicia es una fórmula que permite apoyar la expansión de un nombre de una institución, de una marca, un logotipo, pero que no se puede hacer de cualquier manera. Hacerlo mal lleva a muchas de las empresas sanitarias, o clínicas, que se inician en ese sistema a cejar en el intento.

La realidad es que en España conviven dos situaciones opuestas: la de aquellas pocas empresas que aplican muy bien la fórmula habiendo logrado posiciones de liderazgo y situaciones de sostenibilidad muy interesantes (ligadas de forma monográfica a patologías de tono leve, en general, como dentistas, dermatólogos, donde los profesionales no son conocidos, el trato es impersonal) y la de un segundo grupo muy nutrido que no logran consolidarse, prueban durante un tiempo con mejor o peor desarrollo y discontinúan en su práctica, con graves problemas económicos, despidos de personal, desplomes en Bolsa… (son más de tipo policlínico o basadas en profesionales de gran prestigio ubicados en otro lugar geográfico).

Y es que las principales causas de fracaso se pueden agrupar en cuatro categorías:

- Empresas no franquiciables. En algunas ocasiones se franquician aquellas cuya base no lo permite, al menos en sus condiciones actuales, y acaban siendo inviables en un periodo relativamente corto de tiempo.
- Comenzar a franquiciar sin haberse preparado suficientemente. Este es un error que se comete, sobre todo, por no haber pensado en profundidad las condiciones de la franquicia (se copian otros contratos), no haber preparado unas buenas herramientas de franquicia (dossieres, manuales, equipo humano central adecuado, sistema de información, acreditaciones de calidad), no contar con los recursos adecuados (tecnológicos, financieros) o, incluso, comenzar la expansión antes de hora.
- No saber ver por qué no funciona la red de empresas (incapacidad de los gestores para enfocar los problemas iniciales).
- Tener la franquicia desenfocada. Muchas empresas franquiciadoras, en su afán de ayudar al franquiciado, comienzan a ofrecer una serie de servicios tan amplia que acaban no teniendo valor para este, pero añaden coste o, al contrario, no le posibilitan los servicios que le deberían ofrecer realmente.

Pero lo más importante, y es el mensaje que deseo dejar en esta sección, es que los pacientes, cuando acuden con problemas graves, incluso dentro de las patologías definidas anteriormente como de tono leve, tienen que encontrar al profesional acreditado, en el que confiar y no a un anónimo que le represente a distancia. Todavía el paciente (y Dios quiera que no cambie) necesita mirar a los ojos a un profesional acreditado, conocido, y no una rutina marcada por un procedimiento estandarizado en distintas ubicaciones. No basta con adquirir consultas en la geografía nacional y cambiar el nombre de la placa exterior de la calle… si el profesional es el mismo que ya venía ejerciendo en ese lugar durante los últimos años. ■



José María Martínez García*

» Comenzar desde un mal punto de partida suele ser uno de los motivos por los que muchas franquicias se ven abocadas a abandonar el sistema

» Lo más importante es que los pacientes tienen que encontrar al profesional acreditado, en el que confiar y no a un anónimo que le represente a distancia

*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.
Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

6.875
residentes se incorporaron a sus plazas a mediados del pasado mes.

11.554
fueron los aspirantes que compitieron por esas plazas.

18
especialidades se agotaron en los 4.000 primeros puestos, empezando por cirugía plástica.

64,5
por ciento de los aspirantes fueron mujeres.

47,7
por ciento de las plazas se concentran en Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Málaga y Murcia.

Fuente: *Centro de Estudios Sindicato Médico de Granada.*

MERCADO

La familia Gallardo paga 190 millones por los hospitales de Adeslas

Los accionistas mayoritarios de Laboratorios Almirall, la familia Gallardo, se han impuesto a los fondos de capital riesgo y a USP Hospitales en la pugna por la decena de hospitales de Adeslas que La Caixa, por medio de su filial Criteria, puso recientemente a la venta. La operación, que se ha cerrado por sorpresa, supone un desembolso en efectivo de 190 millones de euros, a los que añade un plan de inversiones por otros cien millones. De esta forma, los Gallardo se hacen con el cuarto grupo hospitalario español, que cuenta con cerca de mil camas. Almirall obtuvo en el primer trimestre de este año unas ventas de 212,7 millones de euros, un 12,3 por ciento menos que en el mismo periodo de 2010, y su beneficio neto bajó un 40 por ciento.



BOLSA

Salidas a Bolsa y estancamiento del beneficio en el Íbex



Más de media docena de compañías tienen previsto saltar al parqué español en los próximos meses. Atento, la filial de *call center* de Telefónica, lo hará a mediados de junio, con una valoración de entre 1.500 y 2.000 millones de euros; Talgo, con una facturación de 382 millones y un beneficio de 74 millones, competirá en Bolsa con CAF; Dia, filial de Carrefour, tendría una valoración entre los 3.200 y 4.000 millones; Loterías y Apuestas del Estado (LAE), pondrá a disposición de los inversores en torno al 30 por ciento de su capital; y también el Estado sacará al mercado el 49 por ciento de Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (Aena). A estas operaciones bursátiles hay que sumar las de Caixabank y Bankia. Mientras estas entidades calientan motores de cara a su estreno bursátil, las que cotizan en el Íbex han estancado sus beneficios en el primer trimestre de este año, con un crecimiento de tan sólo un 0,8 por ciento respecto al mismo periodo de 2010.

ENTRE NOSOTROS

Carlos Belmonte, profesor de la Universidad Miguel Hernández de Elche y miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics* ha sido galardonado por el Instituto Europeo de Visión con el premio al mejor investigador en visión por "sus importantes y originales contribuciones a la caracterización funcional de la inervación sensorial del ojo, describiendo el papel de las terminaciones sensoriales en determinar las sensaciones oculares y regular funciones oculares como la lacrimación y el control de la circulación ocular y de la presión intraocular", informaron desde la Universidad Miguel Hernández.

INNOVACIÓN

La biotecnología crece en medio de la crisis



Parece que la crisis económica es un abono para el crecimiento de la biotecnología, a tenor de las cifras ofrecidas por Asebio, la patronal del sector, en su informe de 2010. Así, las empresas biotecnológicas españolas aumentaron en 2009 un 16,2 por ciento respecto al año anterior, alcanzando la cifra de 1.095; los ingresos superaron los 53.150 millones de ingresos, un 71 por ciento más; el empleo total sumó 148.648 trabajadores, el 37,2 por ciento más que el año precedente, y la inversión interna privada en I+D en biotecnología ascendió a 485 millones, con un incremento del 5,4 por ciento respecto al año anterior. El informe constata que la salud humana es, después de la alimentación, el sector que más aplicaciones biotecnológicas tiene, con un 38 por ciento del total.

FORMACIÓN

El próximo curso habrá casi 7.000 plazas de Medicina

Un 1,5 por ciento más. Ese es el incremento de plazas que vivirá el grado de Medicina durante el curso 2011-12, pasando de las 6.813 de este curso a las 6.919 que se ofertarán el que viene. De esta manera, el incremento acumulado desde el curso 2005-06 es de un 59,31 por ciento. La decisión de la Conferencia General de Política Universitaria (CGPU), máximo órgano de coordinación entre las comunidades autónomas y el Ministerio en materia de Universidades, no ha sido bien recibida por todos los públicos. Así, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) ha mostrado su rechazo señalando que "hay que solicitar una acción coordinada y global, más compleja política y organizativamente que aumentar el número de estudiantes de nuevo ingreso, y en mayor medida cuando el déficit actual parece deberse más a un déficit en ciertas especialidades concretas y a una mala distribución de los profesionales que a un déficit global de médicos".

PROFESIÓN MÉDICA

Las clínicas privadas alcanzaron los 6.000 millones de euros en 2010

El volumen de negocio de las clínicas privadas se situó en 5.965 millones de euros en 2010, un 2,8 por ciento más que en 2009, un crecimiento inferior al cinco por ciento registrado en este último año. Así se afirma en un reciente estudio publicado por DBK, filial de Informa D&B (Grupo Cesce). Los ingresos de las clínicas vinculados a convenios con aseguradoras alcanzaron los 3.715 millones de euros, lo que supuso un crecimiento del 3,5 por ciento, también inferior al del año anterior (+5,1 por ciento). El aumento en el número de asegurados en el ramo de salud siguió impulsando la actividad en este segmento.

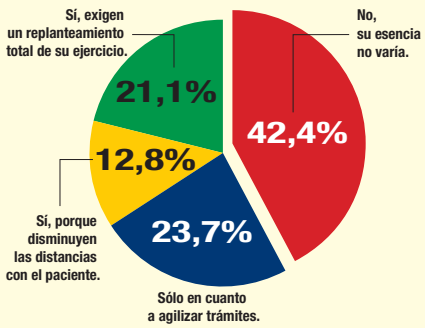


Por su parte, el segmento de concierto público registró una desaceleración ante el ajuste presupuestario de la Administración central y de las autonómicas, con un incremento en 2010 en torno al dos por ciento, situándose su valor en 1.570 millones de euros. Y la facturación a clientes privados puros registró un crecimiento de alrededor del uno por ciento en 2010, situándose en 550 millones de euros.

NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET
www.medecoes.com

Medical Economics®

¿Considera útiles las redes sociales en el ejercicio de la Medicina?



La mayor parte de los encuestados por Medical Economics (42,4 por ciento) considera que la incorporación de TIC al ejercicio médico no varía la esencia del mismo, mientras que un 23,7 por ciento señalan que afectará sólo a lo relacionado con trámites administrativos. En cambio, para un 21,1 por ciento de los participantes en la encuesta estas nuevas tecnologías sí implican la necesidad de replantearse de forma integral el ejercicio profesional y un 12,8 por ciento consideran que los cambios vendrán dados por el acercamiento de las posiciones médico-paciente.

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

XIX Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética

María Blasco, Premio de Honor Doctor Benaprès 2011

La localidad barcelonesa de Sitges sirvió un año más como punto de encuentro de académicos, médicos y otros profesionales del sector de la medicina cosmética que se reunieron en el marco de las XIX Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética.

Organizadas por Víctor García como presidente de la SEMCC (Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética), las XIX Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Cosmética reunieron este año a más de mil asistentes de diversos países de Europa, Asia y América, para ofrecer estructurada en tres bloques temáticos una combinación de saber científico básico y clínico con el buen manejo de la gestión sanitaria.

Como parte del programa, y previo al inicio de las jornadas científicas que se celebraron entre el 13 y el 14 de mayo, tuvo lugar la entrega del Premio Doctor Benaprès que en su tercera edición ha recaído en Sergio García Collado por su artículo *Autologous platelet rich plasma in treatment of diabetic foot ulcers*. Asimismo, la profesora María Blasco Marhuenda, vicedirectora de Investigación Básica del CNIO (Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas) y Premio Príncipe de Asturias, recibió el Premio de Honor Doctor Benaprès por su trayectoria profesional y especialmente por su dedicación al estudio de la materia.



María Blasco Marhuenda junto a J. Víctor García, presidente de la SEMCC, y Javier Fernández, regidor del Ayuntamiento de Sitges.

Oportunidades y desafíos en cosmética

Precisamente María Blasco fue la encargada de inaugurar una mesa redonda multidisciplinar titulada *Medicina cosmética, estética y del envejecimiento fisiológico: oportunidades y desafíos*, que estuvo moderada por José Mª Martínez, director asociado de *Medical Economics*, quien actuó a la vez como ponente de dicha mesa. En una ponencia de gran rigor científico, María Blasco abordó las *Estrategias moleculares para retrasar el envejecimiento y aumentar la longevidad*, poniendo de manifiesto la importancia de la investigación en marcha sobre la utilización de telómeros y telomerasa con dicho fin.

A continuación, José María Martínez trató un tema de gran actualidad en nuestros días sobre la realidad positiva y negativa en el uso de Internet y las redes sociales para transmitir información a todos los elementos activos del ámbito de la Sanidad.

Lluis Pareras, gerente del área de incubación de proyectos empresariales del COMB (Colegio Oficial de Médicos de Barcelona) y colaborador habitual de *Medical Economics*, resaltó en su intervención dedicada al mundo de las ideas, las oportunidades y los emprendedores, la labor que están realizando las todavía incipientes empresas de capital riesgo dedicadas íntegramente a la Sanidad en España. Pareras hizo hincapié en tres aspectos: cómo crear una *start-up*, cuál es el perfil actual de la perfecta iniciativa para alcanzar éxito y la importancia de realizar, a la hora de desarrollar una idea, un análisis de cuál va a ser su aportación a la cadena de valor sobre lo ya existente en el mercado.

Por su parte Marc Soler, director adjunto corporativo del COMB disertó acerca de los retos de la profesión médica en aspectos demográficos, de profesionalidad, económicos, de innovación y de información, destacando la enorme importancia que tiene la formación médica continuada y su motivación.

Maitane Olavaria, directora de programas de Cenelec trató sobre el proceso europeo de normalización en marcha para asegurar la calidad de los servicios de cirugía cosmética.

Finalmente, Javier Clastre, letrado de la SEMCC comentó, a modo de ejemplo para los asistentes, sentencias recientes de gran valor práctico y que afectan a las clínicas desde que entran los pacientes hasta que se les da de alta y a las diferencias que se pueden crear entre cómo cree el médico que puede quedar el paciente en determinadas intervenciones y cómo es el planteamiento idílico creado por el propio paciente. La conclusión clara es que no puede aceptarse la publicidad engañosa que garantiza un resultado muy concreto.

Asimismo destacó la sentencia importantísima reciente (3574/08 de 28 de marzo de 2011) por la que el Tribunal Constitucional se pronuncia por vez primera acerca de que el consentimiento informado forma parte de los derechos fundamentales del ciudadano. ■

Astellas designa a José María Martín Dueñas vicepresidente para Europa Sur

Desde el pasado 1 de junio, Astellas Pharma, una de las 20 principales compañías farmacéuticas en el mundo, cuenta entre sus puestos de responsabilidad internacional con José María Martín Dueñas, nombrado vicepresidente de Europa Sur. Martín Dueñas dirigirá a partir de ahora las operaciones del laboratorio farmacéutico en siete países del continente: España, Francia, Italia, Portugal, Hungría, Grecia y Eslovenia (incluyendo otros países del sudeste de Europa). Además, mantendrá su posición como director general de Astellas Pharma España con base en Madrid.



José María Martín Dueñas dirigirá las operaciones de Astellas en siete países europeos.

Este nombramiento es fruto de la reorganización estratégica de Astellas Pharma en Europa en tres regiones: Europa Central y Este, Europa del Norte y Oeste, y Europa del Sur, liderada cada una de ellas por un vicepresidente que reportará directamente al presidente de la compañía farmacéutica en Europa. Este cambio organizativo pretende optimizar las líneas de comunicación y toma de decisiones, permitiendo combinar la estabilidad de una gran compañía con el dinamismo que ofrece la división de sus operaciones comerciales en tres regiones.

Ante su nombramiento, el nuevo vicepresidente para Europa Sur ha declarado: "Espero contribuir a los logros de Astellas en la región bajo mi responsabilidad, consciente de que la dimensión del reto es muy grande en un momento de cambios y dificultades como el actual. Esta nueva estructura permitirá acercar la estrategia general de la compañía a la realidad de cada país, adaptar las decisiones a las dificultades crecientes de los mercados, agilizar la toma de decisiones y en definitiva, ser más eficientes en un entorno más complejo". ■

XIV CONGRESO SEDAP

SEDAP

Málaga
COSTA DEL SOL
26 al 28 de octubre 2011

Hotel NH Málaga

Secretaría Técnica:
DRUG FARMA
CONGRESOS S.L.U.
Tel. 91 792 13 65/91 792 20 32 • Fax: 91 500 20 75
sedap1@drugfarmacongresos.com • www.sedap.es

Dirección Basada en la Evidencia

Cosmetic SURGERY TIMES



SUSCRÍBASE POR SÓLO 10 € DE GASTOS DE ENVÍO

Suscríbase a la revista más actualizada sobre cirugía y medicina cosmética

S.P.A.
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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

Fundación A.M.A. busca su consolidación

El patronato de la Fundación A.M.A. aprobó a finales de mayo las cuentas del ejercicio 2010 y la puesta en marcha de las principales actividades fundacionales del presente ejercicio, entre ellas la convocatoria de unos premios científicos y la colaboración con el Premio Solidario del Seguro 2011.


Diego Murillo, presidente de A.M.A.

Además, en esa reunión, el patronato aprobó también la puesta en marcha de distintas actividades entre junio y diciembre próximos, entre ellas la concesión de becas de ayuda a estudiantes de los cursos preparatorios para residentes sanitarios nacionales, diferentes ayudas formativas para profesionales sanitarios y ayudas sociales para instituciones externas, así como un aula taller específica sobre derecho sanitario, dentro del Congreso Nacional que organiza la Asociación Española de derecho sanitario.

A.M.A. constituyó en 2010 su Fundación, con la que quiere impulsar en España y Portugal la formación y la investigación sanitaria y del seguro asistencial, a través de actividades propias y de la colaboración y coordinación con colegios e instituciones profesionales sanitarias y privadas.

La formación protagoniza el simposio anual de InterSystems

InterSystems reunió a sus *partners* y clientes en una nueva edición de su simposio anual, celebrado en Valencia a finales de mayo. En esta ocasión, la empresa impartió cursos de alto nivel, a través de dos nuevas academias, sobre sus soluciones InterSystems DeepSee e InterSystems Ensemble. La primera de ellas, mejora las aplicaciones transaccionales proporcionando *business intelligence* en tiempo real a los responsables de la toma de decisiones. Por su parte, InterSystems Ensemble es un *software* avanzado para conectar aplicaciones, personas e información.

Un ejemplo de sus aplicaciones es la solución desarrollada por AT4 wireless, iBox Continua Ensemble Connector (iBox CEc). Basada en InterSystems Ensemble, iBox CEc recoge, de forma inalámbrica, parámetros médicos como la presión sanguínea o la glucosa en sangre, en el propio domicilio del paciente y envía la información directamente a los sistemas de su centro médico para su seguimiento.

Gestión de Calidad: Enfermería

Beneficio para todos

La responsabilidad social es cosa de todos, quien más y quien menos puede contribuir con sus actuaciones y decisiones a minimizar, cuando no a evitar, agresiones al medio ambiente, al entorno social de la persona y por extensión a la salud del individuo.

Marcando las directrices de una responsabilidad social que vaya más allá de lo que es una mera declaración de principios, se diseña la ISO 26000, con aplicación directa en el mundo de la enfermería donde fácilmente se puede medir el impacto en el entorno social, afectivo o ambiental del paciente. Una enfermería de calidad íntegra y eficiente repercute de forma decisiva en el bienestar de la persona. Cualquier esfuerzo social o medioambiental se convierte en un beneficio tangible que va más allá de lo estrictamente personal, pues conlleva una repercusión para la entidad en la que se trabaja, para la profesión y a más largo plazo, aunque no tanto como pueda parecer, para las generaciones venideras.

Las personas mantienen y transforman a la empresa que a su vez son responsables ante la sociedad de mantener un equilibrio económico sin olvidar los efectos nocivos medioambientales. Aquí encuentra su mejor acomodo la Ley de Economía Sostenible, aparecida recientemente y de obligado cumplimiento en la empresa pública, y en la privada con más de mil trabajadores, que debe resolver una memoria con la correspondiente estrategia sostenible y la responsabilidad social corporativa.

No estamos solos por tanto a la hora de intentar aplicar una normativa que nos cualifica y ampara a todos, más aún a los grupos considerados como más vulnerables.

Una breve guía de responsabilidad social ISO 26000 empieza por definir un propósito de orientación para todo tipo de empresas, en cuanto a conceptos, antecedentes, tendencias, integración, promoción y compromiso con la responsabilidad social. No se trata de una norma certificable pero pretende mover conciencias y unas capacidades que, más allá de lo que marca la Ley, suponen unos grandes beneficios para la sociedad, su bienestar y el medio ambiente, optimizando recursos, velando por una calidad asistencial acorde con las condiciones sociales y económicas, siendo altamente responsables con la contaminación ambiental.

De igual manera, la correcta aplicación de la ISO 26000 debe repercutir en el entorno y gentes, proveedores, trabajadores, colaboradores, público objetivo, imagen e inclusive inversores de cualquier organización sensibilizada con un sistema de gestión que se identifique y comprometa con estos valores agrupados por la propia norma en diferentes capítulos que considera materias fundamentales. Así, recoge unos derechos humanos que prioritariamente velan por los individuos, pacientes si lo llevamos al mundo de la sanidad; unas prácticas laborales que amparan al profesional; el medio ambiente, con especial hincapié en la prevención, protección, uso sostenible de los recursos, e inclusive, restauración de hábitats naturales; lo concerniente a consumidores, sin prácticas agobiantes, velando por un consumo responsable, por la privacidad y la protección de la salud; para acabar con lo que considera la participación activa y desarrollo de la comunidad, desde donde se pide implicación por parte de todos.

Recordemos, finalmente, que la sanidad siempre debe integrase en el campo social y que una asistencia sanitaria de calidad nunca debe alterar la situación social del paciente y de su entorno.

Lleguemos hasta donde sea posible, hay mucho en juego y difícilmente alcanzaremos la excelencia que se necesita para perpetuar el estado completo de bienestar físico, mental y social de acuerdo con la definición de salud que ofrece la OMS. ■



Rosa María Fernández Alcalde*

» Las personas mantienen y transforman a la empresa que a su vez son responsables ante la sociedad de mantener un equilibrio económico

» Una enfermería de calidad íntegra y eficiente repercute de forma decisiva en el bienestar de la persona

* Directora de Enfermería y Adjunta a la Dirección. Responsable de Calidad, Medio ambiente y Protección de Datos. Hospital Virgen de la Paloma.

José Luis Herrera Pombo,
consultor jefe de Endocrinología y Nutrición de la Fundación Jiménez Díaz

"Estoy entre un obispo y un socialista"

Rodeado de Conchas (su madre, una hermana, sobrinas nietas y la Clínica de la Concepción) y de diplomas, títulos, nombramientos y otros honores en las paredes de su despacho, José Luis Herrera Pombo (Badajoz, 1933), hace gala de su carné de socio del Real Madrid, de sus toques de guitarra y de que una rotonda de su ciudad natal lleve su nombre.

Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: En el parto de su hija Almudena, usted, muy nervioso, salió de casa en busca de la ginecóloga y, cuando regresó, ya había nacido.
RESPUESTA: Era un día de 1970 y yo estaba viendo por la televisión, en blanco y negro, un Barça-Real Madrid. Y me acuerdo que mi mujer me dijo: "Oye, que tengo contracciones, que no puedo más". Y tuve un arranque de no sé qué, me bajé a la calle, cogí el coche y me vine a la Concepción. Y cuando regresé a casa (en la calle de Hermanos Miralles, en Madrid) con la ginecóloga, un practicante que vivía en el piso de debajo de nosotros había subido y cortado el cordón umbilical. Yo llamé a una ambulancia y trajimos a la niña aquí, y parece que yo estaba algo nervioso y decía: que la placenta no se pierda. Y esto luego fue una comidilla aquí en la clínica, el doctor Recasens, jefe del Departamento de Ginecología, se moría de risa [je, je, je].

P: Ya que menciona ese partido, creo que usted es gran forofo madridista.
R: Soy socio del Real Madrid desde 1970 y tantos. En el colegio de Badajoz estábamos divididos en grupos: unos eran del Atletic de Bilbao (había muchos estudiantes vascos), otros del Atlético de Madrid (varios jugadores de este club, como Abelardo, Eusebio, Manolo eran de Badajoz) y sólo unos cinco del Real Madrid. Y ya en Madrid, a partir de 1960, yo solía ir todos los domingos al fútbol con gente de la clínica, pero nos salía muy caro. Así es que nos enteramos de que el gerente del Madrid, Antonio Calderón, era un médico que había estado con Jiménez Díaz, y un grupo de médicos de la Concepción fuimos a verle, pues el club tenía cerrada la venta de abonos. Y nos hizo abonados a todos de un plumazo, en una tribuna del fondo norte, y, más tarde, socios.

P: Y aprovechó esa circunstancia...
R: ... para hacer también socios a mis dos hijos varones y, años después, a este [señala en un marco, que reposa sobre la mesa del despacho, donde están los retratos de sus cuatro nietos], mi único nieto varón. Y le hice socio con la firma de su madre, sin que se enterara su padre, que es del Atlético [risas]. Ahora tiene 12 años.

P: ¿Y qué piensa de la situación actual del Real Madrid?
R: Hombre, yo creo que el Barça es mucho equipo, casi todos los jugadores llevan muchos años jugando juntos, y el Madrid tendrá que actualizarse, hacer un equipo conjuntado, y lo va a conseguir. El equipo directivo, y el propio entrenador, tienen que tener paciencia.

P: Otro de sus hijos lleva el nombre de David, en recuerdo de un huracán que azotó el Caribe cuando usted estaba por esas tierras.
R: Sí, fue en el verano de 1979. Arrasó Puerto Rico y Santo Domingo, donde me encontraba con varios médicos de la clínica. Le llamaron David y, al regresar a casa, nació el tercero de mis hijos, y le puse David, en recuerdo de ese tifón.

P: Más plácido y gratificante le resultaría el que en 2005 dieran su nombre a una plaza de Badajoz.
R: Fue un 9 de mayo y asistí al acto, claro. Fue aprobado por unanimidad por el pleno del Ayuntamiento, que acudió a la inauguración y descubrimiento de la placa correspondiente.

P: ¿Sabía que dicha glorieta la atraviesa un socialista: Sinforiano Madroñero, primer alcalde del PSOE de Badajoz, y el obispo pacense José María Alcaraz y Alenda?
R: Sí, estoy entre un obispo y un socialista. Sinforiano Madroñero fue un alcalde que en 1936, con 34 años, tuvo que huir a Portugal con otro concejal cuando las tropas de Franco entraron en Badajoz. Y las autoridades portuguesas los devolvieron a las autoridades españoles, y fueron fusilados. Se cargaron a una docena de concejales más. Y el obispo Alcaraz, que murió con 90 y tantos años,

me dio la confirmación y la primera comunión.

P: ¿Cómo se le ocurrió estudiar Medicina?

R: No tengo ningún antecedente médico en mi familia. El estudiar Medicina vino un poco por la cantidad de compañeros, hijos de médicos o no, que tenía en el colegio de los Maristas de Badajoz, donde estudié el bachillerato, y que eligieron esa carrera. De 30, al menos media docena nos matriculamos en Medicina.

P: En los veranos, mientras estudiaba Medicina en Madrid, hacía prácticas en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Badajoz.

R: Yo siempre he estado y estoy muy relacionado con Badajoz. El jefe del Servicio, Juan Pereda, que tiene una gran avenida en la capital pacense, había sido alumno de Jiménez Díaz, y su hijo y yo habíamos sido compañeros de bachiller, de la carrera y de la Clínica de la Concepción. Todo ello propiciaba el que yo fuera allí a hacer prácticas. Incluso un año entero, en 1959, estuve en el Hospital de Badajoz. Y voy mucho por allí, a casa de una hermana mía, que es la que yo utilizo. Además de mis hermanos y sobrinos, tengo muchos amigos allí de la época del colegio de los Maristas.

P: Pero sí tiene casa propia en Marbella donde, supongo, matará el tiempo tocando la guitarra, instrumento del que es un consumado maestro.

R: Ahí suelo ir los veranos y en Semana Santa. Y, sí, toco la guitarra, a la que soy muy aficionado. Es que yo estudié música en Badajoz, piano y guitarra. El piano lo estudié con monjas, era un colegio sólo de chicas y, por tratarse de mí, hicieron una excepción. Pero el piano lo dejé porque no tenía tiempo para todo. Y la guitarra la polaricé mucho en el flamenco, con profesores como Manolo Terrón, Ernesto de Badajoz y Pepa La Chapista. Mis cantaores preferidos son Manolo Caracol, Enrique Morente y, por supuesto, Porrina de Badajoz.

P: Toda su vida profesional la ha desarrollado en Madrid, en concreto en la Fundación Jiménez Díaz. ¿No se ha formado en el extranjero?

R: Entré en la Clínica de la Concepción para hacer el MIR hace 50 años y aquí sigo, ahora como consultor jefe de Endocrinología y Nutrición y profesor emérito del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Autónoma de Madrid. Al extranjero, sobre todo a Iberoamérica, he salido muchísimo, pero no he realizado ningún curso de especialización. Y la verdad no sé por qué, las cosas se precipitaron un poco aquí dentro y luego me casé, tuve el primer hijo..., y todo esto influyó.

P: Más de medio siglo ininterrumpido en La Concha. Esto es para nota.

R: Entré aquí en 1960 e hice dos especialidades: Medicina Interna y Endocrinología. Y en 1965 me propusieron formar parte de la plantilla, primero como médico ayudante y luego médico adjunto, y me instalé en el Servicio de Endocrinología, del que fui jefe de Sección y, a partir de 1980, jefe del Servicio. Y ahí me quedé. Una vez opté a plaza de catedrático, pero se la dieron a otra persona que se lo merecía más. Yo aquí me siento realizado, he ocupado muchos cargos.

P: ¿Conoció personalmente a Jiménez Díaz? ¿Qué podría destacar de él?

R: Sí, sí. Jiménez Díaz fue un gran maestro. Tengo en mi haber la última tesis doctoral que dirigió en vida. La comencé con él y cuando la leí, en julio de 1967, hacía dos meses que había muerto. Me dijo que me darían sobresaliente *cum laude*, y así fue.

P: En noviembre de 1984, usted firmó, como secretario del Patronato Rector de la Fundación, una nota en la que anunciaba su cierre para el 31 de diciembre de ese año. ¿No le tembló el pulso?

R: Tuvimos gravísimos problemas. Lo pasé muy mal, tuvimos una presión tremenda de los sindicatos. El problema era que el Ministerio de Sanidad quería hacer un traslado al Hospital de Alcalá de Henares, entonces en construcción. Y el propio Severo Ochoa, que era el presidente del Patronato, con su mentalidad americana, dijo que no lo veía mal. El entonces ministro de Sanidad, Julián García Vargas, nos decía que era un asunto que su antecesor, Ernest Lluch, le había dejado sobre la mesa. Al final se dieron cuenta de que el traslado a Alcalá de Henares no solucionaba nada, que era una barbaridad. Y el Ministerio de Sanidad colocó en distintos hospitales a personas más o menos estratégicas del comité de empresa de la Clínica que habían luchado mucho en las protestas y por el traslado.



"Los cargos los he ganado por méritos propios, no por la dedocracia"

P: ¿Se ha ganado los cargos a pulso?

R: Seguro. Aquí me han tratado (y me tratan) muy bien. Los cargos los he ganado por méritos propios, no por la dedocracia. Estoy en contra de los nombramientos dedocráticos. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:
NOVARTIS

Capital Riesgo

Modelos de negocio 'biotech'



Luis G. Pareras*

» El valor generado por este modelo de negocio será tanto mayor cuanto más avanzada esté la sustancia en el ciclo de producción de fármacos

» Hoy en día ya se aprueban para su comercialización más productos biológicos que químicos

La mayoría de *biotechs* de nuestro entorno operan bajo un modelo de negocio conocido como RIPCO *(royalty-income pharmaceutical company)*, en el que la compañía biotecnológica trata no sólo de aportar tecnología sino también de aportar sustancias prometedoras descubiertas utilizando su propia tecnología, para licenciarlas a una compañía farmacéutica "clásica" que se encargará de completar su estudio clínico y de su puesta en el mercado. Esta licencia otorgada comporta de nuevo ingresos periódicos en forma de *royalties* de acuerdo con las ventas del nuevo fármaco.

Las *start-ups* que adoptan este posicionamiento estratégico para salir al mercado pueden estar basadas en una gran variedad de tecnologías, todas ellas orientadas bien a aumentar la eficiencia y la efectividad del ciclo de producción de nuevos fármacos, o más en general, a mejorar algún aspecto de las actividades de la biotecnología. Este tipo de tecnologías son conocidas a veces en la terminología inglesa como *enabling technologies*, porque posibilitan actividades que antes no era posible realizar.

Estas tecnologías son como hemos dicho muy diversas. Pueden estar basadas en procesos biológicos (por ejemplo, anticuerpos monoclonales) o en procesos de síntesis química (como el ultra HTS). En ocasiones se patentan, y en otras se protegen mejor como secretos industriales. Pueden servir para mejorar fármacos existentes o para diseñar nuevos fármacos.

El valor generado por este modelo de negocio será tanto mayor cuanto más avanzada esté la sustancia en el ciclo de producción de fármacos. Es obvio que una sustancia que ya tiene una fase II completada es más valiosa que una que esté aún en estudio preclínico. También será mayor cuanto mayor sea el potencial de impacto de ese fármaco sobre el mercado y menor sea el tiempo a transcurrir desde la licencia hasta la puesta en el mercado del fármaco. Aunque los ingresos en forma de *royalties* pueden ser muy importantes, en ocasiones llegan demasiado tarde en el tiempo, y la compañía biotecnológica no consigue suficiente financiación para sobrevivir.

Las ventajas de este modelo para la compañía *biotech* (la que otorga la licencia) son que genera *cashflow* en el presente para financiar las actividades del día a día, y a la vez genera "ilusión" para el futuro en forma de nuevos productos que un día podrían ser muy rentables. Para la parte contraria, la compañía farmacéutica que adquiere la licencia, la colaboración es también muy productiva porque le permite llenar su cartera de productos en camino de convertirse en fármacos (diversificando las opciones y minimizando el riesgo), expandirse a nuevos mercados o nuevas áreas terapéuticas y acceder a capacidades tecnológicas nuevas que optimicen su proceso haciéndolo más rápido y/o más barato.

Los productos biológicos, precisamente por su origen tecnológico que permite mayor precisión en cuanto a su diseño, una vez entran en fase clínica es más probable que completen los estudios con éxito. La industria ya ha podido comprobar que los fármacos de origen biotecnológico son más específicos, más seguros, más eficaces y con menos efectos secundarios que los fármacos de síntesis química. De hecho, hoy en día ya se aprueban para su comercialización más productos biológicos que químicos.

Bajo este modelo, las compañías biotecnológicas pueden ir ampliando su ámbito de actuación, llegando a etapas cada vez más avanzadas en el ciclo de producción del fármaco, hasta eventualmente poder evolucionar a una compañía farmacéutica "tradicional" especializada en unos pocos fármacos de comercialización propia. ■

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

CONGRESO DE MEDICINA y seguridad DEL TRABAJO

BILBAO'11

APTOS PARA EL TRABAJO, PERO ¿TRABAJO APTO PARA TODOS?



Palacio Euskalduna Jauregia

AZAROAren 17-18 NOVIEMBRE 2011

BILBAO

REUNIÓN INTERCONGRESOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

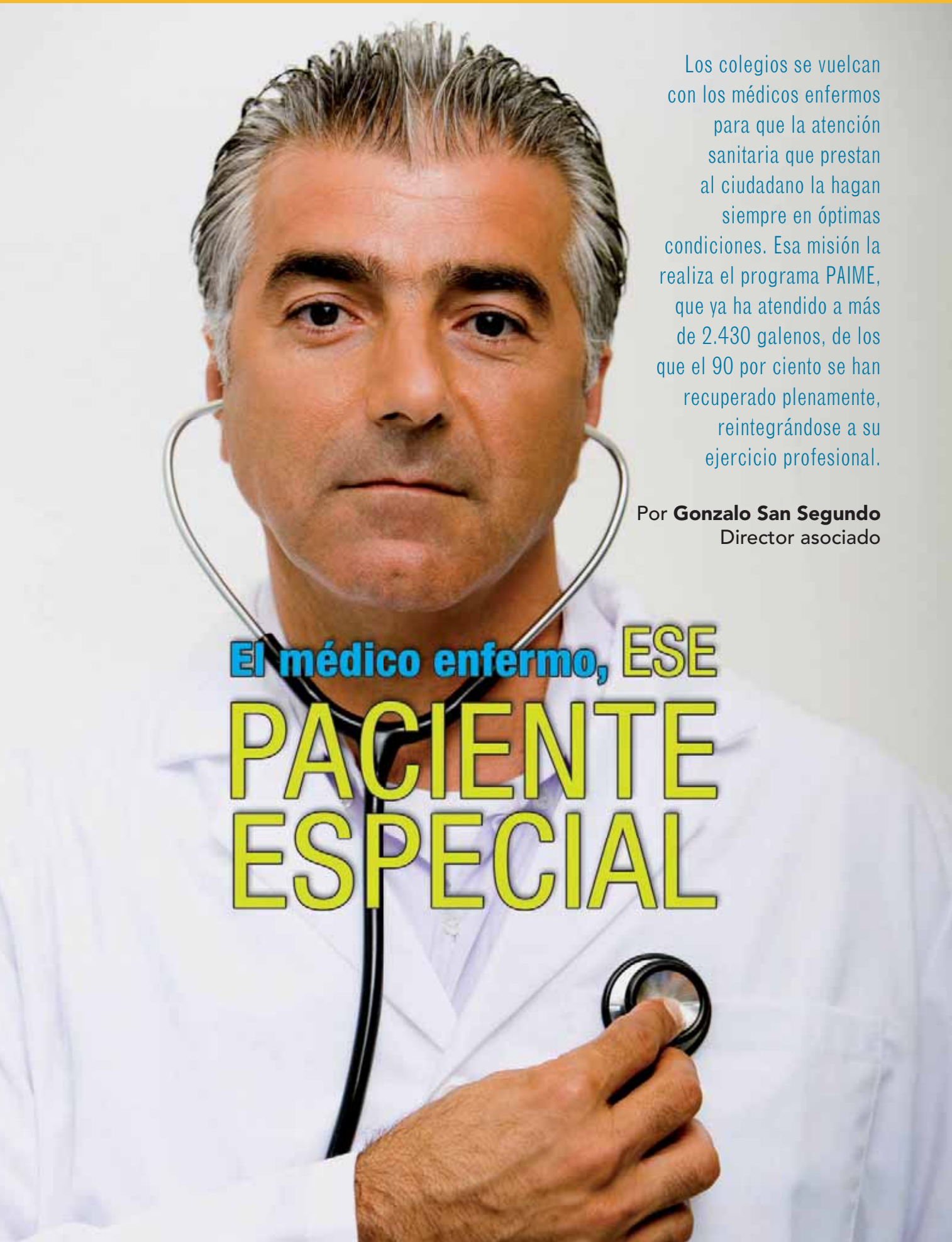
Organizado por:

LAN MEDIKUNTZAREN EUSKAL ELKARTEA
SOCIEDAD VASCA DE MEDICINA DEL TRABAJO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA
Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

Secretaría Técnica

DRUG FARMA CONGRESOS S.L. • Antonio López, 249,1º • 28041 Madrid
Tel. 91 792 13 65/91 792 20 32 • Fax: 91 500 20 75/91 500 17 93 • e-mail: lpanizo@drugfarmacongresos.com



El médico enfermo, ESE PACIENTE ESPECIAL

Los colegios se vuelcan con los médicos enfermos para que la atención sanitaria que prestan al ciudadano la hagan siempre en óptimas condiciones. Esa misión la realiza el programa PAIME, que ya ha atendido a más de 2.430 galenos, de los que el 90 por ciento se han recuperado plenamente, reintegrándose a su ejercicio profesional.

Por **Gonzalo San Segundo**
Director asociado

Cara y cruz del PAIME

El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) comenzó en Cataluña hace más de una década y se ha ido extendiendo por el resto de comunidades autónomas con la colaboración de las diferentes consejerías de Sanidad.

Cual mano que se tiende generosa hacia el médico enfermo por problemas de adicción y/o trastorno mental, el balance del PAIME presenta, de cara, aspectos muy positivos. Así, desde su puesta en marcha ha atendido a un total de 2.435 médicos, de los que el 90 por ciento se ha recuperado plenamente de su patología e incorporado a su ejercicio profesional, según se puso de manifiesto en el IV Congreso Nacional del PAIME celebrado el pasado mes de marzo en Málaga.

En su inauguración, el secretario general del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, José Martínez Olmos, resaltó el carácter de transparencia de dicho programa: "El hecho de que la profesión médica se plantee hacer reflexiones públicamente ante la sociedad no solamente contribuye a engrandecer su aportación a la sociedad, sino que la pone en el escaparate y le da una enorme responsabilidad a la propia profesión, y esto creo que tiene un enorme valor". Y añadió: "Esto tiene riesgos, pero son riesgos que merecen afrontarlos".

María Jesús Montero, consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía, mostró su solidaridad "con todos los médicos que se encuentran en posición de debilidad de salud y, fundamentalmente, aquellos que están acogidos al PAIME, aquellas personas que han visto en su propia piel, en su propia carne, la dificultad y el esfuerzo como un elemento a la hora de poder ponerse en pie, de mantenerse en pie, porque también su posición permite dar esperanza a muchos ciudadanos que están deseando que se recuperen".

Por su parte, el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, calificó el PAIME, un programa pionero en Europa, como "una extraordinaria razón para estar orgullosos de nuestros cometidos y de esta organización". Y agregó: "Sabéis todos lo que supone estar enfermo [por problemas de adición o mentales] y, además, ser controlado como médico. Creo que el PAIME es una herramienta extraordinaria, responde integral y transversalmente a todos los otros compromisos que, como organización, mantenemos con la sociedad dentro del profesionalismo médico". Y se preguntó cuánto costaría al sistema público de salud la atención a estos médicos enfermos.

Pero esa espléndida mano que los colegios tienden al médico enfermo presenta también su cruz, ese lado que los responsables del PAIME asumen como una asignatura pendiente y que se empeñan en aprobar: el hecho de que no todos los médicos enfermos dicen que lo están, a veces con la complicidad de sus colegas, lo que puede menoscabar su ejercicio profesional y llevarles a una manifiesta mala praxis. Se estima que uno de cada diez médicos puede sufrir durante su vida profesional algún episodio relacionado con la enfermedad psíquica y/o adictiva. ■



Serafin Romero (OMC), Juan José Rodriguez Sendin (OMC), José Martínez Olmos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad), Javier de Teresa (Consejo Andaluz de Colegios de Médicos) y Juan José Sánchez Luque (Colegio de Médicos de Málaga) durante la inauguración del Congreso.



¿Se puede curar estando enfermo?

La profesión médica es la única que en España introduce en sus normas deontológicas un cambio de paradigma en el abordaje y respuesta al médico enfermo por adición o trastorno mental. Este proceso, conocido por PAIME, se basa en la confidencialidad y trata de evitar los impactos negativos que esas patologías pudieran tener en las organizaciones sanitarias, en los pacientes y en la práctica profesional.

Cuando empecé a tratar compañeros con problemas de adicción o trastornos mentales, vi que la tendencia generalmente era a ignorarlo", rememora Jaume Padrós i Selma, presidente de la Fundación Galatea. Se llegaba incluso a aplicar soluciones "poco dignas", como poner al profesional en un despacho a leer el periódico, decirle que se quede en casa y que no se preocupe por el sueldo, o aplicar "soluciones marginadoras o disciplinarias, pero ninguna rehabilitadora". No se abordaba directamente el problema del enfermo en cuestión y menos aún la calidad de ese servicio. Con lo cual, el problema "quedaba minimizado, también por una actitud corporativa del resto de los compañeros".

Hasta que llegó el PAIME. "De hecho –explica Padrós– somos la única profesión que, de forma corporativa, introduce en sus normas deontológicas un cambio de paradigma en el abordaje y la respuesta a este tema". Y prosigue: "En tanto un médico tiene una responsabilidad para con terceros (los pacientes en este caso), el problema, más allá de ser individual, corporativo o profesional, pasa a ser un problema de salud pública, y ahí es donde adquiere una importancia fundamental la implicación de las administraciones".

Y ello es así porque repercute sobre la praxis de los profesionales y, por tanto, sobre la seguridad de los pacientes, y afecta a la confianza de la población sobre los profesionales individualmente y sobre las organizaciones asistenciales donde estos desarrollan su trabajo. "Un médico enfermo que no es tratado –comenta el presidente de la Fundación Galatea–, que no es rehabilitado, que se mantiene en el tiempo en esa situación acaba siendo una pérdida muchas veces irreversible de recursos humanos para el sistema".

El PAIME, gracias a su especificidad y su especialización, permite abordar este problema del médico enfermo de una forma concreta para el fenómeno específico del médico enfermo. Especificidad que se detalla en un abordaje determinado de la confidencialidad, tanto en el acceso como en el tratamiento y en la realización de los casos. Por lo tanto, el PAIME no es un programa elitista para médicos, ni un privilegio corporativo. "Es una respuesta asistencial que no rompe con la equidad del sistema y que atiende a un grupo de pacientes de riesgo muy concreto y especial. No es un programa diferente para las patologías que atiende en sí, que también, sino más bien por la tipología de los pacientes a los que atiende", explica Padrós.

Más aún: El PAIME no es un programa asistencial, o no solamente es eso. ¿Dónde radica precisamente la fuerza del PAIME que le hace desmentir la acusación de poder ser

eventualmente elitista? "En que es un programa de salud pero, al mismo tiempo, es un programa de garantía de praxis. Por ello, la actuación coordinada de las administraciones, organizaciones sanitarias y colegios de médicos es imprescindible para mantener su razón de ser".

La confianza, clave terapéutica

El director de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud, José María Ayerra Lazcano, describe el funcionamiento del PAIME en Navarra, donde lleva implantado desde el año 2001. "Cuando el propio profesional de la Medicina necesita atención sanitaria –principia Ayerra–, parece sensato a todas luces sacar la organización y la gestión de este programa fuera de su propio entorno laboral, y más certero si además se hace a través del colegio profesional".

Para ello se necesita confianza, "La confidencialidad está en la base de todo el programa. La estigmatización que la enfermedad conlleva hace que el médico enfermo busque de manera fundamental la máxima discreción y la confidencialidad, que es una de las claves que hacen posible el programa y un factor determinante para el logro de los objetivos". Y explica: "El problema de la confidencialidad está resuelto en el sentido de que en el momento en que se ingresa al programa, se modifican los elementos identificativos a efectos de historia clínica, alterando nombres y apellidos de una manera aleatoria y además se les asigna un código numérico".

Al PAIME se puede acceder por voluntad propia, por un familiar, por un compañero o por la propia institución. El médico enfermo es inicialmente remitido a una primera entrevista con un coordinador único, que es el que hará el diagnóstico y valorará si la patología es susceptible de formar parte del programa. Se valora si puede permanecer en activo o hay que darle la baja. Se explican las propias condiciones del programa y de alguna manera se les persuade a que entren en el mismo.

Además, una de las cuestiones que inicialmente se le plantea al médico enfermo es el compromiso que debe asumir de permanecer en el PAIME hasta estar curado en opinión del coordinador respectivo. A cambio, el programa le ofrece la atención sanitaria que necesite y todo el apoyo continuo durante su reincorporación al puesto de trabajo.

¿Qué relación tiene el PAIME con la sostenibilidad? "Un aspecto importante es que el programa está dirigido exclusivamente a aquellos profesionales respecto de los que se estima que es posible su reinserción laboral", comenta el director de Recursos Humanos del Servicio Navarro de Salud. Una de las claves del programa es que la mayoría de los médicos que han entrado en el PAIME han seguido trabajando mientras permanecen en tratamiento. De los 19 médicos (16 del sector público y tres del privado) que han sido atendidos en los últimos cinco años en Navarra, únicamente cuatro no permanecieron trabajando.

"Desde el primer momento, el Servicio Navarro de Salud asumió el coste total de las atenciones sanitarias de los médicos que ingresaban en el programa, fueran trabajadores del sector público o del sector privado. El Colegio Oficial de Médicos, por su parte, asume los gastos de gestión, de divulgación del programa, de prevención y este tipo de medidas relacionadas con el programa".

UNA DE LAS CLAVES DEL PROGRAMA ES QUE PERMITE A LOS PROFESIONALES CONTINUAR TRABAJANDO DURANTE EL TRATAMIENTO

Una de las opciones que se ofrece al médico cuando ingresa en el programa es dónde desea ser atendido, y se pone a su disposición toda la estructura asistencial ambulatoria y de hospitalización de la Comunidad Foral de Navarra. Ordinariamente, los profesionales de la sanidad pública van a elegir centros privados, y en el caso de los privados, indistintamente uno u otro. En cualquier caso, si fuera necesario en un momento dado acudir fuera, también el programa lo cubriría. No obstante, toda la estructura asistencial en principio está en Navarra.

Tendencia al autodiagnóstico y la automedicación

La secretaria general del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, Roser Fernández Alegre, participó en 1998 en el primer convenio de creación del PAIME en Cataluña entre el Departamento Sanitario e Igualdad Social y el Colegio de Médicos de Barcelona, al cual inmediatamente se sumaron el resto de colegios de médicos de Cataluña. Desde esa experiencia describe dicho programa: "En el caso de los problemas de salud de los profesio-

nales sanitarios existe una tendencia al autodiagnóstico y la automedicación que, en el caso de los problemas de salud mental y adicciones, distorsionan especialmente la realidad y ponen en riesgo la salud de los pacientes".

Cuando es el médico el que sufre problemas de salud, "existe un conjunto de situaciones que nos lleva a lo que llamamos la conspiración del silencio de compañeros y familiares con el objetivo de esconder la realidad". Situación que, según Fernández Alegre, repercute en la salud pública "por el posible riesgo de la seguridad de los pacientes", y también en la calidad de los servicios: posibles quejas, reclamaciones, juicios por errores cometidos, derroche y uso indebido de recursos materiales, conflictividad laboral, bajas laborales repetidas, deterioro del clima laboral, incapacidades laborales permanentes prematuras y problemas sociales "por la pérdida de buenos profesionales que ha costado mucho formar, y también por la problemática personal y familiar que existe detrás de cada uno de estos casos".



LOS MÉDICOS DEBEMOS ABANDONAR LA FASCINACIÓN TECNOLÓGICA Y SER CAPACES DE FASCINARNOS CON EL PACIENTE

La secretaria general el Departamento de Salud de la Generalitat comenta los aspectos que se tuvieron en cuenta para implantar el PAIME en Cataluña. Uno fue la necesidad de la confidencialidad y, otro, que el tratamiento precisa más experiencia y más tiempo "porque se basa en la negociación y en el convencimiento, más que en una simple indicación o prescripción".

Ante estos dos elementos se estableció una oferta integral de servicios específicos a profesionales sanitarios que recoge servicios de internamiento, ambulatorios, residenciales y de hospital de día. "Son servicios específicos, que no elitistas", matiza Fernández Alegre. En el año 2000 se amplió el programa a los profesionales de Enfermería y veterinarios, y está previsto que también incluya a farmacéuticos y odontólogos.

Otro elemento que también se tuvo en cuenta fue la colaboración de movilidad con el resto de comunidades autónomas. En cuanto a la financiación del programa, desde su inicio lo asume la Generalitat en un 80 por ciento, y el 20 por ciento restante lo sufragan los colegios profesionales.

En cuanto a las vías de acceso al programa, un 84 por ciento acceden por demanda voluntaria espontánea, un 11 por ciento por demanda voluntaria inducida, un 4 por ciento por comunicación confidencial y un 1 por ciento por denuncia. Respecto a los motivos, un 68,8 por ciento lo son por trastorno mental, un 20,2 por ciento por conducta adictiva a alcohol y un 11 por ciento por conducta adictiva a drogas.

Médicos vulnerables al entorno

José Ramón Repullo Labrador, jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, plantea cuatro interrogantes que desarrolla así:

1. ¿Sufrimos los médicos practicando medicina? Desde un artículo famoso de 2001 de Richard Smith, (*¿Por qué los médicos somos tan infelices?),* nos encontramos que hay una larga literatura relativa a los problemas de malestar en la cultura profesional. Desde entonces, me parece que se está produciendo un mayor malestar en el ejercicio profesional; sin embargo, también está el contrapunto de los médicos noruegos de Atención Primaria, que parece que no han ido empeorando su propia percepción de la práctica de la profesión. ¿Se suicidan más los médicos? Pues en Estados Unidos, sí, casi el doble. En el Reino Unido hay estudios que hablan de un sesgo especialmente en relación con las médicas. También estudios más amplios que intentan responder a la pregunta de si el médico quemado nace o se hace, es decir, qué aspectos tienen que ver con características de personalidad y con elementos adquiridos. Un estudio de 2004 del Biomed Central parece demostrar que la personalidad afecta a la percepción del medio laboral; es decir, determinados médicos tienen condiciones de personalidad que les hacen más vulnerables al entorno. Y por otro lado, están los hábitos de estudio y los estilos de aprendizaje, que están teniendo mucha importancia en la forma de cómo organizamos y asumimos las cargas de trabajo.

2. ¿Algunos de estos desajustes tendrán que ver con un sesgo de entrada en la profesión? West se preguntaba si no estaríamos atrayendo a la Medicina talentos cognitivos demasiado elevados que luego se nos aburrirían en la práctica profesional, sobre todo a partir de los 30-35 años. Este debate nos lleva a una reflexión, una hipótesis. Los puntos de corte para entrar en Medicina son de ocho para arriba; imaginemos que tenemos un hijo con nueve puntos y quiere hacer una licenciatura baratita, que necesite pocos puntos de entrada. Habitualmente se lo van a desaconsejar. Esto lleva a que los talentos cognitivos que se seleccionan durante los estudios habituales, que son talentos lingüísticos, lógicos y matemáticos, que son los que más pesan en la escuela, tengan una relevancia muy especial en el ámbito de entrada a la profesión. Howard Gardner habla de que hay hasta ocho tipos de inteligencia. Hay muchas dimensiones de nuestra inteligencia que quizá están poco representadas, de tal manera que tenemos desajustes que habría que explorar.

3. ¿Qué desajustes tenemos en el ámbito del desempeño? El *burnout* o el queme del médico yo lo definiría como una distorsión entre competencias y exigencias, que además desborda el manejo personal y grupal, y que produce una enorme erosión espiritual y moral en los profesionales. La palabra clave es estímulo, algo alcanzable que nos invita a seguir. Para avanzar necesitamos capacidades utilizadas, reconocidas, estimuladas y no sobrepasadas por los retos. Esto es lo difícil de organizar. La triple crisis se refiere a un malestar en la Medicina, en los médicos y en los sistemas sanitarios, que se potencia mutuamente y que se complica por el cambio epidemiológico, lo que sería la emergencia de la cronicidad, la pluripatología y la fragilidad. La triple crisis sería una mala medicina basada en excelentes procedimientos porque, ante el crecimiento del saber y la técnica, lo que más nos quita la ansiedad a los médicos es hiperespecializarnos o convertirnos en tecnólogos, y entonces perdemos el paciente y hacemos insoportablemente difícil la coordinación de los procesos.

LA TRIPLE CRISIS SE REFIERE A UN MALESTAR EN LA MEDICINA, EN LOS MÉDICOS Y EN LOS SISTEMAS SANITARIOS, QUE SE POTENCIA MUTUAMENTE

4. ¿Hacia dónde podemos avanzar en este momento? Hay que mejorar el control moral y laboral. Hemos escrito mucho sobre qué pone enfermos a los médicos, pero hay también estudios y referencias sobre qué factores son propulsores de la satisfacción y en algunos estudios se habla de dos: capacidad de desarrollar y aplicar sus propios valores y opciones (lo que sería un autocontrol moral), y la capacidad de control sobre su medio laboral. Ambos elementos hablan de profesionalismo. Necesitamos reflexionar sobre cómo practicamos la Medicina, volver a una Medicina sabia que gestione su conocimiento y que reajuste sus modelos de ejercicio profesional. Por lo tanto, hay que transitar del conocimiento a la sabiduría y de la enfermedad al enfermo. La palabra clave sería, interespecializarse. Los médicos tienen un gran reto de cambio, debemos abandonar la fascinación tecnológica y ser capaces de fascinarnos con el paciente. Se acabó la medicina individual; hay que trabajar en grupo y hay que gestionar recursos colectivos; por lo tanto, los médicos debemos asumir la gestión clínica. Y también debemos reactivar los parámetros éticos de la profesión. ■

Puntos clave

- Hay que evitar la "conspiración del silencio" que se genera en torno al médico enfermo
- Confidencialidad y confianza son claves para el éxito del PAIME
- Ofrecer estímulos profesionales es esencial para evitar el *burnout*



Los miedos del médico enfermo

La confidencialidad, la confianza, la privacidad, la discreción, el derecho a la intimidad y la lealtad son en sí mismos derechos humanos y principios constitutivos básicos en los que se debe sustentar la relación entre el médico y su colega que precisa de los cuidados del PAIME. Pero el médico enfermo tiene que vencer muchos miedos, como la pérdida de credibilidad y reputación.

La esencia y el ser del programa en el mundo de los colegios están recogidos en nuestro Código de Ética del año 1998 y que este año va a ser modificado", comenta Serafín Romero Agüit, secretario general de la OMC. Y concreta que en el nuevo Código la filosofía del PAIME se recogerá en el artículo 22, donde se establece que el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad.

En tal caso –continúa Romero– "se propondrá que se recurra a otro compañero competente en la materia". Y si un médico observara que por razón de edad o enfermedad "se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional". Y si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y estas fueran advertidas por otro compañero, "este estará obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del colegio de médicos de forma objetiva y con la debida discreción. Todo ello enfocado hacia el bien de los pacientes, que "ha de ser siempre prioritario".

Pero en la atención al médico enfermo, independientemente de que haya reconocido o no su situación de enfermar y que haya solicitado ayuda de forma anónima, voluntariamente o no, "estamos ante un paciente que, además, es médico y necesita una atención personalizada al igual que el resto de los pacientes, pero particularmente diferenciado a los fines de lograr los objetivos del programa".

Para el secretario general de la OMC, "no es fácil atender al médico enfermo, pues son múltiples las dificultades que conlleva esta atención". El hecho de que este abordaje contemple la posibilidad de una apertura de expediente disciplinario que pueda llevar a la suspensión temporal o definitiva de la colegiación con sus componentes jurídicos y deontológicos, la implicación que tiene la patología de un médico en el ámbito laboral, así como la posibilidad de iniciar en algunos casos expedientes de invalidez, hace necesario establecer mecanismos de coordinación, estrategia y procedimiento, regulación del abordaje integral entre los estamentos colegiales y los empleadores.

Pero "existen múltiples factores que dificultan el abordaje y el tratamiento de un médico enfermo. Entre ellos está la conspiración del silencio, que es la ocultación del problema por parte del enfermo, la familia o los colegas; está el miedo a la estigmatización por el tipo de enfermedad, incluso entre los mismos colegas; está el miedo a la pérdida de credibilidad y reputación, lo que se conoce como ejemplaridad contrariada; está el miedo a ser reconocido o a que la confidencialidad no sea respetada; está el miedo a no volver a ejercer la profesión, y está la prepotencia terapéutica, el mito de que somos invulnerables y el no querer asumir nuestro rol de paciente".

Y prosigue: "Entendemos que la herramienta esencial de abordaje integral al médico enfermo debería ser el contrato terapéutico firmado a tres bandas: el responsable colegial, el profesional enfermo y el terapeuta responsable. Y hay una herramienta que es muy poco utilizada en la actualidad por los colegios de médicos, que es la implementación de la Comisión de Ayuda al médico enfermo, que debería estar compuesta por compañeros de prestigio y autoridad con habilidades comunicativas y con el ánimo de velar por la calidad de todo el proceso asistencial".

Concluye el secretario general de la OMC: "la relación médico-paciente en este caso debe ser el núcleo de confianza intersubjetiva. De un lado supone la disponibilidad del programa, la competencia, el humanismo o la sensibilidad de corazón y la ética clínica y, por otra parte, la práctica esmerada de tres conjuntos de responsabilidades: la confidencialidad, esencia de nuestro programa, la veracidad y el consentimiento ilustrado. Todos ellos constituyen una exigencia de profesionalismo que debe ser bandera de nuestra actividad".

La ley y el papel del Ministerio Fiscal

El PAIME es un programa solidario y maravillosamente bien estructurado del que otras profesiones deberíamos aprender", comenzó Antonio Torres Viguera, asesor jurídico del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Y los juristas "necesariamente tenemos que preguntarnos algunas cuestiones que, al estudiarlo, al analizarlo, al valorarlo, inquietan":

¿Con qué competencias cuentan los colegios para meterse en la vida de nadie, en la vida de nuestros compañeros? ¿Qué ocurriría si, aun conociendo la existencia en nuestro territorio de un médico con una patología o una adicción grave, nosotros hacemos caso omiso? ¿Qué instrumento nos proporciona el ordenamiento jurídico para que no ponga en peligro la salud de los demás, además de la propia? Dado el desarrollo de las enfermedades psíquicas y de las adicciones, ¿cómo resolvemos la amplitud de posibilidades de intervención?

El Real Decreto 1018/80, que regula los estatutos de la Organización Médica Colegial, en el artículo 44 dice: "Son prohibiciones para los médicos ejercer la Medicina cuando se evidencien manifiestamente alteraciones orgánicas, psíquicas o hábitos tóxicos que le incapaciten para dicho ejercicio, previo reconocimiento médico". De lo que se trata es de ver, comenta Torres, si, además de esa prohibición, "nosotros tenemos algún sustrato legal más".

Al programa PAIME, recuerda el asesor jurídico del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, se llega porque el médico afectado lo pueda pedir, o un familiar, u otro



ENTRE LOS FACTORES QUE DIFICULTAN EL TRATAMIENTO DE UN MÉDICO ESTÁN EL MIEDO A LA ESTIGMATIZACIÓN, LA PÉRDIDA DE RESPETO O EL NO VOLVER A EJERCER

compañero y porque, sin que nadie lo pida, al colegio le llega de oficio el conocimiento de la existencia de esa persona y empieza a actuar. "En ese momento, el colegio tiene dos sistemas: o lo hace venir de forma normal y pacífica o pide la ayuda inestimable del Ministerio Fiscal, porque pone en peligro la salud de terceros".

Y vuelve a los interrogantes: "¿Qué fuerza tenemos, pese a los mandatos estatutarios, para lograr que ese médico se someta al cuidado del PAIME?" Y advierte: "Aunque el médico enfermo por una patología psíquica o una adicción esté en el camino de la incapacidad, no es incapaz. Por lo tanto, si está actuando, es que es pleno titular de sus derechos fundamentales, entre los que se encuentra, lógicamente, regir su propia persona de acuerdo con los criterios que le parezcan oportunos".

Y Torres finaliza: "Tenemos un deber de autovigilarnos que hay que desarrollar, tener en cuenta y cumplir. A partir de ahí, podríamos hablar de la confidencialidad y de la deontología".

Los retos que hay que plantearse

Tras disertar acerca de la relación médico-paciente, que define como "una relación asimétrica", Mariano Casado Blanco, presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Badajoz, se adentra en el nuevo Código Deontológico de la Organización Médica Colegial, en el que "hemos trabajado durante casi dos años de una manera bastante intensa y profunda para dejar constancia de cómo debe ser la relación entre el médico y el paciente".

¿Y qué ocurre cuando ese paciente es a su vez médico? "Si nos atenemos a las normas jurídicas y éticas, en el PAIME, la E de enfermo sobra porque el término está un poco obsoleto, anticuado o no acorde con las normas éticas y legales actualmente existentes en nuestra sociedad".

"Cuando el médico enferma –explica Casado– se mantienen las características de igualdad entre los dos tipos de médico, y también se acentúan las diferencias entre uno y otro". Y son unas diferencias "tan llamativas como que el médico sano es un médico que tiene una posición totalmente vertical y el médico enfermo tiene una posición horizontal o yacente". El médico horizontal, aparte de otras muchas cosas de la vocación, voluntariedad, etcétera, es un profesional que habla de enfermedades, que las conoce o cree que las conoce todas, y además las minimiza cuando se pone ante su paciente: "No te preocupes, que no te pasa nada. No te alarmes".

Además, las enfermedades "siempre están en los demás, el médico vertical nunca tiene enfermedades, las tienen los demás, y no le gusta que le pregunten mucho, solamente lo justo y necesario para poder informar, porque eso de la información al paciente también es una cosa que chirría un poco con la actividad asistencial", comenta el presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Badajoz.

En cambio, la posición del médico horizontal es completamente distinta, "la situación no es tan agradable". Pero aquí, cuando el médico está enfermo, "sí que es una situación desagradable. En este momento todo son preguntas y, además, genera una problemática bastante importante, tanto desde el punto de vista laboral como familiar y social. Y eso, sin duda alguna, genera una preocupación importante tanto en el médico vertical como en el médico horizontal".

A la hora de buscar soluciones, hay que hablar de la ética de la responsabilidad. Y para aplicar esa ética de la responsabilidad al caso concreto y buscar soluciones óptimas, hay que elaborar un proceso de deliberación que incluye cuatro pasos muy concretos: los hechos, los valores, los deberes y las normas.

Finalmente, hay que plantearse unos retos desde el punto de vista técnico y deontológico:

- La ayuda que los médicos debemos prestar a nuestros compañeros enfermos no puede ser ajena al campo de la deontología.
- El médico tiene que saber reconocer los principales problemas éticos que se le plantean con los médicos enfermos y saber cómo tomar esa decisión.
- El médico debe estar preparado para justificar su decisión.
- El deber del respeto es la abstención del médico de criticar despreciativamente a su compañero sabiendo o conociendo su problema de salud.
- El deber de secreto. En caso de no poder o no saber cómo actuar por importantes conflictos que se plantean o por no resolución de los mismos, lo deontológicamente correcto es comunicarlo al colegio para que se le asesore de la manera que considere. ■

Puntos clave

» La herramienta base en el abordaje del médico enfermo debe ser un contrato terapéutico entre el Colegio, el médico enfermo y el médico terapeuta

» El médico enfermo por una adicción o patología psíquica no es incapaz

Medical Economics®

Chequeo a la industria

MERCK



Suplemento coordinado por G.S.S.

Medical Economics®

Chequeo a la industria

MERCK

Sumario

III El equilibrio entre dos mundos

IV Entrevista a Laura González-Molero
"La innovación es parte de nuestro ADN'"

VI Una historia que comenzó en 1668

VIII La innovación como principio activo

IX Apuesta por la formación continuada

X Estrategias y filosofía de negocio

XI Empresa familiarmente responsable

XII Sylentis, los nuevos enfoques terapéuticos

XIII Entrevista a José Cabrera Portillo
"En investigación clínica, España es uno de los pilares de Merck"

Suplemento coordinado por Gonzalo San Segundo, director asociado de MEDICAL ECONOMICS

Medical Economics®

Editor
Manuel García Abad

Directores asociados
José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial
Enrique González Morales

Redacción
Almudena Caballero Díaz

Maquetación
Carlos Sanz

Administración
Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Fotomecánica e impresión:
Litofinter Industria Gráfica

© 2011

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

Presentación

El equilibrio entre dos mundos

El éxito de Merck, con casi 350 años de historia, nace del equilibrio entre dos mundo: el farmacéutico y el químico, impulsados y potenciados por la biotecnología. En ese mundo, el rey es la innovación, el ADN de la compañía, como certeramente señala la presidenta y consejera delegada de la compañía en España, Laura González-Molero.

Para conseguir ese equilibrio, Merck concilia innovación y tradición, busca simultáneamente crecimiento económico y distribución del riesgo, persigue el éxito empresarial sin renunciar a la responsabilidad social y apuesta a la vez por productos de ingeniería genética y de síntesis química. Todo ello sin renunciar a ser una compañía familiar que cotiza en Bolsa, con una visión global y con gestión local.

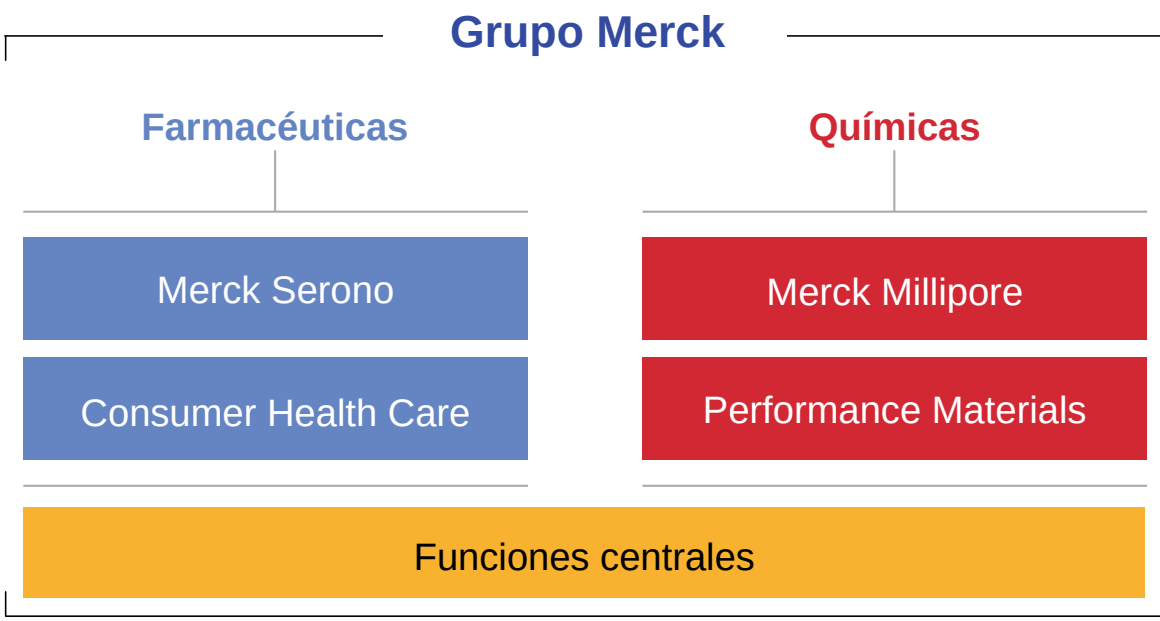
Una gestión local que, concretada en España (donde la actividad de Merck se inició en 1924), se traduce en tres plantas de producción: farmacéutica, química y biotecnológica), en una plantilla de cerca de mil empleados y en una privilegiada consideración dentro del Grupo en el ámbito mundial: es uno de los *core countries*, en actividad de I+D, junto con Reino Unido, Alemania, Francia e Italia.

Desde España se coordinan numerosos ensayos internacionales a través de su equipo de investigación clínica, compuesto por medio centenar de investigadores, y la planta biotecnológica ubicada en Tres Cantos (Madrid) es un claro referente en procesos biotecnológicos del Grupo Merck. Un ejemplo: abastece al mercado mundial de hormona de crecimiento humana recombinante (r-hGH) y hormona estimulante del folículo recombinante (r-FSH).

Si hubiera que elegir tres verbos que expresen y articulen la estrategia de Merck, estos serían: conservar, cambiar y crecer. Tres conceptos, tres C que la compañía conjuga a diario y que constituyen, asimismo, su filosofía de negocio. ■

La actividad de Merck en España se inició en 1924

Estructura de negocio



Laura González-Molero, presidenta de Merck España

"La innovación es parte de nuestro ADN"

La innovación en Merck es un pilar clave sobre el que se sustenta la compañía. Está ligada a cada una de las etapas de la cadena de valor y "forma parte de nuestro ADN".

PREGUNTA: ¿Se podría decir, desde un punto de vista empresarial, que la innovación es el principio activo de Merck?

RESPUESTA: La innovación en Merck es un pilar clave sobre el que se sustenta la compañía. Pero no sólo la innovación dentro del área de I+D. Nosotros entendemos la innovación totalmente ligada a cada una de las etapas de nuestra cadena de valor, de tal forma que es parte de nuestro ADN. Apostar por la innovación es la clave que nos puede ayudar en estos momentos de una coyuntura económica tan complicada como la actual. Considero que la innovación tiene que ser nuestra seña de identidad para incorporar palancas de cambio, puesto que es una manera de mejorar y apostar por el futuro.

P: ¿Qué aportó a Merck la adquisición de Serono en 2007?

R: Merck, con casi 400 años de historia, era la compañía químico-farmacéutica con mayor tradición en todo el mundo; una firma internacional, con un fuerte posicionamiento global en los sectores químico y farmacéutico. Por su parte, Serono era una empresa líder en biotecnología y con un elevado nivel de especialización, tanto en sus productos como en sus servicios. Se trataba de la integración de dos compañías complementarias en gran medida, que ha dado como resultado una compañía todavía más fuerte y con excelentes perspectivas de futuro. Adicionalmente, el año pasado Merck adquirió la empresa Millipore Corporation, cuya integración a Merck ha convertido a la compañía en un *partner* de primera de ámbito mundial para el sector de Life Science.

P: Desde entonces, ¿cómo ha evolucionado el desarrollo de la compañía?

R: Nuestros resultados han sido buenos año tras año, tanto en el sector farmacéutico como en el químico, y quizás lo importante en la situación actual es que hemos conseguido crecer por encima del mercado en ambos sectores. Todo ello con un gran esfuerzo, ya que hemos tenido que hacer un plan importante de optimización de recursos, es decir, decidir muy bien dónde y cómo invertimos el dinero. Nuestra cultura de innovación ha jugado ahí un papel esencial. También hemos cumplido los objetivos de productividad establecidos en las tres plantas de producción que Merck tiene en España.

P: ¿Y en concreto, en el ámbito de la biotecnología?

R: Es evidente que el dinamismo de la industria biotecnológica y sus expectativas de crecimiento socio-económico generan productos de alto valor añadido. La división Merck Serono, que comercializa, entre otros, los productos biotecnológicos de la compañía, representa el 62 por ciento de los ingresos del Grupo Merck. Más allá, muestra de nuestro compromiso con la biotecnología ha sido la creación en 2009 de Merck Serono Ventures, un fondo de capital riesgo estratégico de 40 millones de euros destinado a la inversión en compañías biotecnológicas emergentes durante cinco años. Adicionalmente, con la adquisición en 2010 de Millipore Corporation, Merck ha reforzado su liderazgo en procesos productivos en diferentes campos, además del farmacéutico.

P: ¿Se halla la biotecnología a tono o por encima del resto del sector en España?

R: Según indica el Informe Anual Asebio 2010, hay que resaltar el escaso efecto negativo que la crisis económica tiene en un sector como el biotecnológico, que está en permanente ebullición. A pesar de que las cifras son ya muy relevantes, el sector requiere incrementar la inversión y un mayor apoyo de la Administración para continuar desarrollándose.

P: ¿Y cuál es la situación del sector farmacéutico?

R: Por primera vez en muchos años el mercado farmacéutico ha sufrido un descenso del 15 por ciento en un periodo muy corto de tiempo, que las compañías hemos tenido que

afrontar de forma totalmente inesperada. Los dos reales decretos aprobados a los largo de 2010, unido a la pérdida de patentes y a la cada vez menor tasa de éxito de la investigación, han posicionado a la industria farmacéutica en una escenario difícil, al que no todas las compañías pueden hacer frente. El sector farmacéutico se encuentra en pleno proceso de transformación, de ahí que sea fundamental que cada compañía redefina su estrategia para adaptarse al nuevo modelo empresarial. La única solución para salir reforzados de una situación como la que vivimos actualmente es evolucionar de forma constante y mantener la flexibilidad suficiente para adaptarnos de manera anticipada y con decisión a la multitud de procesos de incertidumbre y cambio que plantean los nuevos modelos de negocio, sin duda todo un reto para nuestro sector.

P: Para Merck, España es un país clave. Resuma las razones de esa preferencia.
R: Somos muy importantes dentro del Grupo Merck, no sólo por los ingresos que generamos, sino por la cantidad de proyectos en los que somos referencia del Grupo. Estamos participando en la mayoría de los proyectos clave de las distintas áreas de la compañía, tanto en el sector químico como en el farmacéutico y, en particular, en nuestra división Biotecnológica. Contamos con una fuerte presencia en nuestro país: tres centros de producción y cerca de mil empleados. En cuanto a I+D, la filial española participa actualmente en todos los desarrollos internacionales del Grupo Merck. España ha ganado relevancia y es uno de los *core countries* de la compañía, una lista en la que, junto con España, están integrados Reino Unido, Alemania, Francia e Italia.

P: ¿Qué características tiene la planta de producción biotecnológica para que esté considerada como un referente mundial?
R: La planta biotecnológica de Merck, ubicada en Tres Cantos (Madrid) es un claro referente en procesos biotecnológicos a nivel mundial. De hecho, esta planta abastece al mercado mundial de hormona de crecimiento humana recombinante (r-hGH) y hormona estimulante del folículo recombinante (r-FSH). La actividad de la planta está en plena expansión. El año pasado aumentamos la producción de hormonas en un 80 por ciento y este año tenemos previsto aumentar un



35 por ciento adicional. Podemos decir que en dos años hemos duplicado con creces el volumen de producción de la planta. Ello ha supuesto la contratación de 30 personas con un alto grado de cualificación. Las perspectivas de futuro son muy buenas porque el mercado mundial de la hormona de crecimiento está en expansión y toda la producción de la planta se dedica a la exportación.

P: Merck patrocina la Fundación Salud 2000. ¿Cuál es su actividad?
R: Su fin es promover la investigación biomédica en todas las disciplinas que contribuyen al desarrollo de la salud y fomentar el desarrollo de la bioética y el derecho sanitario. Entre sus múltiples actividades, convoca anualmente las Ayudas Merck Serono de Investigación dirigidas a financiar proyectos de investigación inéditos realizados por equipos de investigadores en diversas disciplinas biomédicas.

P: ¿Cómo ve el futuro de la compañía?
R: Merck está presente en España desde hace cerca de 90 años y hemos demostrado que nuestro negocio es sostenible, por lo que vamos a seguir apostando por un modelo especializado y diversificado –farmacéutico y químico–, en el que la biotecnología sigue siendo un motor clave para la compañía. Es difícil pensar en crecimientos de dos dígitos a los que la industria farmacéutica estaba acostumbrada, no obstante, nos plantemos seguir creciendo en todas las divisiones.

Tradición farmacéutica y química

Una historia que comenzó en 1668



Sede central de Merck en Darmstadt, Alemania.

Merck, una de las multinacionales más potentes del sector químico-farmacéutico, cuenta con más de 40.000 empleados en 67 países y una facturación de 9.300 millones de euros.

Merck, la compañía con mayor tradición farmacéutica y química del mundo, comenzó su andadura en 1668, cuando Friedrich Jacob Merck adquirió la Farmacia del Ángel en Darmstadt (Alemania). En 1827, Heinrich Emanuel Merck empezó en Darmstadt con la producción industrial de alcaloides, extractos vegetales y otros productos químicos.

El exitoso negocio de exportación a Estados Unidos condujo en 1887 a la apertura de una filial propia en Nueva York, que en 1891, bajo la dirección de Georg Merck, nieto de Heinrich Emanuel Merck, se transformó en Merck & Co. Tras la expropiación llevada a cabo a consecuencia de la Primera Guerra Mundial, Merck & Co. se convirtió en una empresa estadounidense independiente. Hoy en día ya no existe vínculo alguno entre estas dos empresas. Merck opera en Norteamérica con la marca paraguas EMD, formada a partir de las iniciales de Emanuel Merck, Darmstadt.

Posteriormente, la compañía apostó por el desarrollo de productos innovadores y, como consecuencia de esta estrategia, en 2007 vendió su división de genéricos. Ese mismo año adquirió Serono, líder en biotecnología. Esta integración supuso un punto de inflexión para la empresa, que fusionó el *know-how* de dos compañías. Esta situación exigió una reorganización de los procesos, la redefinición de cada una de las filiales y la apuesta por productos globales, en línea con la estrategia de diversificación globalizada del grupo.

En julio de 2010, el Grupo Merck concluyó la adquisición de Millipore Corporation, creando así un *partner* mundial en el sector de Life Science.

Casi tres siglos y medio después de la compra de la Farmacia del Ángel, Merck es una de las multinacionales más potentes del sector químico-farmacéutico, con más de 40.000 empleados en 67 países y una facturación global de 9.300 millones de euros en 2010, un 20 por ciento más que el año anterior. El

beneficio neto alcanzó los 632,1 millones, un 72,6 por ciento más que en el ejercicio anterior. Las previsiones para 2011 apuntan a un incremento de la facturación entre el 13 y el 18 por ciento y a un aumento del resultado operativo del 35 al 45 por ciento.

El 70 por ciento de las acciones del Grupo Merck pertenece a la familia Merck y el 30 por ciento restante cotiza en la Bolsa de Frankfurt.

España, país clave

En España, Merck inició su actividad en 1924 con la apertura de una delegación en Barcelona. Ese mismo año se constituyó Productos Químico-Farmacéuticos S.A. Y a finales de los años 60, el aumento de la demanda y la decisión estratégica de Merck de localizar en España parte de su producción destinada a Oriente Medio, condujo a la construcción, en 1974, de la planta de Mollet del Vallés (Barcelona), con dos centros de producción: farmacéutica y química, a los que hay que sumar la planta biotecnológica de Tres Cantos (Madrid).

La planta de producción biotecnológica de Merck en España, que es un referente mundial, cuenta con una plantilla de 110 profesionales altamente cualificados. La planta se encarga de la producción mundial de hormona de crecimiento humana recombinante y folitropina alfa para el Grupo Merck.

La planta farmacéutica de Mollet del Vallés fabrica, con 240 profesionales, unos 470 productos de elevada relevancia farmacológica, como Dianben para el tratamiento de la diabetes, bisoprololes para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, productos de la familia Concor o el antigripal Ilvico. Estas instalaciones están abiertas para la fabricación de productos para otras compañías. Por su parte, la planta de producción química está centrada en la fabricación de principios activos, excipientes y reactivos para la industria farmacéutica y cosmética. Con una plantilla de medio centenar de profesionales, su capacidad de producción es de 2.200 toneladas al año.

Los tres centros de producción han sido inspeccionados y aprobados por las autoridades sanitarias españolas (Ministerio de Sanidad y Política Social), europeas (EMEA), americanas (FDA), canadienses (HPB), brasileñas (ANVISA), mejicanas, japonesas y de Taiwan. Asimismo, las instalaciones de Merck cuentan con el certificado ISO 9001 e ISO 14001, y los procesos productivos se realizan de acuerdo a las normas GMP, que velan por la seguridad de los productos, empleados y medio ambiente.

De ahí que España represente una pieza clave en el engranaje de Merck, situándose como uno de los cinco primeros países de la compañía en Europa por volumen de negocio. En los centros citados trabajan cerca de un millar de empleados, con una facturación en el año 2010 cercana a los 395 millones de euros. La compañía está presente mediante dos divisiones farmacéuticas: Merck Serono y Merck Consumer Health Care, y dos divisiones químicas: Merck Millipore y Performance Materials. ■

Hechos...

1668. Friedrich Jacob Merck adquiere en Darmstadt (Alemania) la Engel-Apotheke (Farmacia Ángel).
1741. Nace Johann Heinrich Merck, amigo de Goethe.
1827. Heinrich Emanuel Merck da el paso de una farmacia a una empresa industrial centrada en la investigación.
1900. Merck tiene representación en todos los continentes.
1904. Primera lista de fármacos acabados; comienza la investigación en cristal líquido.
1917. La subsidiaria estadounidense Merck & Co. es expropiada y se hace independiente.
1924. Comienzo de la actividad en España.
1945. Pérdida de las subsidiarias en el extranjero y reinicio desde las ruinas.
1971. La empresa se reestablece en Estados Unidos, después de Asia y Latinoamérica.
1974. Construcción de la planta farmacéutica de Mollet del Vallés (Barcelona).
1995. Nace Merck KGaA, con cotización en la Bolsa.
2003. Introducción en el tratamiento eficaz contra el cáncer.
2007. Adquisición de Serono, desinversión de Generics y admisión en el DAX.
2010. Adquisición de Millipore Corporation.

... y cifras*

Merck está presente en 67 países. La compañía considera a España una pieza clave de su engranaje mundial, "una de las 5 sedes más importantes del grupo en Europa".

CONCEPTO	EN EL MUNDO
Empleados	40.562
Facturación	9.300
Beneficio neto	632
Inversión en I+D	1.397
Productos comercializados	160

** Datos correspondientes a 2010. Datos económicos en millones de euros.*

Política de I+D+i

La innovación como principio activo

Principios que marcan a Merck como organización: innovación, calidad y mejora continua.

Una de las claves del éxito de Merck y del equilibrio que mantiene entre el mundo farmacéutico y el químico es saber conciliar innovación y tradición, algo que se antoja nada fácil de conseguir. Pero el grupo de Darmstadt lo logra a base de un control familiar de la compañía y de dedicar anualmente una buena parte de su facturación global a I+D+i. De ahí esa triple C de la que hace gala la empresa: conservar, crecer, cambiar.

Fundación Salud 2000

Creada en 1991, su objetivo está enfocado al desarrollo de estos cuatro pilares:

1. La promoción de la investigación terapéutica más puntera en áreas de gran impacto sanitario y social.
2. Apoyo al estudio y desarrollo de la Bioética y el Derecho Sanitario.
3. La defensa de la salud como un verdadero derecho de todos.
4. La divulgación de su propio conocimiento.

Según su presidenta ejecutiva, Carmen González Madrid, la labor de la Fundación está cimentada "en un esfuerzo continuo de renovación" desde el entendimiento de que los avances en la ciencia y la Medicina resultan "un elemento esencial del que toda la sociedad debe beneficiarse". Como instrumentos de apoyo y divulgación a la transparencia de sus acciones, la Fundación cuenta con el boletín *Salud 2000* y las memorias anuales, dos canales de comunicación que sirven de puente con los médicos y asociados.



Merck dedica entre el 15 y el 17 por ciento de sus ingresos anuales a I+D.

Dice José Cabrera, director médico de Merck, que "en entorno macroeconómico difícil, y particularmente con la articulación en España de medidas que implican una contención importante del gasto farmacéutico, se hace especialmente importante estimular la productividad de la I+D+i sin que esto implique su recorte, pues sin duda el futuro de una empresa como la nuestra pasa por la innovación".

De esta manera, la I+D se convierte en el corazón de la industria innovadora, en el compromiso y motor de la actividad del Grupo Merck. Un compromiso que se materializa tanto a través de programas en sus propios centros de investigación, como por medio de acuerdos con otras compañías, universidades y *starts-up* con las que Merck comparte una visión estratégica.

Como grupo, Merck dedica entre el 15 y el 17 por ciento de sus ingresos anuales a I+D, tanto en el sector farmacéutico como químico, lo que arroja una cifra absoluta el año pasado de 1.397 millones de euros, un 4 por ciento más que en 2009. La mayor parte de ese esfuerzo inversor se focalizó en el sector farmacéutico, fundamentalmente en biotecnología, en las áreas de oncología, enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, endocrinología y salud reproductiva.

En el caso de España, la inversión se ha ido incrementando y actualmente representa uno de los pilares de la investigación clínica de Merck en el mundo. De hecho, la filial española participa actualmente en todos los desarrollos internacionales del Grupo Merck.

En consonancia con esa relevancia, el departamento de I+D de Merck en España está formado por unas 60 personas entre plantilla interna y colaboradores a tiempo completo. Además, la compañía colabora con empresas externas de investigación en la monitorización de ensayos clínicos.

Merck realiza en España tanto investigación básica y aplicada, como investigación clínica. En el área de investigación básica y aplicada la división Merck Serono desarrolla un programa de investigación biotecnológica, específicamente en cultivos celulares, que son el punto de partida de los procesos de producción en biotecnología. ■



Instalaciones de la empresa en Tres Cantos, Madrid.

Apoyo a los profesionales

Apuesta por la formación continuada

La formación continuada y especializada de los profesionales sanitarios es una preocupación constante de Merck, que lleva a cabo mediante diferentes acciones y plataformas. Así, Merck Serono, la división biotecnológica de la compañía alemana, realiza diversos cursos *on-line* gratuitos en colaboración con otras asociaciones o entidades.

Un ejemplo en el campo de la reproducción asisitida es el Plan de Élite 2011, un programa desarrollado por Merck Serono, en el que los especialistas en reproducción asistida encuentran su formación personalizada. Consta de cuatro cursos en los que se abordan estos temas: inteligencia emocional, autoliderazgo, innovación y comunicación. El objetivo es ampliar horizontes y descubrir nuevos enfoques, tanto a nivel personal como profesional. Su aplicación en el día a día supone desarrollar una perspectiva diferente, más eficiente, a la forma habitual de hacer las cosas.

Otra iniciativa con el sello Merck Serono es el lanzamiento de la Copa Innovación 2011, diseñada para el desarrollo profesional de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Vida y Administración de Empresas interesados en forjarse una carrera en la industria farmacéutica. En este caso se trata de una semana de estancia en un campamento de verano, donde los estudiantes seleccionados entran en contacto con profesionales experimentados y desarrollan capacidades empresariales que les enseñan a convertir una idea novedosa en un convincente plan de negocio.

La apuesta de Merck por la formación en biotecnología se concreta en la concesión de diversas becas destinadas a formación. Algunos ejemplos: para formación específica en reproducción humana, bajo el auspicio de la Sociedad Española de Fertilidad y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, y la colaboración que desarrolla con la Escuela Internacional de Negocios Aliter por medio de un programa de becas para futuros profesionales del sector. Estas becas, que este año cumplen su sexta edición, constatan formas de interrelación entre el mundo académico y la empresa privada, al tiempo que contribuyen al desarrollo del sector biotecnológico en España.

A todo ello, sin que lo relacionado tenga carácter exhaustivo, hay que añadir las becas que desde 1991 la Fundación Salud 2000 convoca anualmente, llamadas Ayudas Merck Serono de Investigación, dirigidas a financiar proyectos de investigación inéditos realizados por equipos de investigadores españoles en diversas áreas biomédicas. Cada ayuda, que se otorgará a un único proyecto de cada una de las diferentes áreas de investigación, estará dotada con 20.000 euros. ■

Cursos gratis *on-line*, concesión de becas, Plan de Élite 2011 y Copa Innovación.

Merck Serono Ventures

Muestra del compromiso de Merck con la biotecnología es la creación de Merck Serono Ventures, un fondo de capital riesgo estratégico destinado a la inversión en compañías biotecnológicas emergentes o *start-up* con potencial para ofrecer productos innovadores en las áreas terapéuticas más importantes de la división Merck Serono, especialmente en enfermedades neurodegenerativas, oncología, enfermedades autoinmunes e inflamatorias, endocrinología y fertilidad. Fue creado en marzo de 2009 con un capital de 40 millones de euros, con el compromiso inicial de invertirlos en cinco años.

El mercado en España

Estrategias y filosofía de negocio

Conservar, cambiar y crecer son los tres conceptos en los que se basa la estrategia de Merck.

Tres verbos definen el estilo Merck a lo largo de sus 340 años de historia: conservar (competencias y experiencia), cambiar (el entorno está en constante evolución) y crecer (sin innovación no hay crecimiento). Tres C que se conjugan a diario en los tres centros de producción que la compañía tiene en España.



La producción biotecnológica (Merck Serono), asentada en el municipio madrileño de Tres Cantos, es un referente en el mundo.

Conexión con los pacientes

Merck Serono desarrolla herramientas y dispositivos que facilitan la adherencia del paciente al tratamiento, así como una serie de servicios y redes de atención altamente valorados. De esta forma, la comunicación con pacientes y profesionales sanitarios resulta clave. De hecho, Merck en España cuenta con dos servicios que proporcionan un elevado valor añadido al paciente:

Línea de Información Merck Serono (LIMS). Un servicio telefónico gratuito para profesionales sanitarios, pacientes, familiares, investigadores, universidades, colegios farmacéuticos y autoridades sanitarias. Su objetivo es facilitar información y aclarar dudas sobre los productos, sus distintas formas de administración, su utilización y conservación. Atiende más de 9.000 llamadas anualmente <lineainformacion.es@merckserono.net>.

Red de Apoyo a Enfermería (RAE). Su fin es proporcionar ayuda y formación al personal sanitario de hospitales y, en especial, a las unidades de Enfermería, clave en el apoyo al enfermo durante su tratamiento.

La producción biotecnológica (Merck Serono), con 110 profesionales y asentada en el municipio madrileño de Tres Cantos, es un referente en el mundo. Actualmente, abastece al mercado mundial de hormona de crecimiento humano recombinante (r-hGH), principio activo de productos como Saizen (tratamiento de desórdenes metabólicos y endocrinológicos) y Serostim (caquexia en VIH). Además, por medio del cultivo de células de mamífero en biorreactores, la planta produce hormona estimulante del folículo recombinante (r-hFSH), principio activo de Gonal-F, para el tratamiento de la infertilidad, con capacidad para abastecer el mercado mundial.

La producción farmacéutica se ubica en la localidad barcelonesa de Mollet del Vallés, donde trabajan 240 profesionales. Esta planta fabrica alrededor de 470 productos de elevada relevancia farmacológica, como Dianben para el tratamiento de la diabetes; bisoprololes para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, productos de la familia Concor o el antigripal Ilvico.

El futuro de la división farmacéutica, arrancando del presente, se orienta hacia el desarrollo de nuevos tratamientos contra el cáncer, tratamientos contra las enfermedades neurodegenerativas, como la esclerosis múltiple, endocrinología y fertilidad, así como para enfermedades autoinmunes e inflamatorias.

También en Mollet del Vallés se encuentra la producción química, concebida como una planta multipropósito de síntesis orgánica. Está centrada en la fabricación de principios activos, excipientes y reactivos para la industria farmacéutica y cosmética. El 41 por ciento de la producción de esta planta, donde trabajan 50 profesionales, la ocupan principios activos, como pamoato de metformina y pidolato cálcico. Un 50 por ciento son activos para la industria cosmética (filtros solares y repelentes de insectos) y el 9 por ciento restante son excipientes y reactivos a granel. Aquí, la estrategia de futuro reside en expandir aún más la ventaja competitiva de la compañía en cristales líquidos y pigmentos de efecto. ■

Responsabilidad social corporativa

Empresa familiarmente responsable

Hacia un éxito empresarial basado en valores éticos y que cree valor económico.

El compromiso de Merck con sus clientes y empleados, en cuanto a responsabilidad corporativa (RC) se refiere, se centra en la prestación de un servicio global y el desarrollo de unas prácticas social y medioambientalmente responsables, sin olvidar una constante preocupación por la calidad y eficacia de los productos.

A esos principios generales de la RC, la compañía añade su propio código de conducta, que recoge las normas y los procedimientos que garantizan el cumplimiento de los objetivos de acuerdo a su propia ética profesional, en la que se engloban los códigos éticos y deontológicos nacionales e internacionales, además de la pertenencia al Global Compact de Naciones Unidas, lo que obliga a respetar a escala mundial los derechos humanos, a mantener relaciones laborales justas, a respetar el medio ambiente y a luchar contra la corrupción.

Y todo ello basado en un eje central: las personas, que en el seno de la empresa son consideradas como "de la familia".



El eje central de la empresa son las personas.

Salud, seguridad y medio ambiente

Verbos sobre los que se asienta la responsabilidad corporativa de Merck en España.

ASEGURAR la identificación y cumplimiento de todos los requisitos legales y voluntarios.

EVITAR (o minimizar) los riesgos relacionados con la salud y el daño al medio ambiente en todos los procesos de la actividad empresarial.

USAR respetuosamente las materias primas, la energía y los recursos del agua.

REUTILIZAR productos y materiales de envasado, cuando sea viable económicamente.

GARANTIZAR la mejora continua y la prevención de la contaminación y de los riesgos laborales, así como adecuar la gestión a la realidad del entorno.

CONCIENCIAR a todo el personal sobre su responsabilidad con el medio ambiente.

DESARROLLAR una relación activa y de cooperación con las autoridades, así como un diálogo abierto y objetivo con los vecinos y el público en general.

Las normas y procedimientos de la compañía garantizan el cumplimiento de valores como integridad, valentía, respeto, logros, transparencia y responsabilidad. El presidente de Merck, Karl-Ludwing Kley destaca que el éxito empresarial empieza con las personas. "Queremos lograr —afirma— un éxito empresarial que esté basado en valores éticos y cree un valor económico. Solo entonces podemos estar a la altura de nuestra responsabilidad con las partes interesadas, en concreto con los clientes, los proveedores de capital, los miembros de la comunidad y los empleados que tienen expectativas justificadas en nuestras acciones".

El contenido de esas palabras se completa con una política de salud, seguridad y medio ambiente encaminada a garantizar la sostenibilidad y reducir el impacto ambiental. A tal fin, la compañía en España integra medidas de prevención en todos sus procesos, en línea con la política corporativa de grupo conocida como *Safety, Health and Environment-Principals and Strategies*. ■

José Cabrera Portillo, director médico de Merck España

"En investigación clínica, España es uno de los pilares de Merck"

La compañía alemana dedica alrededor del 15% de sus ingresos anuales a I+D.

PREGUNTA: ¿Cuál es la contribución de España a la I+D del Grupo Merck?
RESPUESTA: España es uno de los pilares de la investigación clínica de Merck en el mundo y la filial española participa en todos los desarrollos internacionales del Grupo Merck. Desde España se coordinan numerosos ensayos internacionales a través de nuestro equipo de investigación clínica. El personal dedicado a I+D en España asciende a 50 profesionales.

P: ¿En qué consiste el programa de investigación básica y aplicada que se desarrolla en España?
R: Está centrado en las condiciones de los cultivos celulares, que son el punto de partida de los procesos de producción en biotecnología. Este trabajo ha permitido, entre otras cosas, mejorar el cultivo de las células productoras de hormona de crecimiento, multiplicando su productividad específica por más de diez veces. Esta mejora se ha debido, entre otros factores, a un nuevo medio de cultivo cubierto por una patente internacional. El trabajo de investigación ha incluido el desarrollo de modelos de producción a pequeña escala de gonadotropinas de acción lenta, orientadas a tratamientos de infertilidad más convenientes para el paciente y de dosificación más ajustada.



P: ¿Y en cuanto a la investigación clínica?
R: Tenemos tres grupos de trabajo:

1. Grupo *clinical trial management and full development*. A nivel mundial, y desde fuera de la central de Merck en Darmstadt (Alemania), coordina estudios internacionales. En la actualidad, el grupo en España está compuesto por nueve personas que están coordinando en paralelo cinco estudios, que se desarrollan en 35 países.

2. El Grupo de *clinical monitoring*. Es responsable de la implementación y el seguimiento de todos los ensayos clínicos realizados en España por la compañía dentro del marco del Plan de Desarrollo Clínico de los productos en fase de investigación. Este grupo participa desde las fases más iniciales de selección de centros y su posterior monitorización y seguimiento, hasta la finalización de los proyectos y el envío del informe final. En los últimos cinco años, este grupo ha puesto en marcha más de 60 ensayos clínicos para el registro y posterior comercialización de nuevos fármacos.

3. Grupo de I+D clínico local. Implicado en más de 35 estudios locales en fase III y IV.

P: ¿Qué áreas de la I+D+i son prioritarias para Merck?
R: Vamos a seguir investigando en tratamientos en oncología, enfermedades neurodegenerativas (como la esclerosis múltiple y el parkinson), de enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide y lupus), cardiometabolismo y salud reproductiva.

P: Merck cuenta con una gran capacidad de producción en España…
R: Muy pocas compañías farmacéuticas presentes en España cuentan con varias plantas de producción. En Merck, contamos con tres plantas: una farmacéutica y otra química en Mollet del Vallés (Barcelona), y una planta biotecnológica en Tres Cantos (Madrid), lo que supone un gran esfuerzo a nivel de inversión y un fuerte compromiso con nuestro país. La planta biotecnológica de Tres Cantos ha convertido a Merck en referente biotecnológico a nivel mundial. Desde esta planta, Merck abastece de hormona de crecimiento humana recombinante (r-hGH) al mercado mundial. La planta produce además hormona estimulante del folículo recombinante, para el tratamiento de la infertilidad, y su producción cubre las necesidades del mercado mundial de Merck para ambos productos.



INSTITUTO DE FORMACIÓN
Y DESARROLLO PROFESIONAL

idepro

Excelencia en la formación continuada de los profesionales sanitarios

Idepro está integrado por un grupo de expertos en Desarrollo Profesional Continuo que desarrollan actividades destinadas a la mejora del ejercicio profesional en medicina.

Consejo Directivo

Felipe Chavida García, *Presidente;* Honorio-Carlos Bando Casado, *Vicepresidente;* José Antonio Martínez Pérez, *Director de Programas.*

Consultores

Carlos Brailovsky, *Rector del Instituto Practicum de Investigación Aplicada a la Educación en Ciencias de la Salud (Madrid). Profesor Emérito de la Universidad Laval, Québec (Canadá);* **Emilio López-Barajas,** *Catedrático de Teoría de la Educación y Pedagogía Social. Universidad Nacional de Educación a Distancia;* **Bernard Maillet,** *Secretario General. Unión Europea de Médicos Especialistas;* **Bernard Marlow,** *Director de Desarrollo Profesional Continuo. College of Family Physicians of Canadá;* **François Miller,** *Subdirector. Centro de Estudios de Investigación en Ciencias de la Salud (CESSUL) de la Universidad de Laval. Québec (Canadá);* **Ian Starke,** *Director de Desarrollo Profesional Continuo. Royal College of Physicians (Reino Unido).*

Secretaría Técnica
C/ Antonio López 249 (1º), 28041 Madrid

Información y Contacto
Tfno.: 91 500 20 77
www.idepro.es

La cápsula endoscópica

Nuevas opciones en diagnóstico gastroenterológico



La introducción de la cápsula endoscópica en el arsenal diagnóstico en gastroenterología ha supuesto, desde la comunicación de sus primeros resultados clínicos en el año 2000, un hito y el comienzo de una nueva era en el desarrollo científico de los medios de diagnóstico por imagen.

Consciente del avance que supone esta novedosa tecnología, *Medical Economics* organizó en Madrid, con la colaboración de Given Imaging, Endotécnica y Casen Fleet, una sesión de debate clínico en la que se pusieron de manifiesto las ventajas y el posible desarrollo futuro de esta técnica diagnóstica que supone, sin duda, un claro avance en la mejor atención al paciente.

La sesión promovida por *Medical Economics* reunió a los líderes de opinión expertos en su aplicación en nuestro país, expertos que coincidieron en augurar a esta modalidad diagnóstica un importante papel, no sólo en la patología intestinal en adultos, sino también en el paciente pediátrico, en el que la realización de técnicas diagnósticas agresivas debe ser cuidadosamente sopesada.

La apertura de la sesión, celebrada en la sede de la Organización Médica Colegial, estuvo a cargo del coordinador científico de la misma, Juan Manuel Herrerías, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, quien resaltó la importancia creciente de la cápsula endoscópica como procedimiento de elección en el estudio de las lesiones del intestino delgado, y que ahora se perfila como una alternativa prometedora en el estudio del colon. En esta misma línea se expresó Pedro Fenollar, director de Endotécnica, quien consideró la oportunidad y actualidad de este foro científico, que supone un punto de partida para la mejor difusión de las ventajas asociadas al diagnóstico con esta tecnología.

Honorio Bando Casado, del Instituto de Salud Carlos III, que actuó como moderador, hizo una breve introducción en la que, tras presentar la acreditada experiencia profesional de los ponentes, recordó el origen de esta tecnología diagnóstica en 1997, producto del trabajo paralelo de dos grupos, uno israelí y otro británico. A día de hoy, la cápsula constituye ya una herramienta habitual en el manejo diagnóstico de enfermedades del aparato digestivo, con especial utilidad en el estudio de la anemia no filiada, de las hemorragias de origen desconocido y en el seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

En este sentido, la cápsula añade a los avances en el diagnóstico, claras ventajas en la atención al paciente, pues la prueba no requiere ingreso hospitalario; la cápsula se deglute sin dificultad y permite visualizar el intestino delgado de manera indolora y no invasiva, proporcionando excelentes imágenes que se almacenan en un dispositivo tipo Holter, para su posterior análisis por el especialista. Para casos en los que se sospeche oclusión intestinal existe un modelo de cápsula reabsorbible que en 48 horas se deshace y se elimina sin causar molestias.



Pedro Fenollar, director de Endotécnica; Juan Manuel Herrerías, coordinador científico de la jornada; y Enrique González Morales, coordinador editorial de *Medical Economics*.



Joaquín Hidalgo, director general de Given Imaging, en compañía de Honorio Bando, que actuó como moderador de la jornada.

Miguel Muñoz Navas, director del Servicio de Gastroenterología y de la Unidad de Endoscopia de la Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona), abrió el turno de intervenciones realizando una revisión panorámica en la que comparó la evolución de los resultados diagnósticos obtenidos con la primera versión de la cápsula de colon, los resultados publicados en dos metaanálisis posteriores, así como los obtenidos por el trabajo de un grupo multicéntrico europeo, en el que colaboró su equipo, datos publicados en la revista *The New England Journal of Medicine*.

Según Muñoz Navas, "las nuevas mejoras técnicas de la cápsula de colon, unido a la aplicación de los nuevos protocolos de limpieza del segmento colónico, hacen de esta técnica un método efectivo para detectar lesiones colónicas, con unos buenos índices de sensibilidad y especificidad, mostrando una precisión diagnóstica muy mejorada respecto a los dispositivos de primera generación". Los últimos resultados con la aplicación de este sistema de segunda generación (PillCam Colon 2), han sido obtenidos por los trabajos de un grupo multicéntrico europeo y serán publicados en la Revista Americana de Endoscopia.

Iñaki Fernández Urién, del Servicio de Digestivo del Hospital de Navarra (Pamplona), se expresó en la misma línea de ponderar las ventajas, tanto clínicas, como económicas a medio-largo plazo, de la utilización de la cápsula para el diagnóstico de patologías del colon. En su opinión, "la segunda generación de la cápsula para el estudio del colon, tal y como demuestran los estudios piloto publicados hasta la fecha, mejoran sensiblemente los resultados obtenidos con anterioridad; a falta de resultados en series más amplias, la colonoscopia con cápsula endoscópica podría ser una buena alternativa a la colonoscopia convencional en la detección de lesiones a nivel del colon."

El origen de esta tecnología diagnóstica se remonta a 1997, producto del trabajo paralelo de dos grupos, uno israelí y otro británico

Cáncer de colon

Por su parte, Pedro Menchén Pacheco, jefe de Endoscopia Digestiva del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de Madrid, centró su intervención en las posibilidades de la aplicación de la cápsula en el diagnóstico del cáncer de colon. En opinión del experto, "si bien la cápsula de colon permite estudiar adecuadamente el colon, su empleo rutinario para el cribado del cáncer colorrectal no puede ser admitido. No obstante", añade, "la cápsula puede ser una alternativa en pacientes que han sido sometidos a colonoscopia incompleta con mejor rentabilidad que el estudio con colonografía CT".

Según Menchén, la cápsula puede ser una alternativa en pacientes que no aceptan la colonoscopia de cribado, si bien es preciso tener muy presente en estos casos las limitaciones de la técnica en el momento actual.

Cerró el turno de oradores Juan Manuel Herrerías, uno de los cinco expertos a nivel mundial elegidos para discutir, en una conferencia de Consenso celebrada en Italia el pasado mes de febrero, todos los aspectos en relación con la cápsula de colon, conclusiones que se publicarán próximamente en la revista europea *Endoscopy*. Desde el criterio cualificado que le confiere su experiencia con esta tecnología diagnóstica, Herrerías describió las características técnicas de la PillCam 2, revisando sus ventajas así como las previsiones de desarrollo de cara al año 2015, fecha en que ya se habrán resuelto de forma satisfactoria los problemas relacionados con una óptima limpieza colónica, o la visualización completa del tubo digestivo, entre otros. Respecto a su propia experiencia, Herrerías afirma que la cápsula es un procedimiento que detecta pólipos de una forma eficaz y segura, hecho al que se une la aparición de nuevos prototipos de cápsula que han mejorado sensiblemente el rendimiento diagnóstico de la técnica.

Concluyó Herrerías que la cápsula de colon podría ser una buena alternativa a la colonoscopia convencional en pacientes con colonoscopia incompleta o que la rechazan, y que, dadas sus ventajas, podría mejorar la adhesión de los pacientes a los programas de cribado de cáncer colorrectal, lo que sin duda, y en sintonía con la opinión de todos los ponentes en esta sesión, supondría un importante avance en la prevención de esta entidad. ■



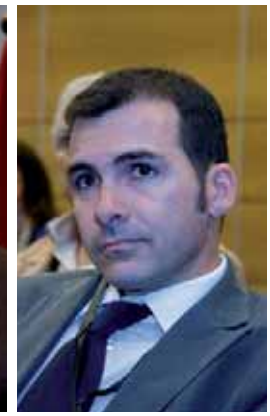
Juan Manuel Herrerías describió las características técnicas de la PillCam 2.



Para Pedro Fenollar, la jornada fue el inicio de la difusión de esta tecnología.



Miguel Muñoz Navas realizó una comparativo de los resultados de varios estudios.



Iñaki Fernández señaló las opciones de la cápsula como alternativa a la colonoscopia.



Pedro Menchén centró su intervención en las aplicaciones en diagnóstico de cáncer de colon.



Aseguradoras: ¿Quién dijo crisis?

Las aseguradoras sanitarias plantan cara a la crisis. El año pasado, el ramo de salud facturó 6.325 millones de euros en primas, un 4,2 por ciento más que en 2009. Y en el primer trimestre de 2011 creció casi otro 4 por ciento.

Gonzalo San Segundo y Almudena Caballero

A pesar de la crisis, los seguros de salud siguen creciendo, aunque a un ritmo menor. El volumen de primas de este ramo de las compañías aseguradoras alcanzó en 2010 los 6.325 millones de euros, un 4,2 por ciento más que el año anterior, según datos de ICEA (Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones). Si a esa cifra se suman los 153 millones de las llamadas concesiones administrativas no UTE, el volumen total de ingresos sería de 6.478 millones, un 5,2 por ciento más que en 2009.

La partida que más creció fue la de reembolso de gastos, con casi un 5 por ciento, seguida de asistencia sanitaria, con un 4,4 por ciento y un volumen de primas que ascendió a 5.354 millones de euros. El mayor desarrollo correspondió a las pólizas colectivas, favorecidas fiscalmente y con precios inferiores a los de 2009, y las coberturas dentales, también más económicas. Por contra, el pago de siniestros sólo aumentó un 0,7 por ciento.



<<En Mutua Madrileña-Aresa experimentamos un fuerte impulso en el último año que nos ha llevado a incrementar las primas en un 7 por ciento>>

Albert Sarrá, director general de Aresa

Para Iñaki Ereño, consejero delegado de Sanitas, "estas cifras corroboran la tendencia positiva del sector de los seguros, que por su carácter anticíclico es bastante estable, y más aún el de los seguros de salud. Así, los datos apuntados por ICEA a cierre de 2010 revelan que el ramo del sector asegurador que consiguió el año pasado un crecimiento mayor fue el de salud. Una magnitud que hace pensar que este tipo de seguros está cada vez más arraigado en nuestro país".

El año 2011 ha arrancado también con buen pie, según los datos del primer trimestre, que arroja un volumen de primas en salud de 1.831 millones de euros, un 3,9 por ciento más que en el mismo periodo del año anterior, porcentaje que crece la asistencia sanitaria frente a un 5,2 por ciento el reembolso de gastos.

En líneas generales, el sector de los seguros de salud capea el temporal, con crecimientos discretos, pero crecimientos al fin y al cabo. Así lo confirma Albert Sarrá, director general de Aresa, que explica que "si bien el entorno macroeconómico está marcado por la dificultad en los últimos tiempos, en Mutua Madrileña-Aresa experimentamos un fuerte impulso en el último año, tanto desde el punto de vista comercial como de estrategia de negocio, lo que nos ha llevado a incrementar las primas en un 7 por ciento". En la misma línea se sitúa Asisa, cuyo consejero delegado, Enrique de Porres, señala que "el año 2010 ha confirmado las expectativas y superado los objetivos que Asisa se había planteado para el ejercicio. La facturación ha crecido en un 10,22 por ciento sobre el año anterior y el número de asegurados de asistencia sanitaria ha crecido por encima de la media del sector hasta un 6 por ciento. Lo que unido al crecimiento del número de asegurados del resto de nuestros productos de seguros da una cifra total de crecimiento de un 10 por ciento".

Incentivos fiscales

Y si el sector parece defenderse bastante bien por sí solo, la situación mejoraría notablemente si el Gobierno concediera un incentivo

El "top ten"

ENTIDAD	PRIMAS(1)	CUOTA (%) %/2009	CUOTA (%) MERCADO
VidaCaixa Adeslas	1.480,45	14,66	23,14
Sanitas	1.066,95	2,56	16,68
Asisa	865,91	9,07	3,53
Mapfre Familiar	400,75	-19,74	6,26
DKV Seguros	394,30	15,08	6,16
Aresa	177,21	7,13	2,77
Asistencia Sanitaria Col.	170,72	-0,22	2,67
IMQ	169,69	5,54	2,65
Axa Seguros Generales	159,81	12,32	2,50
Caser	158,91	-28,72	2,48

*Entidades líderes por primas de salud en 2010.
(1)Millones de euros en el ramo de salud.

Fuente: ICEA. Datos provisionales.

fiscal del 15 por ciento en la contratación de los seguros sanitarios, tal y como propone el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS).

Si se estableciera esa medida, "las familias serían las principales beneficiadas, ya que se contribuiría a la generación de ahorro y se facilitaría el acceso de estas a los servicios sanitarios privados", razona Iñaki Peralta, vicepresidente de IDIS. Además, el Sistema Nacional de Salud se ahorraría 600 millones de euros, según Juan Iranzo, vicepresidente del Instituto de Estudios Económicos; el número de asegurados aumentaría una media del 10 por ciento, y se crearían 17.000 empleos directos.

Sin incentivos fiscales aparentes, el Grupo Sanitas ha logrado crear 630 empleos en 2010, un 10 por ciento más que el año anterior. De ellos, 247 fueron generados por negocios diferentes al Hospital de Manises, inaugurado en mayo de 2009 y en el que Sanitas participa con el 60 por ciento.

Sanitas logró crear esos puestos de trabajo con una facturación de 1.450 millones de euros (7,2 por ciento más) y un beneficio neto de 85,4 millones (18,1 por ciento más). A pesar del difícil entorno económico, la compañía consiguió mejorar sus márgenes. A esos datos se suman los 13.000 clientes netos logrados, lo que la aproximan a un total cercano a los dos millones, con una cuota de mercado en seguros de salud del 17,55 por ciento. Sus inversiones, fundamentalmente en centros médicos y residenciales, superaron los 28 millones de euros, y en 2011 tiene previsto invertir más de 46 millones.

Para Adeslas, 2010 ha sido el año de su transformación. Criteria, el *holding* de La Caixa, adquirió la aseguradora en enero del año pasado por 1.178 millones de euros. Posteriormente, integró los seguros de salud en VidaCaixa Adeslas, y ahora busca comprador para sus diez hospitales, por los que USP ha mostrado interés, manteniendo las clínicas dentales y los centros médicos.

> «Prevemos un crecimiento en ingresos de un 3 por ciento, lo que significará un 10,8 por ciento más en el beneficio»
>
> Iñaki Ereño, consejero delegado de Sanitas



Esas circunstancias han condicionado los resultados de Adeslas del año pasado. No obstante, su facturación por primas ascendió a 1.480 millones de euros (un 14,6 por ciento más), lo que le otorga una cuota de mercado del 23 por ciento. Además, el pasado mes de abril VidaCaixa Adeslas firmó una alianza con Mutua Madrileña, propietaria de Aresa, para que esta compre el 50 por ciento del capital y se haga cargo de la gestión de la aseguradora en el negocio No Vida.

Esa operación, estimada en algo más de 500 millones de uros, ha dado un vuelco al *ranking* nacional del seguro sanitario y deja al grupo asegurador de la Mutua como líder del ramo en España, con casi el 26 por ciento del mercado y unos 3,5 millones de

El seguro de salud en 2010

CONCEPTO	PÓLIZAS[1]	%/2009
Asistencia sanitaria	5.354	4,4
Reembolso de gastos	704	4,9
Subsidios e indemnizaciones	267	1,4
Total ingresos	6.325	4,2
Siniestros pagados	4.827	0,7

[1]Millones de euros.

Fuente: ICEA. Datos provisionales.



<<El año 2010 ha confirmado las expectativas y superado los objetivos que Asisa se había planteado para el ejercicio>>

Enrique de Porres, consejero delegado de Asisa

clientes. Además, diversifica sus negocios y amplía su presencia geográfica, especialmente en Cataluña, Levante y Andalucía.

El presidente de Mutua Madrileña, Ignacio Garralda, ha valorado la operación como "un paso de gigante en el sector asegurador en su conjunto", ya que la compañía necesitaría unos 17 años para conseguir el liderazgo con un crecimiento orgánico estimado del 5 por ciento anual. Aresa obtuvo en 2010 unos ingresos por primas de 177 millones de euros, un 7 por ciento más que el año anterior.

Casi el doble de ese porcentaje creció el año pasado DKV Seguros en cuanto a la facturación global de primas, alcanzando los 607 millones de euros. De esta cantidad, el ramo de asistencia sanitaria representa el 77 por ciento, con un aumento del 18 por ciento respecto a 2009, gracias a los 80.000 mutualistas de Muface que la entidad absorbió. El beneficio neto ascendió a 22,4 millones, un 9 por ciento más, mientras las inversiones (excluida Marina Salud) ascendieron a 571 millones.

La plantilla media del Grupo DKV fue de 721 personas el año pasado. Su Fundación Integralia, donde trabajan 220 personas con discapacidad, acaba de cumplir diez años y es la segunda aseguradora con más presencia en Internet, según el *ranking* que elabora trimestralmente Innovación Aseguradora.

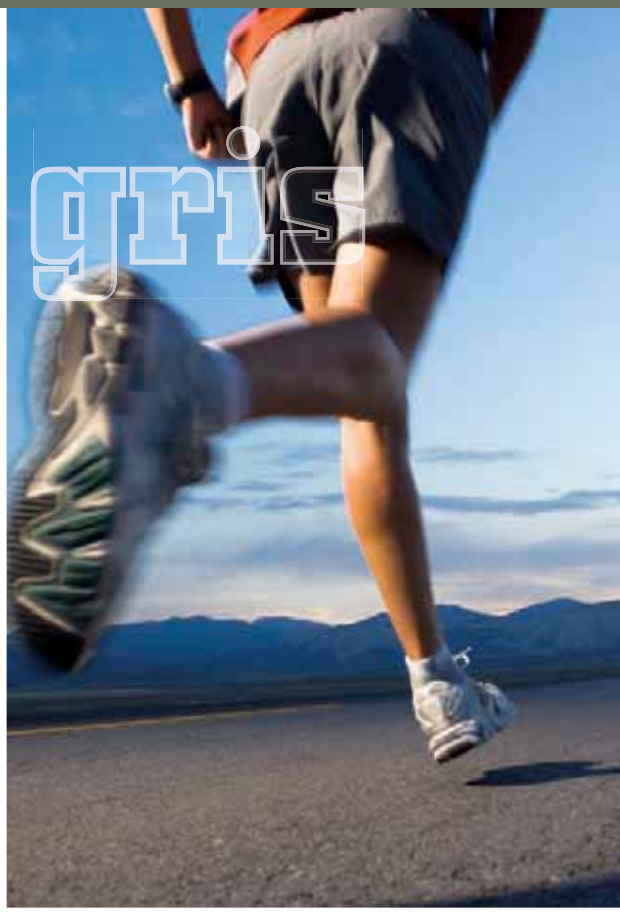
Una buena parte de esos mutualistas eran clientes de Mapfre, grupo asegurador que renunció al negocio de Muface. No obstante, las primas de Mapfre en el ramo de salud crecieron un 7,8 por ciento en 2010, dentro de un global en los seguros de No Vida de 5.166 millones de euros. Asisa, por su parte, facturó 866 millones de euros en primas de salud, un 9 por ciento más que en 2009.

La reforma de las cajas de ahorros, socios de Caser, obliga a esta aseguradora a buscar un socio financiero y a realizar planes para salir a Bolsa, según reconoció su director general, Ignacio Eyries, en la presentación de las cuentas de 2010. Estas se concretan en un volumen de negocio de 2.565,5 millones de euros, un 7 por ciento más; un beneficio neto de 81,1 millones de euros, y 5,2 millones de pólizas en cartera.

Buenas perspectivas

A tenor de sus resultados, las aseguradoras parecen haber suscrito un buen seguro contra la crudeza de la crisis. Y todas ellas auguran un 2011 con crecimientos. Así, Iñaki Ereño afirma que el objetivo de Sanitas para este año es "mantener cifras positivas: prevemos un crecimiento en ingresos de un 3 por ciento, lo que significará un 10,8 por ciento más en el beneficio". Para Asisa la meta es "continuar demostrando que la alta especialización en la gestión de los riesgos que entraña cubrir las necesidades que plantea la enfermedad, que caracteriza a nuestra entidad, es un valor añadido capaz de ofrecer, mejores servicios y aumentar la calidad de la asistencia sanitaria", tal y como explica su consejero delegado, Enrique de Porres. Mientras que Albert Sarrá cree que "este año será un año de fuerte competencia en el sector". A pesar de lo cual considera que para Aresa "será un año de consolidación, con un crecimiento por encima del obtenido en 2010. Además iniciaremos el proceso de integración con VidaCaixa Adeslas, lo que dará lugar a una compañía líder con una cuota de mercado de más del 27 por ciento y una facturación cercana a los 1.800 millones de euros en salud". ■

Una zona gris de la medicina



LA EXPERIENCIA DE UN MÉDICO DURANTE UNA COMPETICIÓN ATLÉTICA ES UNA OPORTUNIDAD PARA APRENDER A TRATAR A LOS SERES QUERIDOS

[*Por* **RALPH A. YATES**]

Sin duda, algo iba mal. Al principio de la etapa final del Pacific Crest Half Marathon de 2009, una carrera de 21 kilómetros, la familia animaba a Trevor, mi hijo de 30 años de edad, mientras él nos lanzaba una sonrisa y levantaba el pulgar en señal de que todo iba bien. Un triatleta experimentado, respaldado y con entrenamiento de resistencia iba casi una hora por detrás de su tiempo previsto. Supe que estaba en apuros.

Cada mes de junio, Pacific Crest, que se celebra en el hermoso desierto de Sunriver, Oregón, atrae a seguidores de triatletas aficionados y profesionales de todo el país. Cogiendo una botella de agua, Andrew, un amigo cercano de la familia, volvió atrás en el recorrido de la carrera, mientras yo buscaba a los organizadores. Los minutos seguían pasando mientras yo hablaba con el director, que no sabía nada de mi hijo.

Andrew no tardó en aparecer diciendo a toda prisa, "está unos minutos por detrás. Ha tenido problemas con el asma y ha ido caminando todo el recorrido." Lejos de sentirme aliviado, di las gracias a Andrew y al director e hice gestos con las manos a dos de los paramédicos de las tiendas de socorro, poniéndoles al corriente de mis sospechas.

Pálido y demacrado, Trevor llegó a la meta unos minutos más tarde y se dirigió hacia mí con paso vacilante. Los paramédicos lo llevaron a la tienda más cercana. Para mi sorpresa, me invitaron a entrar con él.

Cuando entré en la tienda, los paramédicos ya estaban nebulizando a Trevor con ipratropio/albuterol. Necesitaban la información de su historial médico y yo podía dársela.

"Se trata de un asmático moderadamente persistente que toma esteroides inhalados, broncodilatadores de corta y larga duración, cromolina y montelukast, y que recibe atención de parte de especialistas en asma desde los seis años," les expliqué.

Uno de los paramédicos ladeó su cabeza y me sonrió levemente. Respondí a su pregunta sobreentendida: "sí, soy médico. Médico deportivo y de familia."

Asintiendo con la cabeza, el paramédico me ofreció un resumen profesional de lo que estaban haciendo. Todo el equipo médico estaba formado por paramédicos.

Los tensos músculos fáciles y del cuello, los hombros elevados y la agitada respiración de Trevor decían mucho.

De rodillas junto a él, no tuve ocasión de hacer ninguna pregunta.

"No puedo respirar," jadeó a través de la máscara de nebulización, con unos ojos tan abiertos que confirmaban su pánico creciente.

Luego, el paramédico jefe me empujó a un lado. "Tenemos dos problemas," dijo. "El que más nos preocupa es su presión arterial. Está por debajo de 76 por palpación."

Asentí, intentando centrarme en los acontecimientos expuestos. La nebulización acabó

cuando su compañero gritó, "ahora está en 68 por palpación."

Volviéndose hacia mí, el paramédico jefe dijo, "creo que debemos llevarlo a St. Charles," un hospital regional a unos 32 kilómetros.

"De acuerdo," respondí. "Llevémoslo."

Enderezándose en la cama plegable, Trevor respondió con firmeza, "no. Dénme un par de minutos con más fármacos. Creo que estaré bien."

Miré al paramédico jefe y asentí con la cabeza. "Por mí bien, si por usted también," le dije. Dio la orden para una segunda nebulización, esta vez sólo con albuterol.

Di un paso atrás, intentando controlar mis emociones. A lo largo de 30 años de ejercicio, resueltamente he evitado tratar a mi familia. Como vicepresidente de nuestra junta médica estatal, todos los meses reviso casos, a veces algunos que implican a mi familia. Con todo, ahí estaba yo, justo en el medio de uno a punto de producirse.

Miré a mi hijo; su patrón respiratorio se iba relajando un poco.

"Ochenta por palpación," anunció el número dos, y luego, quince segundos después, "ahora estamos en 100/60."

Podía sentirse la tensión desapareciendo mientras el número tres le daba al número uno los resultados del electrocardiograma de tres derivaciones que acababa de realizarse. "Sabes, no soy demasiado bueno leyendo estas cosas," dijo, pasándoselo a su compañero.

"Yo no lo hago mejor que tú," replicó su compañero, dejando el papel aparentemente suspendido entre ambos.

Con la nebulización aún en curso, Trevor me señaló, asintiendo con la cabeza. Los dos paramédicos se quedaron en silencio, y luego se echaron a reír. "Claro. ¿Le importa?" me preguntaron.

La mirada de Trevor había recobrado su chispa habitual y sonreía, detrás de la máscara. Todo iba a salir bien.

Estudiando el electrocardiograma, comenté, "todo parece estar bien, chicos. No veo nada más que algunos cambios en las ondas T. Probablemente inducidos por los electrolitos."

Desde la carrera, he repetido cada momento, analizando los acontecimientos según iban ocurriendo. Tengo algunos consejos para aquellos que puedan encontrarse envueltos en una situación intensa similar con un ser querido:

1 Siempre que sea posible, **recuerde que primero es un familiar; permanezca en un segundo plano, como asesor.** No es su momento, y no debería serlo. No podemos ser imparciales en estos casos. Ofrezca apoyo, ánimos y, cuando se le pida, consejo al equipo médico. Sea aditivo y colaborador.

2 **Hasta donde pueda, asuma un perfil menor.** Deje que los profesionales realicen sus funciones. En Pacific Crest, decidí mantenerme físicamente un paso por detrás de los miembros del equipo médico, con un tono de voz suave y amistoso. Este enfoque pareció funcionar bien.

> **"CON EL TIEMPO Y LA EXPERIENCIA, APRENDEMOS QUE LAS LÍNEAS DIVISORIAS DE LOS DILEMAS ÉTICOS RARA VEZ ESTÁN TAN BIEN DEFINIDAS EN LA PRÁCTICA COMO LO ESTÁN EN LA FACULTAD."**

3 **Mientras le sea posible, quédese, pero evite hacer preguntas.** Dé su opinión ante las preguntas, si es que se las hacen. De lo contrario, manténgase discretamente atento. Ante todo, no le interesa obstaculizar el proceso.

Una de las lecciones más importantes que aprendí a lo largo de mi carrera y que he intentado compartir con mis colegas es que a menudo debemos hacer frente a cuestiones relacionadas con la ética médica que van más allá de lo que aprendimos en la facultad. Este hecho es en parte una reflexión sobre la formación que recibimos y en parte una reflexión sobre los caprichos de la vida. Con el tiempo y la experiencia, aprendemos que las líneas divisorias de los dilemas éticos rara vez están tan bien definidas en la práctica como lo están en la facultad. Los retos residen en las zonas grises.

Al dejar el gris de la tienda médica para reunirnos con nuestra expectante y ansiosa familia, Trevor y yo estrechamos las manos y dimos las gracias a todos los miembros del equipo. Al hacer un descanso fuera, Trevor se volvió hacia mí y me dijo, "gracias, papá." Me sentí bien y reconfortado, por estar de vuelta bajo el brillante sol del desierto. ■



El autor es un médico deportivo y de familia de Portland, Oregón. Ejerce en la Portland Clinic y es profesor clínico adjunto de Medicina de Familia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oregón. Envíe sus comentarios a medec@advanstar.com.

El enfermo imaginario o estar en la gloria

II Certamen de Artículos Premios 2010 Medical Economics

Por Alfonso Apellaniz
Médico del Trabajo

Aquella Semana Santa era tardía. Los días se alargaban aunque eran todavía fríos. El invierno se negaba a ceder y la primavera aún estaba por llegar. Por aquella época pasábamos las vacaciones en un valle de Burgos, fronterizo con La Rioja y Soria. Para llegar a él, al cruzar los puertos, habíamos visto las últimas manchas de nieve en las cumbres de las montañas más altas, pero el valle estaba protegido, aunque al irse el sol, el frío se adueñaba del lugar. Por ello, las casas tenían aún las calefacciones y fuegos de leña encendidos y el pueblo olía a humo y las tardes, que eran más que frescas, pedían aún ropa de invierno.

"Durante muchos años había ejercido un médico, que había visto nacer y morir a dos generaciones de habitantes del valle, pero ahora la plaza estaba ocupada de manera interina por otro"



Yo ya estaba en cuarto de carrera, había empezado las prácticas clínicas, y mi curiosidad e interés por mis estudios iban en aumento. Lo mismo que no me gustaba estar sobre los libros, las prácticas de laboratorio, primero, y luego la visita clínica me entusiasmaban. Tanto en Ginecología como en Psiquiatría había podido inscribirme en unos grupos de prácticas muy interesantes, así que tenía que recuperar el tiempo, nunca perdido, y me había ido de vacaciones con unos voluminosos apuntes, que seguro no abrí.

En aquel pueblo pasaba sus vacaciones también un primo algo mayor que yo, que también estudiaba Medicina, y que ya estaba en sexto, con lo que para mí era ya un médico con experiencia. De gustos parecidos, solíamos hablar mucho, intercambiándonos discos, aquellos negros de 33 revoluciones, y libros. Alguno de los discos eran importados y cuidadosamente los grabábamos en casettes para poder oírlos una y mil veces sin dañar el original.

A mi primo, persona muy sociable, en cuanto aparecía por el pueblo, le venían a saludar los vecinos, y aprovechaban para pedirle que les tomase la tensión, y seguro, una segunda o tercera opinión de alguna dolencia crónica. El pueblo era pequeño y había perdido la escuela y al médico hacia ya muchos años. Los niños, los pocos que quedaban, se tenían que trasladar a un pueblo cercano, y de otro venía un médico dos veces a la semana a un consultorio provisional. Durante muchos años había ejercido un médico, el que había visto nacer y morir a dos generaciones de habitantes del valle, pero ahora la plaza estaba ocupada de manera interina por otro, que era sustituido con frecuencia, y la confianza entre paciente y facultativo se hacía difícil de construir.

A los pocos días de llegar estaba yo con mi primo, seguro que escuchando algún disco por enésima vez, y nos vino a buscar una mujer, que conocíamos, mujer amable, ya mayor, que nos dijo que su marido estaba con fiebre y se encontraba mal. La señora vivía cerca, a unos diez minutos, pero ya era tarde, así que nos pusimos ropa de abrigo y salimos tras ella. Matrimonio sin hijos, vivían solos, siempre pendientes uno del otro. Yo había visto a la mujer comprar en la tienda yogures y leche descremada para el marido, por lo del colesterol, decía. ¡Cómo cambiaban las cosas, cuando una mujer que había tenido en casa ganado iba a la tienda, colmado de pueblo, a comprar leche descremada en bolsa!

La casa era humilde, de pueblo. Desde el portal, que antes seguro fue lugar común de casa y cuadra, se accedía a la cocina, único lugar caliente de la misma, y a la escalera, de piedra, adonde ya no llegaba el calor. La señora, nerviosa, nos llevó al primer piso que, aunque de madera y algo más templado, tampoco animaba a quitarse la ropa de abrigo que llevábamos. La habitación del paciente tenía una pequeña estufa, insuficiente para la comodidad, con lo que este se encontraba debajo de un sinnúmero de mantas y colchas. Tras los saludos de rigor, y cuando íbamos a empezar una anamnesis a cuatro manos, se nos incorporó el sustituto, que venía de otro aviso, con lo que discretamente pasamos a recibir una clase práctica in situ. Los "¿qué tiene?", "¿desde cuándo?" y "¿a qué lo atribuye?" empezaron a sonar en la habitación. El buen hombre tenía una fiebre alta durante el día, que no controlaba con ningún termómetro, pero decía que se agudizaba a la tarde. Tras varios días de evolución, no concretos, tenía molestias que no sabía localizar. El médico sustituto le preguntó si sudaba, y el buen hombre le contestó, bajo las mantas, que sí, con lo que la siguiente pregunta se hacía para nuestro futuro colega obvia: "¿Toma usted leche?" "Sí", contestó el enfermo, "me gusta mucho". "¿Y es de cabra?", pregunta nuestro compañero, mirándonos de soslayo, con la sonrisa de quien ha encontrado al culpable. "No", le contesta, "de vaca". "¿No la cocerá?", continúa el médico, cada vez más seguro de su diagnóstico, a lo que le responde la mujer que de la bolsa que guardaba en el frigorífico la calentaba en la plancha. El médico, tras un pequeño momento de desorientación sigue su anamnesis, ya interrogatorio franco: "¿Y queso, come usted queso?" "¿Queso fresco?", puntualiza. El buen hombre le dice que le gusta mucho el queso, pero que ya hace

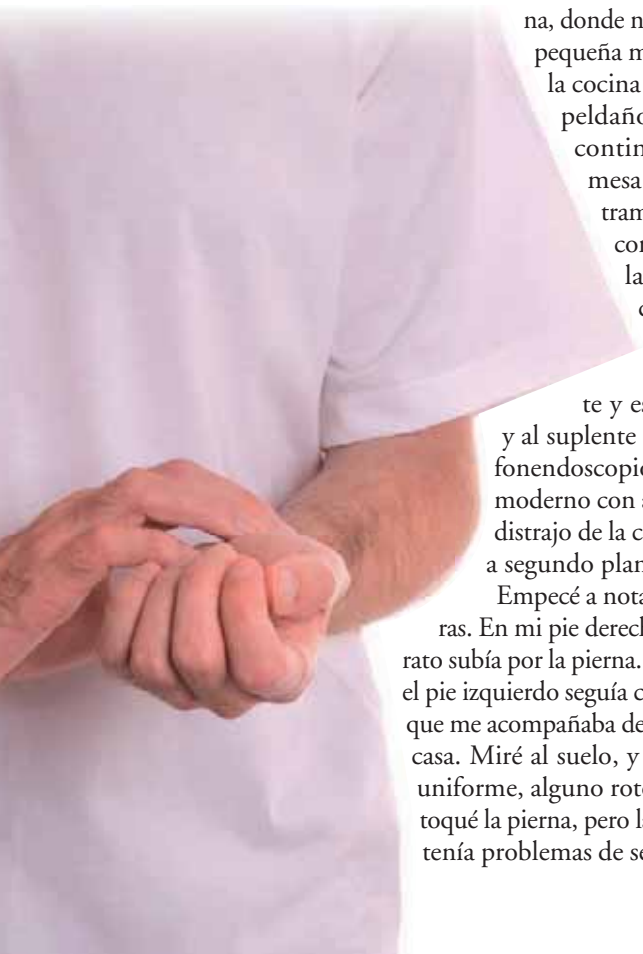


"...solíamos hablar mucho, intercambiándonos discos, aquellos negros de 33 revoluciones, y libros"

años que no lo toma, por el colesterol, sabe usted, dice, me lo quitó el médico. Ya no nos miraba de soslayo nuestro maestro, sino con la irritación de un diagnóstico fallido, así que tras la toma de tensión, temperatura y una auscultación, le indica unos antibióticos de amplio espectro, unos antitérmicos y le indica al pobre hombre, contento este de haber demostrado que seguía los consejos del viejo médico y que ya no tomaba queso, que le enviará a la enfermera para unas analíticas. Tras la despedida a nuestro enfermo, que creo había demostrado que también era paciente, y bajando la escalera a la cocina, nuestro colega nos contaba, o se justificaba, que en el valle vecino se habían detectado últimamente dos casos de fiebres de malta, seguro que por la ingesta de leche de cabra fresca, y que él mismo diagnosticó hace un año otro caso por la ingesta de queso casero.

Ya en el amplio portal la señora nos indicó a la comisión médica que pasásemos a la cocina, donde nos tenía preparada una pequeña merienda. Para entrar a la cocina subimos un pequeño peldaño y nos dispusimos a continuar la práctica en la mesa alargada que encontramos, sobre unos bancos corridos. Yo me senté en la esquina de la mesa, cerca de la puerta al portal, y mientras cumplía con el envite y escuchaba a mi primo y al suplente hablar del modelo de fonendoscopio que este usaba, uno moderno con amplificador, algo me distrajo de la conversación, que pasó a segundo plano.

"Me empecé a poner nervioso, así que notaba palpitaciones, con lo que discretamente me tomaba el pulso mientras mis amigos seguían en su sesión clínica..."



Empecé a notar unas sensaciones raras. En mi pie derecho notaba calor, que al rato subía por la pierna. Mientras esto ocurría, el pie izquierdo seguía con la sensación de frío que me acompañaba desde que salí de nuestra casa. Miré al suelo, y vi que era de azulejo uniforme, alguno roto. Me miré el pie, me toqué la pierna, pero la sensación seguía. No tenía problemas de sensibilidad, sólo calor y frío. Me empecé a poner nervioso, así que notaba palpitaciones, con lo que discretamente me tomaba el pulso mientras mis amigos seguían en su sesión clínica sobre el hule de la mesa, mientras daban cuenta de un plato de chorizo que ninguno quiso saber si tenía visado veterinario. Mis apuntes empezaban a girar por mi cabeza, algo desordenados, lo que contribuía a desordenarla aún más: ¿un cuadro vascular agudo que afectaba a planta de pie y ascendía a gemelos, unilateral, o uno neurológico que descendía? Empezaba a tener sofocos, sudaba y me quité la chamarra, incluso pensé en quitarme el jersey de lana, dado mi nerviosismo. Seguía con la sensación de calor, quemante, o se decía urente, ya no sabía, pero eso sí, en el pie derecho, mientras el izquierdo seguía frío, gélido, igual afectado por una falta de aporte sanguíneo. ¿Y cuál era el afectado y cuál el sano, el frío o el caliente? No podía quitarme el zapato y el calcetín para ver qué tenía, ni podía verme en un espejo para comprobar que los sofocos se acompañaban de rubor o de una asimetría, o qué se yo de qué otra cosa cualquiera. Empecé a releer mentalmente los apuntes y el Sisinio y ya empezaba con el Cecil, mientras mis compañeros seguían su conversación, animada, dando cuenta de un queso, este sí, con etiqueta. Yo estaba desconcertado. A pesar de los síntomas, no me mareaba, ni sentía dolor, sólo calor. Seguía mirando la cocina, de un lado a otro, desconcertado, y su suelo. Volví a palparme los tobillos, y en esto, ya totalmente histérico, a punto de gritar mi miedo e interrumpir la merienda pidiendo auxilio, me toque el zapato, y la suela derecha quemaba. Ya con la sensación de delirar, toco el suelo, y compruebo que también quemaba, pero sólo hasta una línea de azulejos, estando la otra fría. Sorprendido, pero ya más tranquilo, recuperando mi ritmo cardiaco, mi respiración, miro fuera de la cocina y veo que el escalón de acceso tenía una pequeña compuerta.

Me acordé de mi abuela y de sus dichos, de lo bien que se está en la gloria, y ahora entendí la frase, aunque yo, a medio camino de ella, había pasado por un purgatorio. Ahora tenía un frío intenso en todo el cuerpo, fruto del sudor del miedo, así que me puse de nuevo la chamarra, que bien podía haber sido la bata amarilla de Argan, el enfermo imaginario de Molière, y me dispuse a llegar a las conclusiones de la sesión clínica y al epílogo de la merienda. ■

ESCÁPESE… con Medical Economics®



Ya puede enviar sus artículos para la edición 2011 y compartir sus experiencias con sus compañeros.
Medical Economics, en colaboración con Iberocruceros, le llevará de vacaciones.

GRAN PREMIO	Crucero 3.000 €
PREMIO PLUS Médicos Jóvenes	Crucero 2.000 €

- **¿Quién puede participar?** Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.
- **¿Qué hay que enviar?** Artículos literarios originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.
- **¿Sobre qué se puede escribir?** Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.
- **¿Cómo participar?** Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*. Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.
- **¿Dónde enviar su artículo?** Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección: **medeconomics@drugfarma.com***
- **Presentación de originales** El plazo de participación expira el **2 de noviembre de 2011**.

**Consulte las bases del certamen en www.medecoes.com*

Comunidad de Madrid

Más de 300 mil ciudadanos ejercen la libre elección



Hace siete meses entró en vigor la libre elección en la Comunidad de Madrid. Primero se puso en marcha en Atención Primaria (el 15 de octubre de 2010), donde los ciudadanos pueden elegir cambio de médico, pediatra o enfermera y, posteriormente, se extendió a atención especializada donde se puede elegir médico especialista y hospital, desde el pasado 1 de diciembre de 2010. A fecha de hoy, en la Comunidad han cambiado de médico, pediatra o enfermera 306.462 personas.

Para facilitar la elección, se puso en marcha el Centro de Atención Personalizada -CAP-, que llama por teléfono a los pacientes que tienen que pedir cita con el médico especialista y evita que tengan que hacer personalmente la gestión en su centro de salud o en el hospital para solicitarla.

Desde el pasado 1 de diciembre, se han tramitado 1.200.000 citas en 26 especialidades derivadas desde Atención Primaria por el CAP. Del total, en 85.137 casos, el ciudadano ha elegido un centro de referencia o médico especialista distinto al que le hubiese correspondido, cifra que supone el 7,7 por ciento de citas registradas.

Asturias

Nace el Observatorio de la Salud

El Principado de Asturias cuenta, desde finales del pasado mes, con el único Observatorio de la Salud que existe fuera de Estados Unidos. Se trata de una nueva herramienta en la que se organiza y procesa gran cantidad de información relacionada con la salud de los asturianos y que será fundamental a la hora de definir diferentes acciones políticas e institucionales, pero también de otras organizaciones, para tratar de mejorar algunas de las circunstancias que más pueden afectar a la salud de los ciudadanos.

El Observatorio de la Salud en Asturias (OBSA) es una iniciativa de la Dirección General de Salud Pública que se realiza en colaboración de la School Public Health and Medicine de la Universidad de Wisconsin, que actualmente participa en el modelo de los *County Health Rankings* en Estados Unidos. ■



El consejero asturiano, Ramón Quirón (en el centro), durante la presentación del Observatorio.

Galicia

La Xunta crea el primer registro público de profesionales sanitarios



La Consellería de Sanidad ha aprobado el decreto por el que se regula el contenido de los registros públicos de profesionales sanitarios y del Sistema de Información de Profesionales Sanitarios de Galicia (SIPSG). De esta manera, los ciudadanos gallegos dispondrán de un herramienta que les permitirá conocer información estrictamente profesional (titulación, especialidad, lugar de ejercicio profesional, categoría y función) del personal sanitario que les atiende para realizar un ejercicio estudiado de la libre elección de médico de Atención Primaria y pediatra.

Además, la Administración autonómica contará así con información ordenada, sistemática y fiable sobre el número y la distribución del personal, con lo que podrán promoverse políticas de evaluación y de planificación de necesidades de recursos humanos. ■

Sección patrocinada por:
Chiesi
People and Ideas for Innovation in Healthcare

Extremadura

El gasto farmacéutico se sitúa a niveles de 2009



El gasto farmacéutico en Extremadura descendió en abril un 15,92 por ciento con respecto al mismo mes del año anterior, con lo que el montante total de la factura farmacéutica de la comunidad autónoma se sitúa a un nivel similar al que tenía en febrero de 2009, cuando se puso en marcha el sistema de receta electrónica en la región.

En cifras, el gasto farmacéutico en abril de este año se concreta en 27.579.188 euros, mientras que en febrero de 2009, fecha en que entró en funcionamiento la receta electrónica el gasto en el capítulo de Farmacia en el sistema sanitario público extremeño era de 27.509.021 euros.

Tras la puesta en marcha del sistema de receta electrónica por parte del Servicio Extremeño de Salud (SES), el gasto farmacéutico experimentó una serie de alteraciones al alza, hasta alcanzar un máximo de 33,1 millones de euros en marzo de 2010. ■

Castilla-La Mancha

Nace la Red de Trasplantes de Castilla-La Mancha

El Gobierno regional ha anunciado la creación del Registro de Biovigilancia para los procesos de donaciones y trasplantes en la Castilla-La Mancha, integrado en el sistema de información de la red regional de trasplantes.



El elemento estructural básico del sistema de Biovigilancia es el registro, que tiene como finalidad detectar, notificar y registrar los incidentes, efectos y reacciones adversas que puedan resultar del uso terapéutico de órganos, tejidos y células de origen humano.

La creación de este registro viene recogida en el Decreto aprobado este año por la Consejería de Salud y Bienestar Social por el que se crea la Red de Trasplantes de Castilla-La Mancha y da cumplimiento también a una directiva europea que entró en vigor el año pasado sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados al trasplante. Más de 350 profesionales sanitarios de la región están implicados en el proceso de donación y trasplante, que junto a la solidaridad de la población castellano-manchega, ha permitido el año pasado que 118 personas hayan salvado su vida o hayan dejado de depender de las sesiones de diálisis para sobrevivir. ■

Navarra

Desciende la siniestralidad laboral

El índice de siniestralidad laboral se ha reducido un 6,7 por ciento en el primer trimestre del año, según datos proporcionados por el Instituto Navarro de Salud Laboral. En los tres primeros meses de 2011 se han registrado 9,7 accidentes por cada mil trabajadores, frente a los 10,4 del mismo periodo de 2010. En el sector de construcción el índice de siniestralidad ascendió a 21 accidentes por cada mil trabajadores, frente a los 14,2 de la industria, los 8 de agricultura y los 6,3 del sector servicios.



Entre enero y marzo de este año se han producido un total de 2.317 accidentes laborales con baja, entre ellos 184 registrados *in itinere* (en el trayecto de casa al trabajo), frente a los 2.629 registrados en el mismo período de 2010, 324 de ellos *in itinere*. Partiendo de estos datos, y aplicando la variación de población laboral registrada, la incidencia de accidentes de trabajo con baja laboral por cada mil trabajadores se ha reducido un 6,7 por ciento. ■

Fidelización del cliente

La satisfacción del paciente con respecto al servicio recibido y su evaluación son elementos clave a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud. A partir de ellos se determina la calidad que se está ofreciendo y, sobre todo, se averigua qué aspectos hay que mejorar para lograr fidelizar al paciente.



Vanessa Asenjo*

>> El estado emocional del paciente determina en gran parte su percepción respecto al trato recibido

>> La gestión de la calidad está directamente relacionada con la evaluación de la satisfacción del paciente, siendo esta un indicador medible de la calidad del servicio

Siempre se hace mención a la calidad y al servicio recibidos por parte de las Unidades de Atención al paciente en los centros sanitarios, y de la influencia que estos tienen en la "fidelidad" de los pacientes. En la mayoría de mis colaboraciones he hecho mención a la importancia de este departamento y a la importancia de concienciarse en todas las áreas de un centro sanitario respecto a la idea de que "todos somos atención al paciente". La formación de los empleados tanto asistenciales como no, la información que se facilita por parte del equipo asistencial al enfermo y a sus familiares, la importancia de la innovación, el trato, las buenas actitudes por parte de todos (incluidos los familiares) y la necesidad de personalizar en un mundo en el que pretendemos estandarizar todo. Para lograr todo ello, la empresa invierte un sinfín de recursos con un coste elevadísimo. Además, desde hace tiempo existe la imparable necesidad de "conocer" las necesidades de nuestros pacientes con la costosa realización de encuestas de satisfacción y a las cuales, en la mayoría de las ocasiones, no otorgamos la importancia que se merecen para la identificación de puntos clave que ayuden a definir mejoras en el servicio. En este artículo quiero hacer mención a la importancia de la fidelidad del cliente, a los aspectos que ayudan a alcanzarla y resaltar, asimismo, a uno de los puntos a los que en la mayoría de centros no se le presta la consideración que requiere y, como consecuencia, obliga a realizar esfuerzos realmente importantes y costosos por parte de la organización.

Muchos son y han sido los expertos en la materia que han estudiado profundamente el concepto de "lealtad" y "fidelidad", y me gustaría hacer mención a algunas de las conclusiones que han hecho respecto a estos temas y cómo aplicarlos al sector sanitario.

Es un hecho que el sector sanitario presenta unas características que hacen de él un ámbito donde la gestión se eleva a un nivel de complejidad superior al de otros muchos, en buena medida debido a la naturaleza del contexto y repercusiones de la actividad sanitaria, y al gran número de especialidades, profesiones, y diferentes técnicas que participan en este sector. Y todo esto redunda en una mayor exigencia e intolerancia por parte del paciente frente a la calidad del servicio prestado, debido a unas expectativas muy exigentes. Se trata de algo perfectamente comprensible, ya que estamos hablando de un tema tan preciado como es la salud, y no es por ello de extrañar que el paciente sea extremadamente exigente en su percepción de cómo integramos su problemática dentro de las diferentes áreas de la gestión hospitalaria, y cómo de eficientes somos al proporcionales una solución (no sólo a nivel de cuidados médicos sino también de trato) en una materia tan sensible como es la salud.

Por todo lo dicho anteriormente, la lealtad del paciente comporta un mayor reto en el sector sanitario. Si bien calidad y satisfacción son los dos componentes básicos que determinan la lealtad o fidelidad del cliente tal y como describe el *marketing* de servicios en su sentido más clásico, en el sector sanitario no resulta un tema tan evidente, puesto que la definición de calidad tendrá diferentes matices o acepciones en función del punto de vista del usuario del servicio (quien tendrá en cuenta el comportamiento y trato del personal entre otros aspectos), el del personal

SECCIÓN PATROCINADA POR:
ferrer

médico (quien tendrá en cuenta principalmente sus conocimientos y la tecnología empleada), y el del responsable o gerente del centro sanitario (quien tendrá en cuenta principalmente la eficiencia del personal y de las instalaciones del centro).

Percepción subjetiva

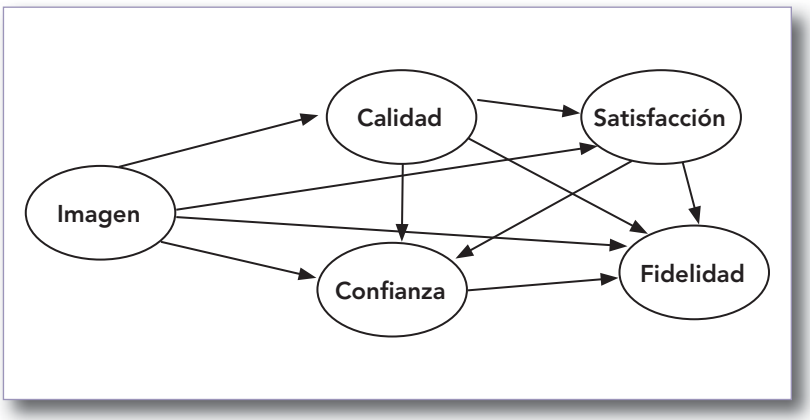
Por lo que respecta a la satisfacción, el estado emocional del paciente determina en gran parte su percepción respecto al trato recibido, incluyendo no sólo la capacidad médica de los profesionales sino también el grado de amabilidad y atención prestada por parte de todos los profesionales del hospital, así como la mejora de su estado de salud.

Niedz afirma que un servicio de salud bien gestionado necesita el desarrollo de todos los miembros del equipo. Y en algunas de mis anteriores colaboraciones ya he hecho referencia a alguno de estos conceptos.

Por todo lo mencionado anteriormente, parece razonable pensar que la gestión de la calidad está directamente relacionada con la evaluación de la satisfacción del paciente, siendo esta satisfacción un indicador medible de la calidad del servicio ofrecido. Y en este sentido, la capacidad de la organización para identificar las expectativas y las necesidades de suspacientes se convierte en un order *winner* indispensable para fidelizar a sus clientes. La satisfacción y su evaluación son elementos clave a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud. La evaluación de la satisfacción del paciente forma y debería formar parte de la prevención, y como tal, permitir identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir a la mejora de la calidad.

Pero, además, de calidad y satisfacción, suelen considerarse como principales antecedentes del concepto de fidelidad o lealtad la imagen del proveedor de servicios y la confianza del cliente en esa marca, siendo en muchos casos la marca la que influye en la percepción que tenemos del servicio. Barich y Kotler afirman que la imagen es la suma de las creencias, sensaciones e impresiones que una persona o grupo de personas tienen de un objeto, de una persona, de un lugar, de una marca, de una organización, de un producto o de un servicio. Son estas imágenes las que condicionan el comportamiento del cliente. De esta forma, no sólo los aspectos físicos y tangibles de los bienes o servicios son valorados, sino también los significados simbólicos asociados a este bien o servicio.

En un estudio realizado por Correira y Miranda se propone un modelo estructural que relaciona la calidad percibida con la imagen de la organización, la satisfacción del usuario, la confianza y su fidelidad. Así, por ejemplo, la calidad percibida por el paciente incrementa su nivel de satisfacción, fidelidad y confianza; la satisfacción del paciente tiene un efecto positivo sobre su fidelidad y sobre su confianza; y así sucesivamente con el resto de conceptos que debemos tener en cuenta desde la óptica de la gestión global en la prestación del servicio.



Modelo estructural de calidad de Correira y Miranda.

Tras los distintos términos que se han considerado, es importante insistir en la importancia de las personas que trabajan en la organización para poder prestar y ofrecer una calidad de servicio excelente. La organización, por su parte, ha de poner las medidas facilitadoras y ha de identificar claramente de qué manera quiere que se transmitan los valores de la organización a sus clientes. El objetivo: satisfacer sus expectativas y aumentar su confianza y fidelidad en nuestros servicios. ■

* Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitales.

Economía de la Salud
en el Área de Dolor

Hacia una sociología del dolor: aprender a abordarlo



Albert J. Jovell*

» El dolor es un síntoma no un signo y, por lo tanto, depende de la subjetividad de la persona que lo padece

» Es en las consecuencias donde el dolor alcanza la categoría de fenómeno social y, como tal, es merecedor de una aproximación sociológica

A veces parece que el dolor sólo existe en aquellas personas que lo padecen. Es algo que se tiende a contemplar como ajeno, que pertenece a otros. Nadie quiere padecerlo ni tampoco verlo. El dolor se ausenta en los demás porque genera impotencia en el espectador. Sólo imaginárselo uno ya se siente mal. Porque el dolor, al igual que el sufrimiento, la muerte o el miedo, es algo que se teme. Siempre se ha temido. Sin embargo, el dolor en el siglo XXI es un síntoma manejable. Y ese tiene que ser el mensaje esencial que debe recibir por igual quien lo sufre, quien lo contempla y quien lo teme. El dolor en la mayoría de los casos ya se puede domesticar.

Que el dolor sea controlable no significa que todo el mundo sepa manejarlo bien. El tratamiento del dolor se inicia con un diagnóstico correcto del mismo. Y, muchas veces, esa tarea no es fácil. En ausencia de una causa clara, demostrable de forma objetiva por una prueba diagnóstica, el dolor sigue siendo un problema de salud. No es necesario conocer las causas para tratarlo. Ese hecho es relevante porque el dolor es un síntoma no un signo y, por lo tanto, depende de la subjetividad de la persona que lo padece. No hay indicador bioquímico ni imagen relevante que permita su identificación en la mayoría de los procesos diagnósticos. Es la persona que lo sufre o los que están a su lado los que te cuentan que hay dolor. A veces, el dolor de la persona se expresa mejor en el lenguaje corporal que en la palabra. Es por ello que el dolor rara vez es mudo. Los silencios del dolor suelen ser visibles. El dolor expresa una percepción subjetiva y, como tal, debe ser respetada y tratada. Ante una misma situación, la intensidad con la que se expresa el dolor puede diferir entre las personas que lo padecen. Esa percepción diferente aporta mucha información y conocimiento sobre los diferentes tipos de dolor, sus causas y sus consecuencias. La experiencia del dolor es individual y pertenece a la persona que lo padece. Conocer de cerca esa experiencia es un elemento esencial del proceso de orientación diagnóstica y de la selección de un tratamiento adecuado.

El abordaje del dolor suele centrarse más en las posibles causas del mismo que en sus consecuencias. Este hecho resulta paradójico, ya que en ausencia del diagnóstico de una potencial causa, como por ejemplo un proceso expansivo o una ruptura orgánica; el mejor abordaje del dolor se puede realizar mediante el conocimiento de sus consecuencias. Es ahí donde el dolor deja de ser mudo y alcanza un arco iris de significados que constituyen la expresión genuina y diferencial del mismo. Todos los significados expresados buscan una misma respuesta: un tratamiento compatible con una calidad de vida digna. Es en las consecuencias donde el dolor alcanza la categoría de fenómeno social y, como tal, es merecedor de una aproximación sociológica.

El dolor como fenómeno social

La sociología estudia los fenómenos sociales desde diferentes aproximaciones teóricas y metodologías. El dolor constituye un fenómeno social complejo por múltiples motivos. En primer lugar el dolor acaba estando presente en la biografía de todas las personas en algún momento de su vida y el malestar que produce nunca se acaba de olvidar, aunque se puede ignorar. Además, la contemplación del dolor de "los otros" es una invitación a temer el dolor para aquellos que lo

Sección patrocinada por:

GRÜNENTHAL

Grünenthal Pharma, S.A.

ven y no lo han sufrido. Es una experiencia que no deja indiferente. En segundo lugar, el dolor es único en su expresión esencial pero diferente en cuanto a los atributos que le acompañan. Así, el dolor puede ser agudo o crónico, de etiología desconocida o conocida, progresivo o estable, sensible o refractario a tratamientos convencionales, acompañado de otra sintomatología o no, agravado por el movimiento, etc. El conocimiento de esos atributos, basado muchas veces en la capacidad del paciente para expresarlos, es esencial en la determinación de la aproximación terapéutica apropiada. Esta constelación de atributos determina la complejidad del dolor y requiere de una atención profesional especializada. Sin embargo, lo que aún determina más el dolor como fenómeno social son sus consecuencias.

La persona que manifiesta sufrir dolor también ve interferida su vida social, las denominadas actividades de la vida cotidiana. El dolor suele postrar a la persona y se acompaña muchas veces de un cierto grado de discapacidad que viene determinado en función del tipo y de la persona afectada. Además, produce alteraciones del ánimo, que van desde la melancolía hasta la desesperación. En ausencia de un tratamiento adecuado difícilmente puede ser ignorado y su capacidad de ocupar e interferir en los espacios vitales de la persona es muy grande. De hecho, los pacientes con dolor suelen referirse al mismo por sus consecuencias: no me deja dormir, no puedo ir a trabajar, me tiene inquieto, etcétera. Son las mismas consecuencias que pueden acabar estigmatizando al paciente. Tratar el dolor implica la necesidad de abordar una atención sanitaria y social coordinada y multidisciplinar, ya que la categoría de fenómeno social del dolor también viene determinada por la enorme variedad de tratamientos disponibles.

El coste social de la ignorancia

El peor abordaje del dolor es ignorarlo. El resultado de no tratar adecuadamente el dolor se traduce en una cascada de nuevas consecuencias. A ello se une otra situación común como es el abordaje inadecuado del dolor. No tratar el dolor supone el agravamiento de los problemas que este genera y un desgaste emocional para el paciente y su entorno que se sienten huérfanos en una situación de desesperación. Es obvio que aquel que contempla el dolor ajeno nunca puede saber cuánto le duele y cómo le afecta a la persona que lo sufre. Por otra parte, la persona que refiere dolor está expresando un problema de salud y como tal debe ser tratado. El dolor sobrellevado es causa del denominado presentismo laboral, o, al contrario, ausencias en el lugar del trabajo que motivan bajo rendimiento. Además, el dolor es una de las primeras causas de baja laboral en España, lo que implica un coste social elevado en los casos de tratamiento inadecuado. Finalmente, su coste emocional y económico se ve agravado por la automedicación no informada y el abordaje profesional inadecuado. La formación de pacientes y cuidadores en el abordaje integral del dolor, lo que incluye saber comunicar sus atributos a los profesionales, conocer mejor su propio dolor e identificar tratamientos de elección que permitan el autocontrol es una estrategia que puede resultar efectiva para los pacientes y coste-efectiva para los sistemas de salud. Y es que no hay que olvidar que el dolor duele y eso se debería poder controlar. ■

Tratar el dolor implica la necesidad de abordar una atención sanitaria y social coordinada y multidisciplinar

*Presidente Foro Español de Pacientes

Tribunales

Daño desproporcionado



Miguel Fernández de Sevilla*

» La Audiencia Provincial de Córdoba estimó la apelación de los demandados y los absolvió, en base a que no era de aplicación la doctrina del daño desproporcionado

» Al tratarse de intervención de cirugía plástica, podía excluir la culpa extracontractual, ya que en este caso el contrato entre paciente y médico es de resultado

Tribunal Supremo
Sala de lo Civil
Sentencia 20-1-2011.

Hechos

En enero de 2002 doña R fue intervenida de elevación mamaria por el cirujano plástico D. C. y con intervención del anestesista. En el curso de la operación sufrió lesiones irreversibles que derivaron en un coma profundo. Su esposo y sus hijos formularon demanda contra el anestesista y la compañía aseguradora por los daños y perjuicios, con la intención de obtener una indemnización. Fundamentaron la demanda, por un lado, en el daño desproporcionado con prueba a cargo de los demandados y, por otro, por infracción de las normas sobre el consentimiento informado.

Fallo

La sentencia de instancia estimó parcialmente la demanda, condenando solidariamente a los demandados. Entendió aplicable la teoría del daño desproporcionado con las consecuencia que ello comporta en materia de prueba. Adujeron los demandantes que la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación recomienda el control de la presión arterial cada cinco minutos durante la intervención, no acreditando el anestesista que lo hiciera así, con lo cual, al corresponderle la carga de la prueba, se presume que realizó actos contrarios a la *lex artis*. Tampoco demostraron los demandados que no hubiese relación causal entre el deficiente control de la presión y la parada cardiorrespiratoria sufrida por la paciente. No se pronunció esta sentencia en cuanto al consentimiento informado.

La Audiencia Provincial de Córdoba estimó la apelación formulada por los demandados y, consecuentemente, los absolvió, en base a que no era de aplicación la doctrina del daño desproporcionado que invertía la carga de la prueba, ya que esta teoría no es de aplicación a los actos anestésicos, pues la intervención siempre comporta daños importantes.

Contra esta sentencia se presentó recurso por infracción procesal por un sólo motivo: el de infringir la teoría del Tribunal Supremo sobre la inversión de la carga de la prueba. También se presentó recurso de casación por un único motivo, en el que se alega la infracción de la doctrina del Tribunal Supremo en cuanto al consentimiento informado que, según los demandantes, no se realizó correctamente al haber sido solicitado por el cirujano media hora antes de la intervención sin posibilidad de revocarlo el paciente. Este motivo también fue desestimado.

ANÁLISIS: Interpretación de la carga de la prueba

Ante todo hay que tener en cuenta que estamos hablando de un caso de mastopexia o, lo que es lo miso, de elevación de las mamas. Al ser un caso de intervención de cirugía plástica, podía excluir la culpa extracontractual, ya que en este caso el contrato entre paciente y médico es de resultado. Aquí habría que tener en cuenta la culpa contractual en el supuesto de haber contenido un resultado en la elevación de las mamas no deseado, pero la cuestión que se planteó por los demandantes no era otra que determinar que el anestesista infringió la *lex artis* en cuanto a la anestesia, y el cirujano respecto de la forma de recabar el consentimiento informado.

La importancia de esta sentencia radica en que el Tribunal Supremo hace una interpretación de la teoría de la carga de la prueba que avala la que hace la Audiencia Provincial de Córdoba en contra de la interpretación de la misma que realiza el Juzgado de Primera Instancia e, igualmente, respecto del consentimiento informado que, a pesar de considerarlo un acto médico más, a mi juicio discutible, sin embargo establece unos requisitos en cada caso para su correcta aplicación. ■

*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.
Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

Internet y medicina

Hacia un estándar de terminología médica

Los pasados días 11 a 13 de abril los países miembros de la Organización Internacional para el Desarrollo de la Estandarización de Terminologías en Salud (IHTSDO, http://www.ihtsdo.org/) celebraron su reunión anual en Copenhague. Desde hace algo más de dos años, España pertenece a esta organización internacional, encargada de desarrollar la Nomenclatura Sistematizada de Medicina - Términos Clínicos (SNOMED CT), y participa activamente en sus reuniones.

Las ventajas de disponer de una terminología médica internacional son múltiples. Por una parte, es más fácil compartir información entre usuarios de la misma institución o de diferentes servicios de salud e incluso de diversos países, ya que todos habrán acordado cuál es el código que se debe asociar a cada valor seleccionado (un tipo de alergia, una alerta de intolerancia alimentaria, un diagnóstico anatomopatológico, una prueba de laboratorio o un procedimiento radiológico). Esto supone que en su siguiente paso la historia clínica digital estará mejor estructurada y evolucionará más allá del simple cambio del papel al ordenador.

Otra de las ventajas de la terminología estándar es facilitar la interconexión entre diversos sistemas de información, de forma que el médico de Atención Primaria tenga un acceso actualizado a los episodios asistenciales del hospital. Hay muchas ventajas más, como poder realizar de forma más eficiente búsquedas para estudios de investigación, estadísticas, cuadros de mando o integraciones con registros poblacionales de salud.

En su última reunión, IHTSO adoptó decisiones muy importantes, como la inclusión de un catálogo de dispositivos médicos, gracias a una colaboración con la agencia de Nomenclatura Global de Dispositivos Médicos (http://www.gmdnagency.com) y conseguir que más países europeos formen parte de IHTSDO, ya que actualmente Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Holanda, Lituania, Reino Unido, República Checa y Suecia son los únicos países europeos miembros.

SNOMED CT es una terminología muy extensa y precisamente ese gran tamaño, con más de 370.000 conceptos diferentes, hace que su uso en la práctica clínica sea algo complejo. Por ello, es necesario crear subconjuntos que permitan a los usuarios elegir entre los términos que realmente necesiten. Generalmente, para incluir los diagnósticos más frecuentes, bastan entre 500 y 5.000 conceptos, según la especialidad. Precisamente, el trabajo más difícil con el que se enfrentan los responsables de los sistemas de información que están contemplando el uso de SNOMED CT como sistema de codificación de diagnósticos o episodios asistenciales, es poder disponer de una lista de términos que sea realmente útil.

IHTSDO es consciente de este problema y está colaborando con empresas, sociedades científicas y organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este último caso, con el fin de conseguir que confluyan los esfuerzos dedicados al desarrollo de SNOMED CT y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

La Biblioteca Nacional de Medicina estadounidense dispone en su web (http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/snomed_problem_list.html) de un subconjunto de "Lista de problemas" en inglés. También se están definiendo subconjuntos para enfermería (http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/nursing_problemlist_subset.html), cuidados intensivos (http://www.hinz.org.nz/uploads/file/2008conference/P38.pdf), y para muchas otras especialidades y usos médicos. ■



Marcial García Rojo*

>> En su última reunión, IHTSO adoptó decisiones muy importantes, como la inclusión de un catálogo de dispositivos médicos

>> En su siguiente paso la historia clínica digital estará mejor estructurada y evolucionará más allá del simple cambio del papel al ordenador

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

Inversiones

Crecimiento a dos velocidades en la eurozona... ¿dónde queda España?



Natalia Aguirre Vergara*

» La percepción de "dos Europas" ha quedado también reflejada en las dos nuevas categorías definidas por el FMI para hacer referencia a la eurozona: EA4 (Área Euro 4) y RoEA (Resto de Área Euro)

» De cara a la inversión extranjera, será clave que nuestro país siga ejecutando adecuadamente su presupuesto y avanzando en las reformas estructurales que se nos exigen desde el exterior

En nuestro anterior artículo hablábamos de la subida de tipos por parte del Banco Central Europeo (BCE), y por qué pensábamos que la misma sería suave y gradual. Una de las razones que esgrimíamos era la amplia heterogeneidad en el comportamiento económico de los distintos países de la eurozona, que pone en una difícil tesitura al BCE ("uno para todos"), que debe instrumentar su política monetaria con el objetivo de contener la inflación a medio plazo, pero teniendo en cuenta que la situación económica de los países que componen el euro es muy distinta.

Como decíamos también en nuestro anterior artículo, la recuperación "va por barrios": de los "ricos" (Alemania) a los "pobres" (Grecia, Irlanda, Portugal) y pasando por la "clase media" (España). Así lo han vuelto a poner de manifiesto, una vez más, e incluso con diferencias aún más marcadas, los datos preliminares de crecimiento correspondientes al primer trimestre de 2011. Si bien es cierto que en la mayoría de países hemos tenido sorpresas positivas de crecimiento (tras un cuarto trimestre de 2010 bastante débil, marcado por un invierno climatológicamente más duro de lo habitual, con el consiguiente impacto negativo en las cifras de actividad económica), también es cierto que han sido una cifras que intensifican la percepción de crecimiento a dos velocidades en la eurozona.

En términos anuales, Alemania ha crecido a tasas del 5,2 por ciento (frente al 3,8 por ciento en el cuarto trimestre de 2010) y Francia al 2,2 por ciento (1,4 por ciento anterior). Estos fuertes crecimientos, especialmente en el caso de Alemania, contrastan con la debilidad del PIB en países como España, que sitúa su tasa interanual de crecimiento en tan sólo el 0,8 por ciento, claramente insuficiente para crear empleo.

Y esta percepción de "dos Europas" ha quedado también reflejada en las dos nuevas categorías definidas por el FMI para hacer referencia a la eurozona: EA4 (Área Euro 4) y RoEA (Resto de Área Euro). Entre los primeros, Grecia, Portugal e Irlanda (las tres economías "rescatadas" en el último año por la UE y el FMI por su incapacidad para financiarse en el mercado) y España. Aunque el FMI considera que España es el mejor ejemplo de un país que va en la dirección correcta en cuanto a reformas estructurales (mercado de trabajo, sistema financiero, sistema de pensiones), también es verdad que la incluye en la misma lista que a Grecia, Portugal e Irlanda.

En este sentido, queremos destacar que España ha conseguido quedarse al margen del último repunte de riesgo soberano (originado por el rescate a Portugal y nuevas dudas en torno a Grecia, que podría necesitar un segundo paquete de ayuda), y que será clave para que nuestro país siga ejecutando adecuadamente su presupuesto (reduciendo el déficit público) y avanzando en las reformas estructurales que se nos exigen desde el exterior con el objetivo de mantener la confianza del inversor internacional y que este siga financiándonos.

Con todo, nos quedan todavía unos años complicados, con un ritmo de recuperación más lento que el del resto de economías desarrolladas, en tanto en cuanto hay factores estructurales que lastrarán la mejora de nuestra economía: 1) no habrá recuperación sostenida del empleo hasta 2012, 2) el proceso de desendeudamiento de las familias deberá continuar, 3) se mantendrá la restricción crediticia, 4) el exceso de oferta en el mercado inmobiliario y 5) el fuerte endeudamiento público, que determinará un importante ajuste fiscal con impacto negativo en consumo privado e inversión. ■

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

Valores del mes
Expectativas superadas

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

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Bolsas y Mercados Españoles (BME) es la sociedad que integra todos los mercados de valores y sistemas financieros en España. Disfruta de unos sólidos fundamentos, apoyados en un férreo control de costes, que le ha permitido convertirse en la bolsa más eficiente de Europa, y podrá beneficiarse de la incipiente recuperación de los volúmenes de contratación, que en los próximos meses deberían verse impulsados por las múltiples colocaciones previstas. Se ha visto asimismo favorecido por los movimientos de concentración en el sector de bolsas mundial. Como principal riesgo, el avance de la competencia, que le ha arrebatado el uno por ciento de la cuota de mercado.

Repsol es la mayor petrolera española, con presencia global en más de 30 países, y con un negocio concentrado en las actividades de exploración y producción, refino y *marketing* y gas natural licuado. Cuenta con una participación cercana al 58 por ciento en su filial argentina YPF, que ha ido reduciendo en los últimos meses para limitar la exposición a un sólo país, algo que valoran positivamente las agencias de *rating*. A la vez, mantiene un 30 por ciento en Gas Natural. El sector petrolero sigue presentando buenas perspectivas de cara a 2011, año en que los precios del crudo deberían mantenerse en niveles altos. ■

Los elegidos

Bolsas y Mercados Españoles. Ha tenido un buen comienzo de año, con unos resultados en el primer trimestre que han superado las expectativas, apoyados por una recuperación de los volúmenes negociados y por la estricta contención de costes, que permiten a su vez una mejora del resultado neto tanto en términos interanuales (+15 por ciento) como intertrimestrales (+10 por ciento). La compañía sigue manteniendo una atractiva retribución al accionista, con una rentabilidad por dividendo del 8 por ciento con cargo a los resultados del 2010. A pesar de la fuerte revalorización acumulada en 2011, seguimos apreciando recorrido en BME, que cotiza con un descuento cercano al 20 por ciento respecto a sus principales comparables.

Repsol. Los resultados del primer trimestre también han superado ampliamente las expectativas, apoyados por el aumento de precios del crudo, que compensan la caída en producción derivada, entre otros factores, de la situación en Libia. El ejercicio 2011 será un año de transición donde se sentarán las bases para alcanzar los objetivos 2014, con los avances previstos en sus proyectos 2012 y 2013 para alcanzar todos sus objetivos a largo plazo. A pesar del buen comportamiento de Repsol en 2011, el valor debería mantener una positiva evolución, apoyado por múltiplos atractivos y la existencia de catalizadores en el resto del año. ■

Concepto	Bolsas y Mercados Españoles	Repsol
Ticker	BME	REP
PER 2011e	11,8	10,7
Rentab. dividendo (%)	8,2	4,9
Precio actual	21,40	22,36
Precio objetivo	27,4	27

(1) En euros.

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 20/05/2011

spanish doctors

Vol. 1. No. 9
Highlighted Areas:
Musculoskeletal System
Epidemiology & Research

Medical English for Spanish-Speaking Doctors

Seleccionamos en esta sección algunos contenidos de la revista-curso de inglés médico materializado gracias a la colaboración entre la Organización Médica Colegical (OMC) y Spandoc. Si está interesado en suscribirse al mismo puede hacerlo en www.ffomc.org. Más información en www.spandoc.com

grammar – intermediate

Present perfect continuous

We use ***for*** to talk about the duration of an activity and we use ***since*** to talk about the time the activity started.

- We've been waiting to see you for nearly an hour. (The waiting period is nearly an hour.)
- We've been waiting to see you since 9 o'clock. (At 9 o'clock they started waiting.)
- Mrs Thomas says she's been feeling depressed since she lost her job.

pronunciation

Gout in my toe

Veremos hoy dos sonidos que en español consideraríamos diptongos y que se escribirían "au" y "ou".

/aʊ/ y /əʊ/ son sonidos largos. El último es el nombre de la letra *O*.

1. The sound /aʊ/

gout out mouth couch Down's brown eyebrow

2. The sound /əʊ/

stone smoker prone know lower boat coach toe

healthcare language

Screening

Wilson and Junger formulated 10 criteria to determine the need for screening programmes. The disease in question should be a serious health problem...

criteria: criterios (plural). Ojo que en singular el vocablo en inglés es **criterion**.

need: necesidad. *need for* - necesidad de. Fíjate en la preposición *for*.

disease ★ **:** enfermedad. Cuidado con la pronunciación de esta palabra. Asegúrate de darle "vida" haciendo vibrar las "s" como el zumbido de una abeja, pues si no lo haces estarás pronunciando **decease** que significa muerte, fallecimiento.

scientific literature

Shoulder pain

Objective: To compare the effectiveness of subacromial corticosteroid injection combined with timely exercise and manual therapy (injection plus exercise) or exercise and manual therapy alone (exercise only) in patients with subacromial impingement syndrome.

shoulder ★**:** hombro. Aquí *ou* se pronuncia como en español.

timely: en el momento oportuno. **manual therapy:** fisioterapia manual.

subacromial impingement syndrome: síndrome de pinzamiento sub-acromial.

hospital doctor

Leg fracture



fracture pattern: patrón de la fractura *(transverse, oblique, spiral, avulsion, vertical split, etc.)*.

given - dado/a. *given that*... - dado que...

provided that - siempre que, siempre y cuando.

to be happy with - estar satisfecho con. ¡No tiene que ver con la felicidad, sólo con aprobar o estar de acuerdo con algo!

allow ★: permitir.

sooner rather than later - más pronto que tarde.

walking frame: andador.

crutches: muletas.

travelling doctor

Talking about healthcare systems



met: pasado de *meet*, "encontrarse con" (en este caso por primera vez, por lo que se puede traducir por "conoció").

at St Mary's -. Muchos hospitales en Inglaterra llevan nombres de santos y al hablar de ellos normalmente se deja sólo al santo y se quita la palabra *hospital. I was admitted to St James*'. Toma también nota de la preposición *at* para indicar el centro donde estás trabajando. ¡Si dices que están *in St Mary's Hospital* es que estás ingresado!

a bit: un poco. Muy usado y coloquial. *It hurts a bit* - Me duele un poco.

in a nutshell - en resumen, en pocas palabras. La traducción literal de la expresión es "en una cáscara de fruto seco".

international spanish doctors

Marc García-Elías Cos

Marc García-Elías Cos es especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología y experto en Cirugía de la Mano y la Extremidad Superior. Trabaja actualmente en el Instituto Kaplan de Barcelona y el Centro Médico Teknon de la misma ciudad. Es además profesor colaborador y consultor honorario de Pulvertaft *Hand Unit, Derbyshire Royal Infirmary, Derby (Reino Unido).*

¿Cree que el inglés médico debería enseñarse en las Facultades de Medicina? Creo que el inglés no debe entrar en la Facultad como asignatura de obligado cumplimiento, sino como pre-requisito para todo alumno que quiera entrar a estudiar Medicina. Es más, yo defendería que ciertas asignaturas de post-grado se impartieran en inglés.





Open de España 2011

Aiken ganó el Open de España de Seve

En el campo de El Prat, el sudafricano Thomas Aiken se impuso a Pablo Larrazábal.

Se quitó la gorra, se la puso sobre el corazón, levantó la copa y se la ofreció al más grande, un gesto premiado por una enorme ovación repartida entre quien disfruta del triunfo actual y, sobre todo, entre quien contribuyó tanto a que el golf se desarrollara con fuerza en todo el mundo. Thomas Aiken, un sudafricano de 27 años, puede vanagloriarse de haber ganado el Open de España 2011, el más emotivo de la amplísima historia de esta competición casi centenaria.

Menudo de talla pero tremendamente pegador, Aiken, una explosiva mezcla de jugador valiente y arriesgado a la hora de atacar banderas y de serena actitud cuando se trata de culminar con el *putt*, ha dado una lección de juego. Líder desde la segunda jornada, con dos golpes de ventaja al comienzo del último día sobre un cuarteto perseguidor, formado, entre otros, por el español Pablo Larrazábal, el sudafricano ofreció un curso de resistencia a la presión externa y de templanza interna.



xxx

Todo se le puso de cara cuando plasmó en su tarjeta dos *birdies* tranquilizadores en la primera vuelta (hoyos 2 y 6) ratificados con un nuevo acierto en el hoyo 11, una propuesta demoledora que le permitía gozar de una ventaja de cuatro golpes sobre el segundo clasificado a falta de siete hoyos para la conclusión.

Descolgado de la batalla Larrazábal por un titubeante comienzo apuntillado por un doble *bogey* en el hoyo 4, la desequilibrada balanza perjudicaba los intereses del danés Anders Hansen, del francés Gregory Havret y del escocés Scott Jamieson –primer líder del torneo, al acecho desde la distancia y a la espera del error del sólido líder en una carrera desesperada contra el tiempo.

Pablo Larrazábal (-7) ha sido el efectivo más destacado de la armada española. Se mantuvo durante las cuatro vueltas en la zona alta de la clasificación. Mucho mérito el suyo recompensado por la Copa Vallejo que entrega la PGA al mejor español clasificado. Álvaro Velasco (-3), estuvo las dos primeras vueltas en buena posición para asaltar el título, pero se vio lastrado por el 75 de la tercera jornada. Rafael Cabrera-Bello firmó una trayectoria inversa (-4). El barcelonés Eduardo de la Riva (+1) y el jugador castellonense del programa Neo Pro, Jordi García del Moral (+3), ambos sin tarjeta en el circuito, coparon asimismo las alabanzas de los aficionados por su meritorio papel en las cuatro jornadas de competición. ■

Se fue Seve; llora el golf

En la madrugada del pasado 7 de mayo, a las dos y diez, rodeado de su familia, el mejor jugador de golf de la historia, Severiano Ballesteros Sota, se fue para siempre de este mundo en su casa de Pedreña, en su tierra de Santander que le vio nacer hace 54 años. Con él se va el mejor embajador que jamás haya tenido el deporte español, pero también un personaje controvertido y poco comprendido en España. Un jugador de golf que rompió barreras en su deporte y que logró que el golf llegara a ser en nuestro país lo que es hoy: un deporte no elitista, con más de 400 campos, 330.000 federados y una buena imagen. Con Seve el mundo del golf pierde a un abanderado y en Estados Unidos, Inglaterra, Japón y Australia a un referente de un deporte que en el mundo ya practican casi cien millones de personas. Descanse en Paz.