

Médico y paciente:  
algo más que  
una relación 6

Cumplir  
protocolos, evitar  
denuncias 16

Una forma más  
efectiva de ayudar  
a los pacientes 53

Un muro  
de silencio ante  
un error médico 56

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

5 ANIVERSARIO

21 de noviembre de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



## Hay más vida fuera de la Medicina

Pág. 42

**ADEMÁS** \_\_\_\_\_

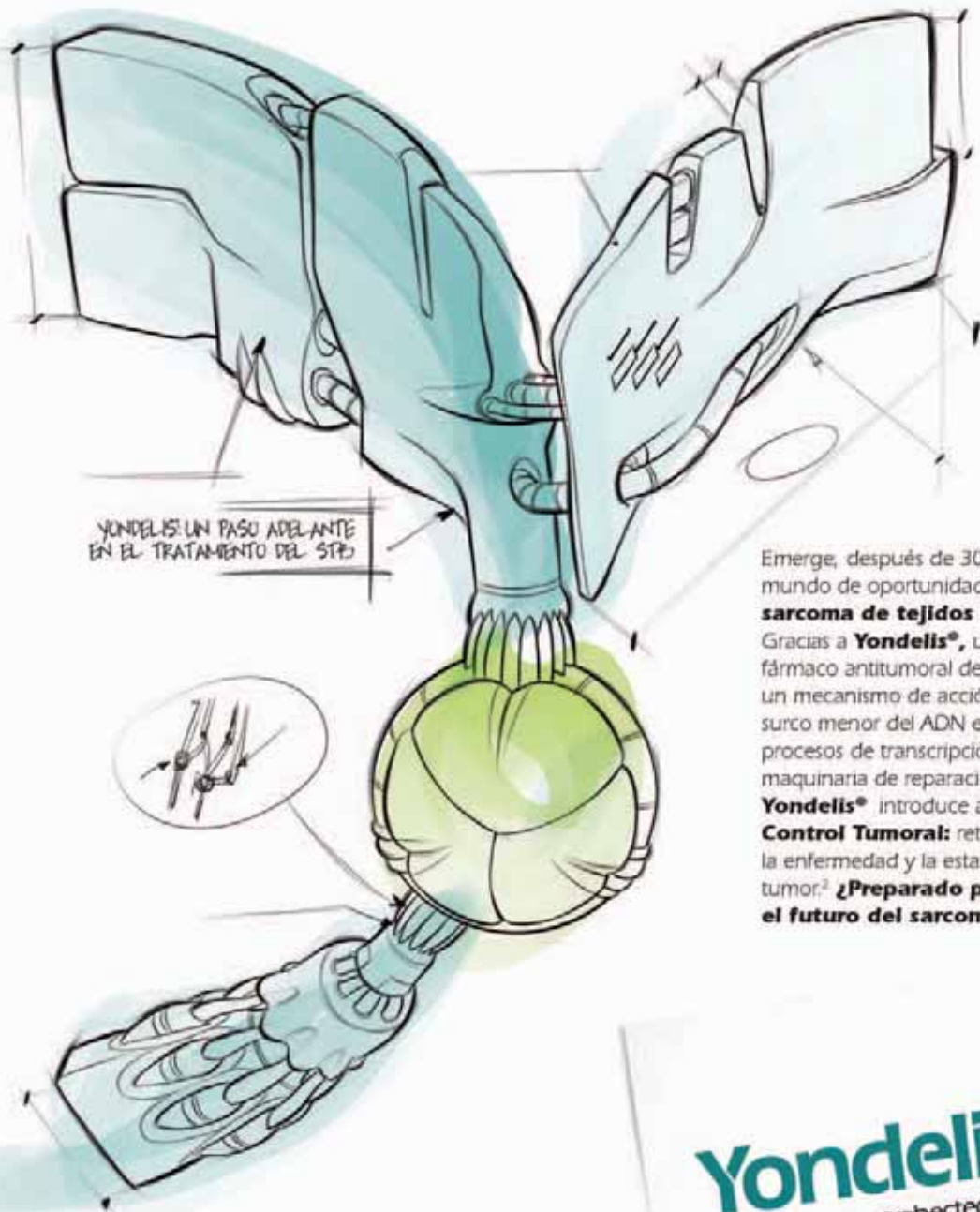
Chequeo  
autonómico



Castilla-  
La Mancha

(págs. 25-40)

POR FIN, EMERGE UNA NUEVA CLASE TERAPÉUTICA  
▲ **YONDELIS®** (trabectedina) REDISEÑA  
EL FUTURO DEL **SARCOMA**  
DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADO



YONDELIS: UN PASO ADELANTE  
EN EL TRATAMIENTO DEL STEP

Emerge, después de 30 años, un nuevo mundo de oportunidades contra el **sarcoma de tejidos blandos** avanzado. Gracias a **Yondelis®**, un innovador fármaco antitumoral de origen marino con un mecanismo de acción único. Se une al surco menor del ADN e interfiere con los procesos de transcripción y con la maquinaria de reparación del ADN.<sup>1</sup> **Yondelis®** introduce así el concepto de **Control Tumoral**: retrasa la progresión de la enfermedad y la estabiliza controlando el tumor.<sup>2</sup> **¿Preparado para rediseñar el futuro del sarcoma?**

**Yondelis®**  
trabectedina

Control de la enfermedad

[www.yondelis.com](http://www.yondelis.com)

**Pharma  
Mar**  
Grupo Zeltia

Yondelis® está indicado para el tratamiento de pacientes con sarcoma de tejidos blandos en estado avanzado en los que haya fracasado el tratamiento con antraciclinas e ifosfamida, o bien que no sean candidatos a recibir dichos productos.  
Ficha Técnica completa al dorso.

42



## Así vive el médico

Tres de cada cuatro médicos no disponen de tiempo suficiente para otras actividades aparte de la asistencial, un tercio no puede conciliar su vida profesional y familiar de manera adecuada, y otros tantos tienen algún familiar que requiere asistencia o cuidado por problemas de salud.

### CHEQUEO AUTONÓMICO

#### 25 Castilla-La Mancha

El Gobierno de Castilla-La Mancha destina 1.343 euros por habitante y año en gasto de salud, lo que arroja un gasto total de 2.645 millones de euros en 2008, año en el que el presupuesto inicial dedicado a la Sanidad aumentó casi un 10 por ciento respecto al año anterior.

### VIDA PERSONAL

#### 56 Un muro de silencio

El intento de la autora de averiguar qué salió mal en una "rutinaria" biopsia fue recibido con un muro de silencio. Ahora y siempre, los médicos deben recordar que ellos mismos pueden ser pacientes algún día.



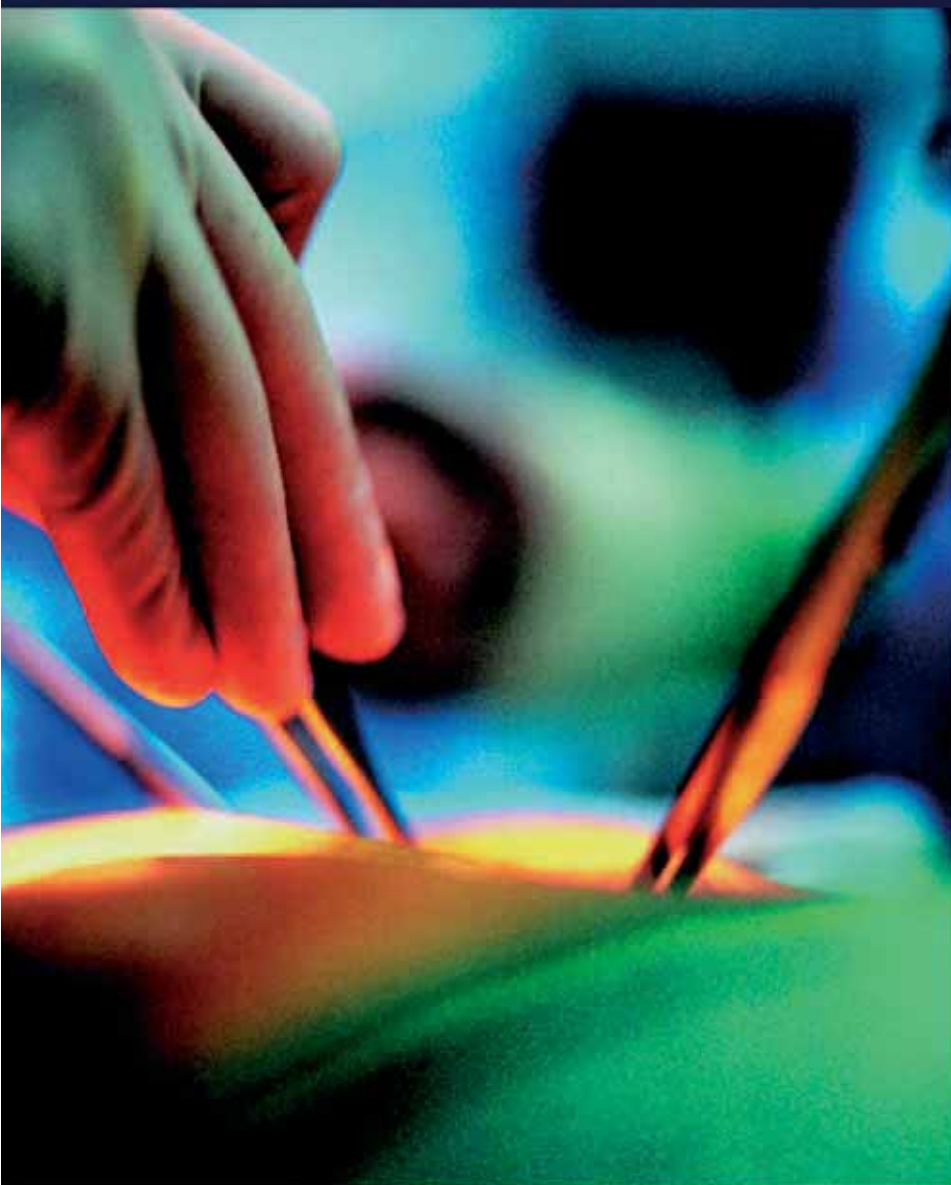
### RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

#### 53 Una nueva forma de ayudar a los pacientes

Existen errores que los médicos cometen en su práctica diaria y que pasan desapercibidos, a menos que sucedan con el paciente equivocado. La autora, médico de Atención Primaria, nos cuenta su experiencia.



56



**Más de 200.000  
profesionales  
cuentan ya  
con nuestro respaldo**



A.M.A., ofrece su producto de Responsabilidad Civil Profesional tanto a los sanitarios como a sus sociedades como la mejor respuesta a la exigencia legal de cobertura a los daños ocasionados en la actividad sanitaria

- Cobertura total durante toda su vida profesional
- Equipo Jurídico especializado en asuntos de Responsabilidad Civil Profesional
- Continuidad y solvencia



LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

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

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Pipermo

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@sapaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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

Tarifa ordinaria anual 135,20 €  
Tarifa instituciones anual 109,20 €  
Ejemplar suelto 5,50 €  
Ejemplar atrasado 8,50 €  
Precios válidos para España, IVA incluido


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

### 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 

## ACTUALIDAD

- 5 Opinión de los lectores
- 8 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 16 **Gestión Profesional**  
Cumplir protocolos, evitar denuncias
- 18 **Gestión de Calidad. Medio Ambiente**
- 20 **Tribunales**  
El anestesista se ajustó a la *lex artis*
- 22 **Capital Riesgo**  
Errores que hay que evitar
- 48 **Internet y Medicina**  
La *blogosfera* médica
- 50 **Inversiones**  
Medidas anticrisis: ¿serán efectivas?

## Y ADEMÁS...

- 6 Atención al paciente
- 60 Tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Concilia adecuadamente su vida laboral y familiar?

Participe a través de nuestra *web*:  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

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



## ENCUESTA EXCLUSIVA

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

## CURSOS ON LINE

*Medical Economics* organiza cursos *on line* dirigidos a los profesionales de Atención Primaria y Enfermería con el objetivo de mejorar su práctica diaria.  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

## PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2009

*Medical Economics* premia a las entidades y organizaciones del mundo sanitario que más han destacado por su labor a lo largo de 2008. Para más información visite nuestra *web*:  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)



## SU OPINION ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de: [www.medeco.es](http://www.medeco.es)

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

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

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

© Copyright 2008 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 2008 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

## Editorial

### Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitalares

### Margarita Alfonso

Secretaria General de Fenin

### José Luis Álvarez-Sala Walther

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

### Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones  
United Surgical Partners

### Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director  
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección  
Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Facultad  
de Medicina. Universidad de Salamanca

### Antonio Bartolomé Sánchez

Presidente  
Federación Española de Clínicas Privadas

### Carlos Belmonte Martínez

Director  
Instituto de Neurociencias de Alicante

### Miquel Brugeta i Cortada

Presidente  
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

### José María Campistol Planas

Jefe de Nefrología y Trasplante Renal  
Hospital Clínic de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xaniti

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriols

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### José Manuel Díaz Arias

Presidente de Datadiar.com

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente en funciones  
Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina  
y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### José Fernández-Vigo López

Director Médico  
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

### Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

### José Angel García Rodríguez

Presidente  
Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico  
Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Leandro Herrero

Presidente  
The Chalfont Project, Londres

### Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología  
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

### Héctor Jausás

Socio Director de Jausás Abogados

### Fernando Jiménez Cruz

Jefe de Servicio de Urología  
Hospital La Fe de Valencia

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico  
Dirección General de Farmacia

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales  
Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente  
Asoc. Española de Médicos Escritores  
y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### 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

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito  
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria  
UCM

### Regina Múzquiz

Directora de Relaciones Institucionales  
Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología  
Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología  
Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud  
y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General  
de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas  
Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria  
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias  
CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Directora de Asuntos Regulatorios  
y Científicos de Allergan

### 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 Relaciones Institucionales  
Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica  
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma  
de Madrid

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director  
Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director  
EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad  
de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española  
de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Felipe Chavida García

Médico de Familia  
Presidente de Idepro

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho  
Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto  
para la Gestión de la Sanidad

#### Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional  
de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

#### Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario  
Facultad de Medicina UCM

#### Ricardo de Lorenzo y Montero

Bufete De Lorenzo Abogados  
Presidente de la Asociación  
Española de Derecho Sanitario

#### Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico  
Contencioso  
Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

#### Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia  
Renta 4 Sociedad de Valores

#### José Ignacio Alemany

Socio Director  
Bufete Alemany Escalona  
& Escalante

### Capital Riesgo

#### Luis G. Pareras

Médico Gerente  
Incubación Proyectos Empresariales  
-Medi Tecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información  
Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al paciente

#### María Dolores Navarro

Subdirectora Fundación Biblioteca  
Josep Laporte. UAB

# Opinión de los lectores



## >> Seguros, proporcionalidad y restitución de la imagen

¿Cuáles son las razones por las que A.M.A. está “semi-intervenida”? La principal, según Seguros, es la percepción indebida de dietas y emolumentos por el Consejo de Administración durante los últimos cuatro años. El importe medio de las retribuciones totales percibidas por cada miembro

del Consejo entre 2004 y 2007, asciende a unos 53.000 euros brutos anuales, debido siempre a desplazamientos y dietas, vinculados a reuniones ejecutivas y estatutarias, indispensables para el funcionamiento de la entidad, y que ha sido la única retribución que hemos recibido de A.M.A. en todo este tiempo [...]. Por poner sólo un ejemplo, el presidente, el secretario general y los consejeros de A.M.A., nos hemos visto en la obligación para el buen funcionamiento de la empresa, de tener que asistir a un elevadísimo número de reuniones durante el año 2004, por las que la Dirección General de Seguros entiende que cada uno de nosotros sólo debería haber percibido 6.310 euros brutos anuales. [...]. Más asombroso todavía resulta, que el recelo del organismo supervisor sólo se haya desatado este año, por cuanto la propia Dirección General de Seguros ha dado por buenas esas percepciones de dietas y emolumentos en todas sus inspecciones anteriores. [...]. La compañía sigue desarrollando cotidianamente su actividad a pesar de estar sufriendo unas medidas totalmente desproporcionadas e injustificadas. Esperemos que no sea necesario recorrer tanto camino como en otras ocasiones para que la verdad resplandezca. Aunque no sería la primera vez que la conducta de la Dirección General de Seguros es reprobada por los Tribunales de Justicia, como ya ocurrió en su momento con Previsión Sanitaria Nacional.

**Diego Murillo Carrasco**

*Presidente de A.M.A.  
Madrid*

## >> Guerra en la Paz

He decidido ponerme en contacto con ustedes a raíz de la lanceta publicada en el número 14 de *Medical Economics*, titulada: “Guerra en la Paz”. En primer lugar, quiero manifestar mi aquiescencia con dicha situación y, comentar que tras 9 años de formación en gestión sanitaria realizada de “motu proprio”, contan-

do con el apoyo de becas de las instituciones e incluso solicitando apoyo financiero bajo el epígrafe de créditos de estudios, hasta la fecha no he recibido el más mínimo apoyo de la institución que se mencionaba en dicho artículo; si bien he venido constatando cómo personas carentes de cualquier tipo de formación en gestión clínica o economía de la salud (tras su nombramiento se proce-

de a su formación vía expeditiva en cursos, cursillos y cursetes), han acaparado o retienen todos los puestos de mando intermedios y de la escala superior, en virtud de políticas de “amiguismo” en lugar de optar por una meritocracia profesional, más propia de entornos financieros de alta incertidumbre en relación a su implicación clínica.

Es también mi deseo expresar la acuciante necesidad que tiene el Sistema Nacional de Salud de transformar sus costes de transacción y de compromiso en políticas implementadas de buen gobierno clínico que culminen en la ansiada profesionalización de la gestión sanitaria.

**José A. Vinagre Romero**

*Madrid*

## >> Los otros médicos

He podido leer con agrado y sorpresa el artículo “Los otros médicos y sus reivindicaciones”, publicado en el número 16 de su revista, donde aparecen algunas de las cuestiones tratadas en el VI Congreso Español de Medicina del Trabajo y algunas de las conclusiones. Desde mi punto de vista, nuestra especialidad no es considerada como las demás y ha sido marginada en la forma en que se financia la formación especializada de nuestros MIR y que ha sido la causa fundamental de la falta de especialistas en Medicina del Trabajo, pasándose de los 300 que se formaban con anterioridad a la entrada de la formación hospitalaria, a los 80-100 que se han formado en los últimos años. Esta es una reivindicación de la que no se habla, pues parece que incomoda a determinados intereses y estamentos.

**A. Ribelles Villalba**

*Valencia*

# Médico y paciente: algo más que una relación

*El intercambio de información que se produce durante la consulta o visita médica, representa uno de los momentos más importantes de la relación médico-paciente.*



**María Dolores Navarro\***

La relación que se establece entre médico y paciente se ha basado, desde siempre, en un encuentro en el que el médico ha representado la competencia técnica y el acceso a los conocimientos médicos, así como a los recursos sanitarios; mientras que el paciente ha asumido tradicionalmente un papel más pasivo, de dependencia, en el que se producía un traspaso de la responsabilidad en la toma de decisiones del paciente al facultativo.

Con el paso de los años, nos encontramos ante una sociedad en la que, cualquier persona, cualquier paciente, está más informado sobre temas de salud en general de lo que lo estaba la población de otras generaciones; situación ésta que le ayuda en el momento de decidir sobre aspectos relacionados con su salud, su bienestar y calidad de vida. De esta forma, la relación establecida entre médico y paciente, lo que acontece durante el acto médico, pasa a ser un proceso mutuo y compartido.

## Intercambio de información

El intercambio de información que se produce durante la consulta o visita médica, representa uno de los momentos más importantes de dicha relación. Sin embargo, durante la consulta se produce algo más que un simple intercambio de información, el paciente acude por un problema de salud al que el médico intenta dar solución. Esta situación, así como las características de la información personal que se comparte durante la visita, hace que tanto médicos como pacientes, cuenten con una serie de derechos y deberes o responsabilidades en las que se ha de basar la relación que establece entre sí.

De esta forma, el médico ha de tratar con respeto a su paciente, cuidar de su intimidad,

ofrecer información que pueda entender, proporcionar pautas a seguir y garantizar la confidencialidad de todo lo que acontezca en la visita o esté relacionado con ella. Por su parte, el paciente también ha de tratar con respeto al profesional, favorecer la colaboración que se le solicite, proporcionar información adecuada y precisa sobre lo que ocurre y garantizar el cumplimiento con el tratamiento o plan terapéutico prescrito.

Sea cual fuere esta relación, la práctica de la medicina necesita ciertas habilidades de comunicación y de socialización con las personas. El médico ha de tener la capacidad de escuchar, reconocer, asimilar e interpretar la información que le llega del paciente y actuar de acuerdo con la misma. El paciente necesita que su médico entienda su situación, la experiencia por la que está pasando y le acompañe en el proceso de enfermar, pero ha de ser capaz también de ofrecer la información adecuada sobre lo que le ocurre y cumplir con la pauta acordada de seguimiento.

Además de los aspectos generales que favorecen una buena relación, como podrían ser, una actitud abierta, positiva, de cara a dar y a recibir la información necesaria, habilidades comunicativas o la percepción que se tiene del otro, el grado de satisfacción con la consulta médica se verá afectado por aspectos como establecer un buen clima de diálogo antes de entrar en temas concretos del diagnóstico o tratamiento, apoyar y valorar las acciones o actitudes positivas del paciente respecto a su situación, animarlo a continuar, valorando en lo posible los pequeños logros o avances y mostrar interés por sus comentarios, dudas o preocupaciones.

Cuando el paciente se encuentra con el médico, se inicia una conversación en la que se expresa el sentimiento y la percepción de

» Poco a poco se va perfilando un modelo de paciente en nuestra sociedad con más formación y con un mayor acceso a las fuentes de información que existen sobre salud.

» El médico ha de tener la capacidad de escuchar, reconocer, asimilar e interpretar la información que le llega del paciente y actuar de acuerdo con la misma.

SECCIÓN  
PATROCINADA POR:

una enfermedad o de un problema de salud a través de un conjunto de palabras y frases, gestos, movimientos, resultados de pruebas realizadas y silencios. Este espacio viene cargado, no sólo de toda esa información, sino también de emociones y sentimientos como miedo o esperanza y todo tipo de implicaciones asociadas con la vivencia de ambos.

La narración que el paciente realiza de lo que le ocurre y lo que le preocupa, junto con la actitud y reacción del médico, es básica para poder establecer la relación adecuada entre las dos personas. Así, se sabe que la satisfacción de los pacientes con la visita médica está muy relacionada con el comportamiento del médico y su aptitud humanística y que pacientes amables y colaboradores, a su vez, facilitan mucho la labor del médico. De esta forma, podría decirse que en el acto médico tiene lugar un proceso psicológico y social, además del proceso de salud, al igual que ocurre en otras esferas de la vida del ser humano.

### Satisfacción mutua

Así, las condiciones necesarias para establecer una buena relación entre el médico y el paciente y, por lo tanto, para mejorar el nivel de satisfacción de ambos con la consulta, serían la existencia de un ambiente abierto y de confianza, con una planificación de los pasos a seguir, mostrando interés por los comentarios y la opinión del otro y con un espacio para la comunicación.

En este contexto, poco a poco se va perfilando un modelo de paciente en nuestra sociedad con más formación y con un mayor acceso a las fuentes de información que existen sobre salud. Este hecho supone un reto para los profesionales sanitarios que han de poder dar una respuesta, no sólo a los problemas de salud que presenta la población atendida, sino también a las necesidades de información, expectativas y preferencias de este nuevo paciente, cada vez más interesado por temas relacionados con su salud y su bienestar.

Para conseguir este nivel de relación, es necesario que ambos, médico y paciente, puedan prepararse para ese encuentro, la consulta médica, tanto en las habilidades comunicativas como en la gestión del tiempo y de la complejidad que conlleva alcanzar un buen estado de salud.

Por lo tanto, en el futuro más inmediato aparece un paciente informado, con capacidad y derecho a decidir sobre ciertos asuntos relacionados con su salud, junto a un médico experto, pero cercano y preparado para hacer frente a las nuevas demandas relacionadas con la salud de los pacientes. Junto a esta situación y teniendo en cuenta las características de los actuales sistemas sanitarios de multidisciplinariedad y complejidad del proceso asistencial, será necesario contar con una nueva

figura: el médico tutor del paciente; es decir, un profesional que integre y coordine todas las acciones que se han de llevar a cabo entre profesionales y niveles asistenciales, en beneficio del propio paciente, actuando como un referente, como una guía para él.

La sociedad, además, tendrá que tener en cuenta cuáles son las preferencias individuales del paciente ante la toma de decisiones en su proceso asistencial. Y son precisamente las preferencias y las necesidades de cada persona las que realmente han de marcar la pauta a seguir sobre el tipo de información a proporcionar, la comunicación que se ha de establecer y, en definitiva, el tipo de relación que queremos.

Porque, entre médico y paciente, se da algo más que una simple relación. ■



Poco a poco va apareciendo en la sociedad actual un modelo de paciente más informado.

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 70,8

por ciento de los médicos están casados.

### 77

por ciento tienen hijos.

### 47

por ciento de los hijos tienen entre 16 y 30 años.

### 17,3

por ciento permanecen solteros.

### 12

por ciento son viudos o divorciados.

Fuente: Estudio *Diagnóstico de necesidades sociales del colegiado*. Colegio de Médicos de Córdoba.

## ORGANIZACIÓN MÉDICAL COLEGIAL

### Rodríguez Sendín cree que 'aumentar las plazas de Medicina creará despensas de médicos sin experiencia'

**E**l secretario general de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, ha señalado, en una conferencia impartida en el Colegio de Médicos de Tenerife, que aumentar las plazas en las facultades de Medicina "sería un gravísimo error, un fracaso social y sanitario que pondría en riesgo la salud de los ciudadanos, sería crear despensas de médicos sin experiencia". Sendín ha comentado que en España existen "entre 9.000 y 12.000 profesionales que están pendientes de que se les homologue la especialidad que han realizado en el extranjero y que unos 8.500 médicos españoles trabajan en la actualidad en Reino Unido o Portugal". Asimismo, añadió que "el problema es que existen claros déficits de gestión, que no hay los incentivos suficientes para que los más jóvenes se queden en nuestro país y no se vayan fuera, y que además no organizamos los servicios de forma más eficiente".



Juan José Rodríguez Sendín.

## ECONOMÍA DOMÉSTICA

### El número de familias en bancarrota se multiplica por cinco

**U**n total de 97 familias se declararon en concurso de acreedores (suspensión de pagos y quiebras) durante el tercer trimestre del año por la imposibilidad de afrontar sus pagos y deudas, lo que supone un incremento del 385 por ciento respecto al mismo período del año anterior y un 9 por ciento más respecto al segundo trimestre de este ejercicio. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en total el número de deudores concursados (familias y empresas) fue de 764 en el tercer trimestre, con un incremento del 263,8 por ciento respecto al mismo trimestre de 2007.



## CONGRESO NACIONAL DE INFORMÁTICA MÉDICA

### Las tecnologías de la información al servicio de los profesionales sanitarios y en beneficio de los pacientes

**L**a complejidad de la asistencia sanitaria, tanto técnica como organizativa, junto con la velocidad con la que cambia el conocimiento científico, hacen que sea necesario identificar qué procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces. Estos y otros temas se han abordado en el XII Congreso Nacional de Informática Médica, INFORMED 2008, centrado en las tecnologías de la información y la seguridad de los pacientes, que se ha celebrado este mes en Tenerife. El objetivo del encuentro era ayudar a clarificar cómo las TIC pueden contribuir a incrementar la seguridad de los pacientes.



## EMPLEO SANITARIO

## Más autónomos en el sector sanitario a pesar de la crisis

**E**l colectivo de trabajadores autónomos en España, cifrado en 3,5 millones de personas es el que se encuentra más desprotegido frente a la crisis. No obstante, el sector de actividades sanitarias, que representa el 2,3 por ciento del total, ha experimentado un aumento del 1 por ciento desde el pasado mes de diciembre, sumando un número de 79.073 trabajadores hasta finales del pasado mes de septiembre, según la Federación Nacional de Asociaciones de Trabajadores Autónomos (ATA).

El colectivo, además de pasar serias dificultades para financiar sus negocios y carecer de seguro de desempleo, tiene pendiente completar el desarrollo de la Ley del Estatuto del Trabajador Autónomo.



## POLÍTICA SANITARIA EN ESTADOS UNIDOS

## Obama ante el reto sanitario en Estados Unidos

**T**ras ganar las elecciones, Barak Obama, flamante nuevo inquilino de la Casa Blanca, tendrá que empezar a cumplir las promesas electorales. Obama tendrá que enfrentarse a un sistema de salud que cada vez consume más dinero y llega a menos gente (47 millones de personas carecen de seguro médico). Entre las promesas electorales de Obama, hay que destacar: la cobertura sanitaria universal, refuerzo de los sistemas de información e historia clínica electrónica, mejorar la calidad sanitaria de todos los centros, veto a las compañías farmacéuticas que bloqueen la entrada de genéricos o el fomento de la competencia entre aseguradoras. Además, entre los cambios anunciados, se encuentra el refuerzo de la investigación del cáncer, el autismo y las células madre.



Barak Obama.

## HIPOTECAS MÁS BARATAS

## El BCE baja al 3,25 por ciento los tipos de interés

**E**l Banco Central Europeo (BCE) recortó el precio del dinero 50 puntos básicos el pasado 6 de noviembre, dejándolo en el 3,25 por ciento. Este descenso se suma a otro de igual cantidad decidido el mes pasado, con lo que los tipos de interés actuales en la Unión Europea regresan al nivel que tenían en 2006. El presidente del BCE, Jean-Claude Trichet, sugirió que habrá más recorte de tipos en los próximos meses para reactivar la economía. Esta rebaja de los tipos de interés en medio punto porcentual hará que las hipotecas sean más baratas en el primer trimestre del año que viene, según estimaciones de la Asociación Hipotecaria Española. De hecho, el precio del Euribor está en franco descenso desde principios de este mes.



## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

## Medical Economics

¿Concilia adecuadamente su vida laboral y familiar?



La mayoría de nuestros lectores (39 por ciento) asegura que no pueden conciliar su vida laboral y familiar, mientras que un 31 por ciento asegura que la conciliación es mínima. Por su parte, un 19 por ciento tiene esperanzas de que mejore y sólo un 11 por ciento concilia ambas de forma adecuada.

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

Live-Med España prepara otros cursos de formación *on line* dirigidos a diferentes especialidades

## El Programa AAP 2008 de Live-Med España cierra con éxito su cuarto año de actualización de los médicos de familia

Tras recorrer más de veinte ciudades españolas durante 2008, el Programa de Actualización en Atención Primaria (AAP) de Live-Med España, que incluye contenidos del máximo interés para el médico de familia, llegará a nuevas ciudades como Burgos y Badajoz en 2009.

**E**l programa de Actualización en Atención Primaria (AAP) de Live-Med España cerró su convocatoria de 2008 con los cursos celebrados en Barcelona, Valencia y A Coruña, superando con estos últimos los 3.000 médicos inscritos este año.

Desde su creación y tras visitar más de veinte ciudades españolas, el Programa Actualización en Atención Primaria (AAP), se ha consolidado como una propuesta

formativa de alto valor para el médico general y de familia.

Entre los asistentes, hay que destacar que más del 60 por ciento de los médicos son mujeres, siendo el rango de edades comprendidas entre 35 y 45 años el más numeroso.

Es muy importante también el incremento del uso de Internet para la formalización de la

inscripción, convirtiéndose en la vía principal de contacto con Live-Med España. La línea de atención telefónica gratuita, 900 100 195, sigue siendo el canal preferido para las diferentes consultas y asistencias requeridas por los médicos inscritos.

El próximo año el Programa AAP celebra su quinto aniversario. Esta nueva edición contará otra vez con contenidos del máximo interés para la práctica clínica del

médico de familia, incorporando nuevas áreas de actualidad como la osteoporosis, y los últimos avances en patologías tan prevalentes como diabetes, asma o hipertensión. Las ciudades sede serán: Bilbao, Sevilla, Burgos, Zaragoza, Barcelona, Alicante, Valencia, Santiago, Badajoz y Madrid.

Mención especial merecen los ponentes, que gracias a su amplia experiencia, tanto docente como profesional, y al elevado nivel de actualización mantenido a lo largo del tiempo, se han convertido en la base de calidad del Programa AAP.

### Actividad 'on line'

En la página *web* de Live-Med España, permanentemente actualizada, se podrá acceder próximamente a diversos cursos de formación *on line* dirigidos a diferentes especialidades, con las garantías de calidad comunes a la oferta formativa de Live Med: independencia, acreditación y avales de las principales instituciones académicas nacionales e internacionales (Harvard Medical School, Live-Med Institute Spain, Universidad Complutense de Madrid, entre otras). Esta oferta se iniciará con el primer curso *on line* sobre Cirugía del Pie Diabético y el Curso *on line* en Incontinencia.

Asimismo, todos los médicos inscritos en los cursos de Live-Med España cuentan desde hace unos meses con una novedosa herramienta de actualización. A través del correo electrónico se les envían pequeños videos realizados por ponentes del máximo prestigio que, de una manera ágil y cómoda, pretenden actualizar los puntos clave de una determinada patología. ■



Los médicos inscritos reciben vídeos de actualización clínica a través del correo electrónico.

# Si necesita lupa para ver los Rendimientos de su Plan de Pensiones...



...traspáselo ya a  
**PSN RENTABILIDAD  
CRECIENTE - PPA,**  
y consiga un

**12% TAE\* extra,**

- Interés garantizado hasta la jubilación.
- Aportaciones 100% garantizadas.

y olvídense de la **lupa**



\* Interés adicional extraordinario ofrecido para todos los traspasos y nuevas contrataciones realizadas entre el 01/11/08 y el 28/02/09, por personas menores de 62 años, que se abonará en la póliza como aportación extraordinaria a cargo de PSN, con cálculo del 12% TAE, desde la fecha de valor de recepción del traspaso hasta el 28/02/09.

\* Fecha de abono de la aportación 12% TAE a cargo de PSN: 31/05/09.

\* Promoción válida exclusivamente para traspasos de Planes de Pensiones de otras entidades a PSN Rentabilidad Creciente PPA y nuevas contrataciones, recibidos entre el 1 de noviembre del 2008 y el 28 febrero del 2009. No acumulable con otras promociones o campañas coincidentes.

**PSN Rentabilidad Creciente**

■ Plan de Previsión Asegurado ■

Infórmese en el 902 100 062, a través de su Asesor o en la Oficina PSN más cercana.

**PSN**  
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

## “El déficit de médicos en España no es sólo cuantitativo”

*El déficit de médicos en España no es sólo cuantitativo, sino también cualitativo; y, para contribuir a paliar este doble déficit, nace Medical Finders, la primera consultora española exclusivamente enfocada a la búsqueda y selección de médicos altamente cualificados, que ha creado la medicina contemporánea en nuestro país, sin que su reemplazo cualitativo sea obvio en todos los casos. La consultora, que no es una empresa convencional en el sentido clásico de las empresas conocidas coloquialmente como compañías de head hunting o cazatalentos, cuenta con una selectiva red nacional de médicos asesores. Medical Finders surge de la mano de su socio director, Julián Ruiz Ferrán, médico especialista en Farmacología Clínica y máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios y en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Con una dilatada experiencia desde hace 30 años como director médico en compañías como Robapharm, A.G. Pfizer, Grupo Antibióticos-Farma, y Sanitas-Bupa, entre otros cargos de alta dirección, Ruiz Ferrán es miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, cuyo editor y presidente del Grupo Drug Farma, Manuel García Abad, le acompaña en esta aventura empresarial.*



**Julián Ruiz Ferrán**  
Socio director  
de Medical Finders.

### **PREGUNTA:** ¿Cómo funciona Medical Finders?

**RESPUESTA:** Medical Finders se mantiene en contacto permanente con los médicos, las instituciones públicas y privadas y las compañías del sector de la salud que necesitan contar con profesionales médicos altamente cualificados. La entidad que necesita contratar acuerda con nosotros el perfil deseado conforme a con sus deseos y necesidades y nos encomienda su búsqueda. Medical Finders, a través de su conocimiento del entorno profesional médico, procede a delimitar la búsqueda, en colaboración con su red de asesores médicos *senior*, en continua expansión, compuesta por profesiones de prestigio en activo en los principales campos de la Medicina. Los candidatos son entrevistados siempre de médico a médico, lo es una singularidad exclusiva de Medical Finders. Esto permite que las entrevistas sean más técnicas, más profundas y al tiempo más relajadas; se logra mucho más fácilmente una sintonía entre entrevistador y entrevistado. El resultado final es la creación de una atmósfera de mutua confianza que allana el camino para llegar a un acuerdo satisfactorio para ambas partes.

### **P.** ¿Qué ventajas puede ofrecer a sus potenciales clientes?

**R.** Respecto a los médicos, Medical Finders quiere contribuir a incrementar su satisfacción profesional por medio del cambio; el médico debe mentalizarse de que para mejorar su situación profesional, para mejorar su proyecto de carrera, debe cambiar. El cambio es muy saludable y así lo comprenden sus colegas de otros países de nuestro entorno, que a lo largo de su vida profesional cambian regularmente de puestos de trabajo e incluso de localidad y de país si fuera necesario. En este sentido, el médico español exhibe muy poca movilidad, y no es raro encontrar excelentes médicos haciendo más o menos el mismo trabajo en el mismo entorno durante 20 o más años a pesar de no sentirse plenamente realizados a nivel profesional. En cuanto a las instituciones sanitarias, queremos contribuir a paliar el déficit cuantitativo y cualitativo de profesionales y a acoplar la oferta y la demanda de médicos, intentando mentalizar a los potenciales clientes acerca de los drásticos cambios que se avecinan a la hora de contratar médicos, tanto en España como en el resto de países de la Unión Europea.

### P. ¿Cómo puede ayudar Medical Finders a resolver este déficit de médicos en España?

**R.** El déficit de médicos apenas está en sus etapas iniciales y se agudizará a lo largo de la próxima década. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima en cuatro millones el déficit que habrá de personal sanitario a nivel internacional hacia el año 2020. Lo realmente preocupante es que el déficit no sólo será cuantitativo, sino también cualitativo. Tomando el caso español, en los próximos cinco años se jubilarán buena parte de los médicos altamente cualificados que ha creado la medicina contemporánea española y que ejercen tanto en el sector público como en el privado. Por otro lado, la situación de los médicos jóvenes es realmente surrealista. España es el único país de la Unión Europea que importa y exporta médicos de forma masiva al mismo tiempo. El problema del éxodo de médicos españoles (se calcula que actualmente hay más de 8.000 médicos ejerciendo en el extranjero) y de la llegada a España de médicos extracomunitarios es que el balance de talento es claramente deficitario para nuestro país. Estamos perdiendo muchos médicos perfectamente formados por el sistema MIR, que están siendo valorados en su justa medida en otros países, mientras que nuestras autoridades sanitarias no están haciendo nada para evitar esta auténtica fuga de cerebros ni para motivarles para que regresen.

### P. ¿Cómo se garantiza la confidencialidad de los datos?

**R.** La confidencialidad y la discreción son dos elementos claves en la actuación de Medical Finders. El médico candidato puede ser contactado directamente por un médico consultor de la organización a través del conocimiento del medio profesional que tiene nuestra empresa, o gracias a la potente base de datos integrada en la página *web* corporativa, [www.medicalfinders.es](http://www.medicalfinders.es), en la que los médicos se registran confidencialmente para facilitar su búsqueda ulterior e indicar su disponibilidad al cambio para mejorar profesionalmente.

### P. ¿Se trata de una iniciativa innovadora?

**R.** Hasta ahora, en España y en otros países europeos, las consultoras que seleccio-

nan todo tipo de ejecutivos para el conjunto del sector privado sólo se relacionan con médicos esporádicamente. En cambio en sanidad, están mostrando cierta actividad algunas empresas de trabajo temporal y agencias de colocación, que se limitan a cubrir los déficit cuantitativos de personal de todo tipo para sus clientes. Cualquier médico altamente cualificado que se precie no contesta jamás a un anuncio de este tipo de empresas, porque para encontrarlo hay que salir a buscarlo y, de médico a médico, hablar con él en el mismo lenguaje, motivarle y propiciar el entendimiento entre el cliente y el profesional.

### P. ¿Los médicos españoles están bien valorados? ¿Están satisfechos en sus puestos de trabajo?

**R.** No. El médico español, por lo general, no está valorado en su justa medida ni en el entorno asistencial público ni en el privado, aunque con felices excepciones, claro.

No sólo se trata del hecho de que los médicos en España sean los peor pagados de Europa Occidental, sino que es más grave la desconsideración social e institucional que se traduce en faltas de respeto, agresiones, ninguneo, etcétera, que hacen que exista una insatisfacción larvada en la profesión en su conjunto, que, de momento, no se exterioriza demasiado salvo en el caso de los médicos españoles que deciden ejercer fuera.

### P. ¿Por qué son tan conservadores los médicos en lo que respecta a su puesto laboral?

**R.** España es el país europeo en el que el médico y las instituciones colegiales que los representan tienen menos poder e influencia social y política. Las causas de esta lamentable situación son complejas y variadas, lo se ha traducido en una cierta pasividad del médico en cuanto a reivindicaciones profesionales en su entorno laboral y, por tanto, en un conservadurismo en lo referente a su puesto de trabajo. Por ello, raramente se decide a cambiar.

Es importante tener en cuenta que los dos tipos de profesionales con formación superior que van a ser más demandados en la Unión Europea en la próxima década serán los médicos y los ingenieros, y ambos son profesionales con gran movilidad potencial. ■

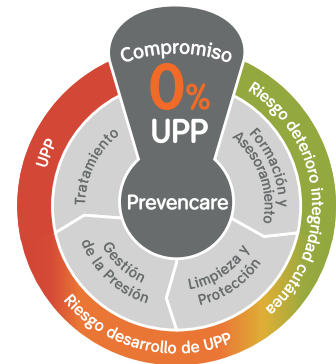
» Medical Finders quiere contribuir a incrementar la situación, profesional del médico, quien debe mentalizarse de que para mejorar su situación debe cambiar.

» Se estima que en los próximos cinco años se jubilarán buena parte de los médicos altamente cualificados que ha creado la medicina de este país.

## Compartimos contigo la pasión por la prevención

En Smith & Nephew hemos apostado, a través del concepto **Prevenicare**, por el compromiso con los pacientes y usuarios, ofreciendo soluciones integrales, innovadoras, efectivas y rentables para la prevención y el tratamiento de las **úlceras por presión (UPP)** y de las **lesiones por incontinencia**.

[www.prevenicare.org](http://www.prevenicare.org)



### Un claro y decidido compromiso con la calidad de vida

Las **UPP** constituyen, hoy en día, un importante reto con serias repercusiones tanto en las personas que las sufren (estado de salud, calidad de vida) y sus entornos inmediatos, como para el Sistema de Salud y los profesionales que trabajan en él (costes, tiempo de profesionales, utilización de recursos asistenciales, incremento de estancias, aspectos legales, etc)

Una gran parte de la UPP son prevenibles, con el consiguiente impacto tanto a nivel de los pacientes y sus entornos familiares, como para el Sistema de Salud. **Prevenicare** es la solución **integral e integrada** que ofrece Smith & Nephew como compañía líder en la prevención y el tratamiento de las heridas crónicas para conseguir los mejores resultados posibles en la prevención de las UPP.

#### Formación y asesoramiento

Smith & Nephew dispone de una serie de recursos específicos para facilitar la valoración de la situación de partida en las instituciones en cuanto al problema de las UPP, para de esta manera poder proponer a las mismas planes específicos de intervención orientados a un efectivo control de dicho problema. Estos planes incluyen propuestas de dotación, control y óptima utilización de recursos materiales, metodología de trabajo, integración de la evidencia en la práctica clínica, formación de los diferentes profesionales implicados en la prevención de las UPP, seguimiento epidemiológico y evaluación de los planes de intervención.

#### Limpieza y protección

La gama de productos **TRIPLE CARE**° de Smith & Nephew aporta a los profesionales y a los usuarios los recursos adecuados para minimizar el impacto de la incontinencia, y sus efectos en la piel, como causa favorecedora de lesiones cutáneas y de UPP.

Mediante técnicas y productos específicos para la **limpieza** de las zonas expuestas a incontinencia, y la **protección** de las mismas con cremas barrera, se ponen en marcha elementos orientados a una prevención efectiva de las lesiones por incontinencia, exudado u otros líquidos corporales.

#### Gestión de la presión

La presión ejercida sobre las zonas de apoyo es un factor fundamental para el desarrollo y agravamiento de las UPP. Una adecuada gestión y control de la presión es fundamental, tanto para la prevención como para el tratamiento de las UPP.

La gama de productos **AEROCARE**, con productos adecuados a diferentes niveles de riesgo y de severidad de las lesiones, tanto para pacientes domiciliarios, como sociosanitarios y hospitalarios, permite una óptima **gestión sistémica de la presión**.

Por otra parte, la gama de apósitos hidrocelulares **ALLEVYN**° permite conseguir una óptima **gestión local de la presión** en localizaciones como los talones, codos, o zonas en contacto con dispositivos que ejercen presión local.

#### Tratamiento

Cuando la prevención no es posible, o no se ha desarrollado de una manera efectiva, el tratamiento precoz con productos de cura en ambiente húmedo, como la gama **ALLEVYN**, es fundamental para reducir al máximo el sufrimiento de los pacientes y optimizar los recursos asistenciales. La gama **TRIPLE CARE** permite el tratamiento de las lesiones por incontinencia en su fase inicial. La gama **ALLEVYN** permite combinar una adecuada preparación del lecho de la herida junto a un abordaje local de la presión y la gama **AEROCARE** permite optimizar la gestión sistémica de la presión en el tratamiento de las UPP.

# El concepto Prevencare

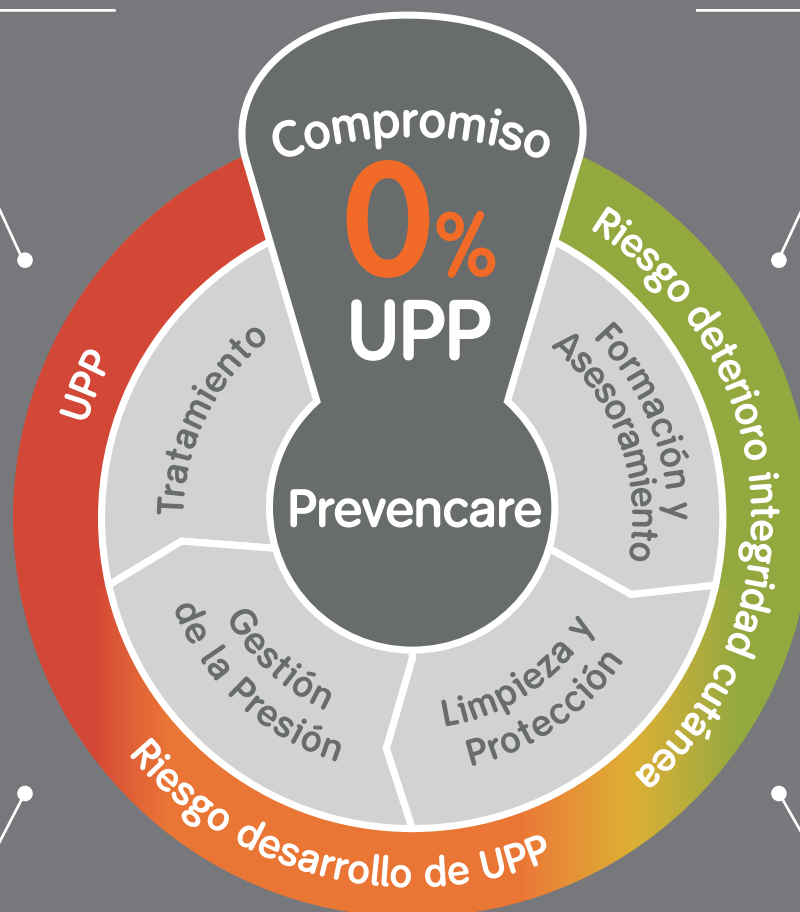
Soluciones integrales, innovadoras, efectivas y rentables para la prevención de las úlceras por presión (UPP) y de las lesiones por incontinencia

## Tratamiento

Medidas eficaces de tratamiento que reduzcan el tiempo necesario para la resolución del problema de las UPP

## Formación y Asesoramiento

La formación y el asesoramiento como elementos fundamentales para poder proponer planes específicos de intervención orientados a un efectivo control del problema de las UPP



## Gestión de la presión

Gestión local y sistémica de la presión reduciendo el impacto del principal factor causal de las UPP

## Limpieza y protección

Limpieza efectiva y no traumática de las zonas expuestas a incontinencia. Protección efectiva de las mismas para disminuir el riesgo de lesiones cutáneas

## Curación de Heridas

Smith & Nephew, S. A.  
Fructuós Gelabert, 2-4  
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)  
Tel.: 902 303 161, Fax: 902 303 170

educacion.awc@smith-nephew.com  
www.smith-nephew.com/es/  
www.preventcare.org

# Gestión Profesional

## Cumplir protocolos, evitar denuncias



Jose María Martínez García\*

**L**os materiales e instrumentos cuya esterilización debe estar garantizada, son todos los materiales y objetos que se emplean en el acto quirúrgico o que permanecen en el campo estéril para su posible utilización. Es necesario hacer hincapié siempre en que el material utilizado en las intervenciones quirúrgicas debe estar expuesto al aire ambiente el menor tiempo posible, debiendo quedar convenientemente resguardado, en sus cajas o paquetes correspondientes, de posibles motas de polvo que circulan por el aire. Ello nos lleva a pensar en los llamados “quirófanos inteligentes” que ya están instalados en diversas clínicas de todo el territorio nacional, sustituyendo progresivamente a las viejas unidades y que, básicamente, consisten en la suspensión de gran parte de los equipamientos del techo para facilitar los movimientos y el establecimiento de iluminación azul o verde consiguiendo una temperatura de color expresamente estudiada para favorecer mayor contraste en los monitores y una correcta visión ambiental.

Un buen gerente de cualquier clínica, aparte de por ley, debe ser responsable de los actos que se realizan en cualquier lugar de ella y vigilar el cumplimiento estricto de los protocolos quirúrgicos. El papel del gestor será también de animador de ellos. La salud de los pacientes y el prestigio de la clínica están en juego. De mi experiencia, y como homenaje particular hacia ellos, puedo añadir, que la gente que trabaja en quirófano, abnegada y sacrificada generalmente al máximo, es la que con más rigor acaba por cumplir todas las normas e impulsa con su energía a toda la organización. El otro gran protocolo de interés en el área de la calidad asistencial es el propiamente básico, el que se genera en cuanto que un paciente se comunica profesionalmente con un médico: la historia clínica de calidad. Podría ser definida como aquella que logre la finalidad para la que ha sido utilizada. Indudablemente, el propósito original de la histo-

ria clínica, y con mucho el más importante, es el asistencial; sin embargo, sus funciones han ido variando y aumentando.

Así, el enorme potencial de información que puede contener este documento, junto con la complejidad de la atención sanitaria actual y la necesidad de justificar documentalmente determinadas actuaciones médicas, han provocado que otras áreas no asistenciales, como la investigación, la docencia y la gestión sanitaria, puedan también utilizar y beneficiarse de la información en ella contenida, y es por esta última razón por lo que me he decidido, a hablar de ella en esta columna y pido disculpas si algún gestor, o candidato a serlo, no está interesado en el tema, como me puede constar en algún caso conocido, pero yo discrepo de esa opinión pues, en caso de incidencias, la responsabilidad es mancomunada con el director médico.

La historia clínica es útil como documento testimonial en procedimientos judiciales o como prueba documental de primer orden en procesos por responsabilidad civil sanitaria. Para los abogados y peritos expertos, lo que quede escrito en la historia será el material fundamental que se utilizará para llegar a la conclusión sobre si la actuación médica fue correcta o no.

La historia clínica, por su carácter preconstituido y básicamente objetivo, será el documento probatorio por excelencia. Muchas de las demandas interpuestas contra profesionales sanitarios no se pueden defender adecuadamente, o la defensa se hace más compleja y costosa, por defectos, tanto en el contenido como en la forma, de la documentación clínica aportada. Existen múltiples factores, tales como la falta de tiempo por sobrecarga asistencial, creciente especialización y fragmentación de los cuidados recibidos por el paciente, escasez y falta de cultura en actividades de revisión, etc., que contribuyen a descuidar la información registrada en la historia clínica. ■

» Los llamados “quirófanos inteligentes” ya están instalados en diversas clínicas de todo el territorio nacional, sustituyendo progresivamente a las viejas unidades.

» Para los abogados y peritos expertos, lo que quede escrito en la historia será el material fundamental que se utilizará para llegar a la conclusión sobre si la actuación médica fue correcta o no.

\*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad y director asociado de Medical Economics.

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## Gerentes autonómicos analizan en Valencia la situación de Primaria

Los responsables de Primaria consideran necesario más recursos y autogestión para promover el necesario cambio cultural en el sector.

**E**l XI Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (Sedap), celebrado en Valencia, ha analizado las diferentes vías con las que cuentan las administraciones para mejorar la situación de la Atención Primaria en España.



De izda. a dcha. Luis Verde, presidente de la Sedap; Luis Rosado, gerente de la Agencia Valenciana de la Salud; Mª José Avilés, presidenta del comité organizador del Congreso.

Rafael Pereiro, vicepresidente de la Sedap, aseguró que “cualquier proceso para abordar la situación debe pasar por un aumento de recursos económicos, humanos y tecnológicos, así como por mejorar la autogestión y la desburocratización; pero también es necesario un cambio cultural para

conseguir retos como la integración entre Atención Primaria y especializada.

Según Cayetano Rodríguez, secretario general del Servicio Gallego de Salud, “la Primaria está en crisis, aunque debemos entender la situación como una oportunidad”. Además, sentenció que “el documento AP21 genera más frustraciones que otra cosa, ya que no aborda los problemas estructurales del sistema”.

Por su parte, Vicente Pastor, director del Área de Atención Ambulatoria del Consorcio Hospital Universitario de Valencia, señaló que “la Comunidad Valenciana trabaja para desburocratizar el primer nivel asistencial” y añadió que “los cambios organizativos para optimizar la Primaria requerirán un nuevo modelo cultural, que es el que más va a costar, pero también el que va a tener mayor impacto”.

Ramón Morera, codirector del Plan de Innovación del Departamento de Salud de Cataluña, aseguró que el reto “es alcanzar un modelo de atención integrada con más autonomía para el profesional”; mientras que Fernando Forja, coordinador del Grupo de Gestión Clínica del Pacto de AP en Andalucía, señaló que su región es partidaria de las unidades de gestión clínica y de “desarrollar una carrera profesional para los directivos de Atención Primaria”. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

# cristalmina

ANTISEPTICO CON  
GLUCONATO DE  
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico  
transparente, eficaz,  
seguro y rápido

#### PROSPECTO DE CRISTALMINA

**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 1 g. Excipiente: Alcohol bencílico. Polisorbato 80. Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungistático. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, flegmas recientes, prevención de infecciones en llagas por decúbito; Desinfección de la piel en prolapso de la piel en prepucio. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvase de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLOGÍA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya gozado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRESENTACIONES:**  
Cristalmina solución 1% ..... envase 500 ml  
Cristalmina solución 1% ..... envase 125 ml  
Cristalmina solución 1% ..... envase 25 ml  
Cristalmina solución 1% monodosis

**OTRAS PRESENTACIONES:**  
Cristalmina film 1% gel ..... envase 100 g  
Cristalmina film 1% gel ..... envase 30 g  
Cristalmina Plus solución 1% ..... envase 30 ml

Info **S**alvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

**S**  
**SALVAT**  
innovación y actividad

# Gestión de Calidad: Medio Ambiente

## Respuestas a sus preguntas sobre...



Elisa Herrera Fernández\*

### Riesgos para el medio ambiente

#### ¿Qué daños pueden ocasionar las sustancias peligrosas en el medio ambiente?

La introducción en el medio ambiente de cualquier contaminante, es decir, cualquier sustancia con potencial para provocar daños, irreversibles o no, en el medio ambiente, provoca un daño ecológico. Para que podamos hablar de contaminación es necesario que el agente se introduzca por encima de la capacidad del medio para eliminarlo. No es, pues, una cuestión sólo de qué productos y/o sustancias se introducen, sino de su cantidad.

La proliferación de las sustancias tóxicas y sus residuos en el medio suponen un desequilibrio grave en el ecosistema, hasta el punto de que puede llegar a imposibilitar la vida de las especies existentes. El agua, el aire y el suelo, son los tres medios susceptibles de ser contaminados.

Las actividades antropogénicas son la principal causa de los cambios en el medio ambiente, que en ocasiones son de gran importancia y que a la larga van en detrimento de los propios seres humanos, ya que acaban con los bienes y servicios que se obtienen de la naturaleza, afectando tanto al presente como a las futuras generaciones que ya no podrán disfrutar de éstos (precisamente ésta es la esencia del concepto de “desarrollo sostenible”).

### Ecosistema

#### ¿Qué tipo de daños pueden ocasionar las sustancias peligrosas en el ecosistema?

Las sustancias tóxicas pueden provocar daños graves en los ecosistemas, en particular cuando afectan a especies más susceptibles que los seres humanos a los efectos tóxicos de dichas sustancias, que desgraciadamente son la mayoría, pues

no olvidemos que actualmente nosotros vivimos más rodeados que nunca de sustancias químicas.

Las emisiones atmosféricas y vertidos de sustancias tóxicas y peligrosas suponen un riesgo para el medio ambiente, pues pueden llegar, si se introducen determinadas cantidades, a afectar a la calidad del agua y del aire, al ciclo de los nutrientes, a la contaminación del suelo, el clima (caso de la lluvia ácida), etc. En la actualidad, existe un alto grado de control de emisión de sustancias tóxicas y sus residuos, de acuerdo con la legislación ambiental vigente. Por ello podemos afirmar que la contaminación al medio se produce o por acciones ilegales (pudiendo llegar a la calificación de delito penal) o por accidentes (incendio, roturas sistemas de seguridad, entre otros).

Además de los efectos agudos producidos principalmente por accidentes, existen otros riesgos denominados efectos encadenados y que conllevan la persistencia y capacidad de bioacumulación de las sustancias tóxicas. Este fenómeno consiste en el transporte de la sustancia a través de algún medio (suelo, agua subterránea, agua superficial, sedimentos, aire y cadenas alimentarias, etc.).

### Plan de gestión ambiental

#### ¿Por qué es necesario contar con un plan ambiental?

Resulta indispensable contar en nuestros centros médicos con un plan de gestión ambiental que incluya la puesta en práctica de medidas de protección y seguridad, habida cuenta del frecuente uso en el sector sanitario de las sustancias tóxicas y peligrosas. Es la única vía efectiva para evitar con eficacia los riesgos que para el medio ambiente existen por la utilización de dichas sustancias. ■

» La introducción en el medio ambiente de cualquier contaminante, es decir, cualquier sustancia con potencial para provocar daños, irreversibles o no, en el medio ambiente, provoca un daño ecológico.

» Las actividades antropogénicas son la principal causa de los cambios en el medio ambiente, que en ocasiones son de gran importancia y que a la larga van en detrimento de los propios seres humanos.

\*Experta jurídica en Derecho Ambiental.  
Para contactar: elisa.herrera@orange.es

## La comunicación médico-paciente mejora la calidad de la atención

José María Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, impartió una conferencia sobre la importancia que tiene el diálogo con el paciente.

La comunicación entre el médico y el paciente fue uno de los temas que se trataron en el Curso anual de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC), de carácter internacional, celebrado recientemente en el extraordinario marco de los Baños Termales de Montbrío del Camp, en Tarragona. Durante la disertación, que estuvo a cargo de José María Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, bajo el título *Aprendiendo de los pacientes, su percepción de la calidad*, se puso de manifiesto el importante potencial que tiene la consulta médica y el diálogo con el paciente.



Victor García (izda.) junto a José María Martínez.

El conferenciante señaló que hay que tener en cuenta que el principal cambio que ha sufrido la relación médico-paciente se debe a que el papel pasivo de éste frente al médico ha pasado en la actualidad a ser mucho más activo y reclama al profesional sanitario que esté más formado en habilidades de comunicación.

En la exposición quedó claro que la comunicación entre médico y paciente mejora siempre la calidad de la atención, reduce las quejas y demandas por malpraxis y humaniza la Medicina. Se dedicó también una jornada al desarrollo empresarial de las clínicas y proveedores de este sector en continuo crecimiento. En el acto de la SEMCC, sociedad que, además, conmemoraba este año el X Aniversario, y aglutina a más de 500 asociados de toda España, profesionales médicos del mundo de la Estética y la Cirugía Cosmética, también participaron ponentes de gran relieve profesional en el área empresarial de la Sanidad, como Luis Pareras, del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y colaborador de MEDICAL ECONOMICS; José Antonio Martín, de Mediclinic; Josep María Fàbregas, de Ogilvyone Worldwide, y el propio presidente de la SEMCC, Victor García, que trataron aspectos como la creatividad, los modelos de innovación sanitaria, la experiencia de las *retail clínicas* o las modernas aplicaciones informáticas que facilitan el desarrollo profesional. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

**dertrase**<sup>®</sup>  
POMADA

Complejo enzimático  
(Tripsina y Quimotripsina) que permite  
una proteólisis de amplio espectro



Acción desbridante con efecto  
antiséptico de amplio espectro

**DERTRASE<sup>®</sup> pomada.** Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido l-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofurural (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decubito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE<sup>®</sup>, se utilice tópicamente otro tipo de preparados. Interacciones: No se han descrito. Efectos secundarios: En los pacientes hipersensibles al nitrofurural, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

Info **Salvat**  
900 80 50 80  
info@salvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
innovación y salud

# Tribunales

## El anestesista se ajustó a la 'lex artis'



Miguel Fernández de Sevilla\*

### Tribunal Supremo

Sala de lo Civil,  
Sentencia del 12 de febrero  
de 2008

### Hechos

Don X, no estando contento con el aspecto de su nariz, decidió someterse a una operación de cirugía estética en una clínica madrileña, la cual fue llevada a cabo por el doctor Rosendo, asistido por el anestesista, el doctor Enrique. El paciente, llegado el día de la operación, ingresó en perfecto estado de salud y fue intervenido bajo anestesia, el general con la exclusiva atención, cuidado y responsabilidad del anestesista.

A pesar de todos estos cuidados, el paciente, sin esperarlo, sufrió un vómito y, debido a la falta de reflejos de la glotis, al no haber recuperado la respiración espontánea, se produjo una aspiración masiva del propio vómito y el consiguiente bronco espasmo, a resultas del cual permaneció más de cuatro minutos con hipoxia, lo que le produjo un estado de coma vigil irreversible, dejándolo en vida vegetativa.

### Fallo

Las sentencias del Juzgado de Primera Instancia y de la Audiencia Provincial desestimaron la demanda, señalando la última que la actuación del anestesista no es de resultados, sino de medios, de actividad en cuanto tendente a facilitar medios y propinar estados insensibles al dolor para facilitar la realización de actividades de diagnóstico quirúrgicas y terapéuticas. Se recurrió en casación por infracción de los artículos 1.902 y 1.104 del Código Civil, con la finalidad de hacer prevalecer la actividad probatoria realizada en un juicio de faltas previo, en

detrimento de la realizada por la Audiencia Provincial. El recurso de casación fue desestimado.

### ANÁLISIS: La Medicina, ciencia de resultados

En primer lugar, hay que decir que nos encontramos ante uno de los supuestos que marcan la excepción a la regla general de que la Medicina es una ciencia de medios y no de resultados, que son la cirugía estética, la vasectomía y los implantes dentales, en donde se exige al médico un resultado previamente pactado. Sin embargo, la acción no se dirigió contra el cirujano, sino contra el anestesista, con lo cual no se puede incluir el caso presente entre las excepciones mencionadas y tenemos que seguir hablando de culpa extracontractual en vez de contractual. De igual forma, se rechazó la teoría de la culpa virtual, que exige que sea el médico quien pruebe que su actuación se ajustó a *lex artis ad hoc*.

El Tribunal Supremo aceptó que la conducta del anestesista se ajustó a la *lex artis ad hoc*, partiendo de que la obligación del mismo era de medios y no de resultados, y que el resultado, aun siendo desproporcionado, en el sentido de que no era el esperado en una intervención de esta clase, no determina la responsabilidad del anestesia, sino sólo la exigencia de una explicación coherente acerca de las causas de la importante disonancia existente entre el riesgo inicial que implicaba la actividad médica y la consecuencia producida. Y fue clara la explicación del daño, por lo que no se puede establecer un criterio de imputación, tanto al amparo del artículo 1.902 como del 1.104 del Código Civil, relativo a la diligencia necesaria por la naturaleza de la obligación, según las circunstancias de persona, tiempo y lugar. ■

» El Tribunal Supremo aceptó que la conducta del anestesista se ajustó a la *lex artis ad hoc*, partiendo de que la obligación del mismo era de medios y no de resultados.

» Se rechazó la teoría de la culpa virtual, que exige que sea el médico quien pruebe que su actuación se ajustó a *lex artis ad hoc*.

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

Para contactar: mfernandezmor@terra.es

## 'La industria farmacéutica debe cambiar su forma de operar'

Antoni Esteve analizó la situación del sector farmacéutico en un encuentro organizado por PricewaterhouseCoopers en Madrid.

**E**l presidente de la farmacéutica Esteve, Antoni Esteve, participó recientemente en el foro "Reflexiones sobre el sector farmacéutico", que organizó PricewaterhouseCoopers, y que contó con la asistencia de importantes personalidades del sector.



Antoni Esteve.

Esteve comenzó su intervención dejando claro que la industria farmacéutica "debe cambiar la manera de operar y debe preguntarse si el modelo de gestión que en el pasado ha dado tantos éxitos es bueno para el futuro", para luego insistir en soluciones como que "hay que recortar plazos, porque las patentes tienen poca vida y en consecuencia las empresas innovadoras disponen de poco tiempo para recuperar las inversiones".

A continuación, el ex presidente de Farmaindustria explicó el plan Esteve 2015. "Hace unos años en Esteve nos dimos cuenta de que no se puede seguir con el mismo modelo. Ha llegado un momento que requiere una evolución, porque el entorno ha cambiado". De esta forma, en 2005 la empresa empezó un ejercicio de visión que bautizaron como Esteve 2015, con unos objetivos clave, y basado en diferentes premisas, como que el crecimiento del mercado occidental se ha frenado (ya no lo hace a dos dígitos), o la creciente presión que existe para pagar el medicamento a cargo del Estado.

Dentro de estas premisas, en las que Esteve dijo que "se pueden encontrar las respuestas", también están las oportunidades que "pueden generar los mercados emergentes y los genéricos, que está previsto que tengan un crecimiento de dos dígitos".

Otro punto de partida importante, sobre todo para las farmacéuticas "medianas", es ser conscientes "de la exigencia de capitales importantes para mantenerse dentro del sector", y por eso cree importante poder crecer empresarialmente para poder responder. De igual forma la deslocalización va a ser un factor a tener en cuenta, "y habrá que buscarse la vida y aprender a dirigir los esfuerzos". ■

A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.



el apósito de espuma que mim a la herida y su entorno



Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

Info **S**alvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

**S**  
**SALVAT**  
innovación y calidad

# Capital Riesgo

## Errores que hay que evitar



Luis G. Pareras\*

» Durante la negociación el emprendedor debe convencer al inversor de su grado de implicación en la iniciativa, negociar penalizaciones para él mismo y su equipo en caso de darse esta circunstancia.

» La protección de la propiedad intelectual es, lógicamente, un punto importante para el emprendedor, pero el acceso a la información lo es en igual medida para el inversor.

Los errores fundamentales que cometen los emprendedores sanitarios durante la negociación con el capital riesgo son:

**Inflar demasiado los beneficios.** Es una tentación muy comprensible, dado que la valoración de la compañía depende en última instancia de estos beneficios, y mediante esta estrategia los emprendedores tratan de conseguir una valoración más alta y, con ello, la necesidad de ceder menos porcentaje de propiedad de la *start-up* a los inversores. Los inversores conocen perfectamente esta tendencia y corrigen adecuadamente ese optimismo de los emprendedores que, si caen en este juego, ven comprometida la creación de una relación de confianza adecuada.

**Ocultar información.** Todos los detalles del proyecto (técnicos, científicos, patentes, etc.) deben ponerse a disposición de los inversores con un grado de profundidad suficiente como para permitirles hacerse una idea del potencial de la idea y de sus posibles riesgos. La protección de la propiedad intelectual es, lógicamente, un punto importante para el emprendedor, pero el acceso a la información lo es en igual medida para el inversor. La relación debe estar basada en la confianza, y en todo caso, sin pretender que el riesgo sea cero, ya hemos visto que la necesidad de tener una buena credibilidad por parte del capital riesgo frente a futuros emprendedores hace muy raro el engaño.

**Tratar de “ganar” en lugar de “cooperar”.** Si el emprendedor gana, el inversor gana, y viceversa. El emprendedor debe acostumbrarse a esta visión de la negociación para obtener el mejor resultado. Debe tenerse en cuenta que en caso de recibir la financiación, la relación con el inversor va a ser muy prolongada en el tiempo, y el mejor momento y lugar para entablar una buena relación de confianza es ya durante la negociación.

**No ser realistas con respecto a la valoración de la compañía,** y pretender forzar una

valoración tan por encima de la realidad que limite el retorno a la inversión para el capital riesgo. Lo que para el emprendedor es probablemente el proyecto de su vida, para el inversor es uno más de los proyectos que está analizando esa semana.

**Pretender dejar de “remar en la dirección correcta”** tras haber recibido la financiación, cambiando la estrategia. Durante la negociación el emprendedor debe convencer al inversor de su grado de implicación en la iniciativa, negociar penalizaciones para él mismo y su equipo en caso de darse esta circunstancia.

**Pretender utilizar el dinero recibido de forma inapropiada.** La clave está en definir el término inapropiado. Ambas partes suelen diferir en esta definición, pero el sentido común nos dice que aumentar los sueldos de manera desproporcionada o utilizar la compañía para mejorar el nivel de vida del emprendedor es claramente un uso indebido de ese capital recibido, que debe destinarse únicamente a financiar el crecimiento de la *start-up*.

Debemos ser conscientes de que durante la negociación se sientan las bases del acuerdo, pero los inversores necesitan estudiar a fondo la compañía antes de comprometerse a financiarla, en lo que se conoce como el proceso de *due diligence*. Esta investigación a fondo, más reglada y exhaustiva, se realiza una vez que ambas partes ven que el acuerdo es posible y que merece la pena el esfuerzo. Por ello, todos los términos pactados están sujetos a que no aparezca ninguna sorpresa durante esta fase de análisis y que los datos aportados por los emprendedores se confirmen como correctos y veraces. Es frecuente que durante esta fase ambas partes se garanticen un período de exclusividad, durante el cual el emprendedor no puede negociar con otras compañías de capital riesgo. Esto es necesario porque, al invertir tiempo y recursos en el análisis de la operación, el inversor no quiere arriesgarse a que todo ese esfuerzo sea en vano ante la aparición de otro inversor que se adelante. ■

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

## Europa necesita unificar criterios en Formación Médica Continuada

*Expertos reunidos por la Fundación Lilly consideran vital que la Unión Europea unifique los criterios en la formación continuada que reciben los médicos.*

Los países de la Unión Europea deben unificar los criterios de calidad de la Formación Médica Continuada (FMC) que reciben los médicos. Así lo han demandado los expertos que se han reunido en con motivo de la 4ª Jornada MEDES “La publicación Médica en Español. Contribución a la formación médica continuada”. Dada la movilidad de los médicos dentro de la Unión Europea, y el deseo de muchos de ellos de asistir a conferencias en el extranjero, es muy importante que la



Felipe Chavida (izda.), presidente de Idepro, junto a José Antonio Gutiérrez y José Antonio Martínez Pérez.

calidad de la formación médica continuada que se ofrece sea similar en los diferentes países”, señaló el doctor Ian Starke, director de desarrollo profesional del Royal College of Physicians de Londres. Esta misma opinión la comparte el doctor José Antonio Gutiérrez, director de la Fundación Lilly, quien matizó que la armonización de la formación médica “es básica en un mercado abierto con movilidad ilimitada de profesionales por lo que debe ir siempre acompañada de un sistema homologado de acreditación”.

José Antonio Martínez Pérez, director de Idepro y de la revista DPM, aseguró que “la FMC es una responsabilidad ético-profesional del médico, que debe estar orientada a satisfacer las necesidades formativas detectadas por los profesionales, con visión de incorporar habilidades centradas en la práctica. Y añadió que, “la Administración no debe de intervenir directamente en la FMC ni en su acreditación, delegando esta función en los entes profesionales. Su papel debe ser el de árbitro, vigilante y de control de la FMC, por lo que debe proporcionar a los profesionales herramientas o metodología que les ayuden en su desarrollo como médicos”. ■



A ti, que das la piel por tus pacientes  
Salvat la da por ti.

**SureSkin<sup>®</sup> II**   
APÓSITOS HIDROCOLOIDES DE 2ª GENERACIÓN

FINANCIADO POR LA SEGURIDAD SOCIAL



El Apósito Hidrocoloide tan flexible y adaptable como la piel

Info  **Salvat**  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

  
**SALVAT**  
innovación y calidad

# medical finders

“de médico a médico”



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

¿Está dispuesto a mejorar?

[www.medicalfinders.es](http://www.medicalfinders.es)

Medical Economics

# Chequeo autonómico



# Castilla-La Mancha

# Una Atención Primaria de calidad

*La Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha apuesta por la formación continuada, la docencia y la investigación como actividades que mejoran las competencias de los profesionales y, por tanto, elementos esenciales para la consecución de una atención sanitaria de calidad.*

## Editor

Manuel García Abad

## Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

## Coordinador editorial

Enrique González Morales

## Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

## Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

## Producción

José Luis Águeda Juárez

## Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

## Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

## 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

## IV Entrevista a Fernando Lamata, consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha

“La investigación es el futuro y para eso hemos desarrollado nuestro plan de investigación con horizonte 2010, donde queremos multiplicar la apuesta investigadora”.

## VI Reconocimiento profesional e impulso a la I+D+i

El Plan de Investigación en Ciencias de la Salud 2008-2010 pretende impulsar el reconocimiento profesional de los científicos y la formación de investigadores.

## IX Apuesta por la autonomía del paciente

La nueva normativa pretende considerar el principio de autonomía de la persona como eje básico de la labor clínica y asistencial.

## X 4.000 familias ya reciben ayudas

Castilla-La Mancha ocupa el cuarto puesto en concesión de ayudas familiares para el cuidado de personas dependientes, según los últimos datos del Imsero.

## XII Cómo mejorar la calidad de la atención sanitaria

El programa Ikonos permite que las pruebas radiológicas realizadas en cualquier centro sanitario de la comunidad sean accesibles a cualquier profesional perteneciente al Servicio de Salud.

## XIV Las cifras de la Sanidad castellano-manchegas

El Gobierno de Castilla-La Mancha destina 1.343 euros por habitante y año en gasto de salud, lo que arroja un gasto total de 2.645 millones de euros en 2008.

## XV Entrevista a Juan Alfonso Ruiz Molina, director gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

“Tenemos una experiencia piloto de autogestión, con objetivos marcados de rapidez, calidad de la asistencia, eficiencia en el gasto, etcétera”.

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

# Impulso a la salud, formación e investigación



El presidente de Castilla-La Mancha, José María Barreda, presentó la maqueta de la nueva Ciudad Sanitaria de Toledo, que ya se encuentra en fase de construcción.

Con la creación de la Consejería de Salud y Bienestar Social, la política sanitaria de Castilla-La Mancha cobra una nueva dimensión, pilotada por Fernando Lamata, un veterano en estas lides. Buen reflejo de ello es el proyecto de la Ciudad Sanitaria de Toledo (cuya maqueta se reproduce en esta página), ejemplo del impulso que la salud, la formación y la investigación están tomando en la región. Y, como acción complementaria a lo anterior, la apuesta por la autonomía del paciente, con una nueva ley que ampliará sus derechos y los de los profesionales, y la implantación de las tecnologías de la información y comunicación, en especial la telemedicina, como elemento esencial para mejorar la calidad de atención sanitaria. Otro ejemplo de esa renovada dimensión es la aplicación de la Ley de Dependencia, tarea que precisará hasta su culminación de un gasto de 1.200 millones de euros para ayudas. De momento, 4.000 familias castellano-manchegas ya las reciben.



**Fernando Lamata Cotanda,**  
Consejero de Salud y Bienestar  
Social de Castilla-La Mancha.

## ENTREVISTA

## “Los derechos de los profesionales serán reconocidos por ley”

*La futura Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Materia de Salud de Castilla-La Mancha recogerá derechos de los profesionales sanitarios como la confidencialidad, el respaldo de la Administración, el respeto y su protagonismo.*

**PREGUNTA:** *Unir salud y bienestar social en una sola consejería, ¿fue idea suya?*

**RESPUESTA:** Fue un planteamiento del presidente José María Barreda para que en este momento de dificultad económica pudiéramos garantizar y seguir mejorando las prestaciones sociales. La Consejería de Salud y Bienestar Social tiene una dimensión muy importante, pues se lleva el 40 por ciento del presupuesto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

**P.** *Recientemente se ha aprobado un plan estratégico para impulsar la investigación científica. ¿Qué principios lo inspiran?*

**R.** El reto de la investigación en Castilla-La Mancha es muy importante. La región tiene una atención sanitaria de máxima calidad, una red asistencial muy bien desarrollada, pero tiene carencias en investigación. La investigación es el futuro y para eso hemos desarrollado este plan de investigación con horizonte 2010, donde queremos multiplicar la apuesta investigadora. Vamos a crear dos nuevos institutos de investigación, uno con base en Toledo y otro en Albacete; vamos a dar un impulso a la formación de investigadores y la creación de plazas de investigadores a tiempo completo, y crear redes de investigación traslacional. En esta apuesta invertiremos 148 millones de euros, y estamos viendo la coordinación con la Universidad de Castilla-La Mancha para crear una facultad de Medicina y otra de Farmacia, que se sumarán a esos grandes retos de la investigación en nuestra región.

**P.** *¿Cuáles son los objetivos y ejes centrales de dicho plan?*

**R.** Hay ejes importantes en el ámbito de la salud pública. Sabemos que las enfermedades del siglo XXI son las enfermedades crónicas, y hemos de hacer una apuesta importante por la prevención de estas enfermedades, lo que requiere identificar factores de riesgo. Por ejemplo, acabamos de hacer un estudio sobre la prevalencia de diabetes oculta y hemos encontrado que hay un 7 por ciento de la población, unas 30.000 personas mayores de 30 años, que tienen diabetes y no lo saben. Otra prioridad es la investigación en trastornos mentales, y otra línea muy importante son las lesiones medulares, que centralizamos en el Centro Nacional de Parapléjicos, que cuenta con 80 investigadores a tiempo completo. Otro esfuerzo importante lo haremos en el ámbito de la mastocitosis, que tiene dificultad de diagnóstico y tratamiento.

**P.** *El plan habla de la gestión de los profesionales. ¿Cómo se concreta?*

**R.** Tenemos que apoyar a los profesionales para que puedan hacer buena investigación. Y ese apoyo tiene que ver con la creación de unidades en cada área sanitaria para que colaboren en la gestión de los programas de investigación. A su vez, estas unidades hacen apoyo metodológico, apoyo en los sistemas de información y en la tramitación de los proyectos. Se trata de descargar al investigador de tareas administrativas. Por otra parte, los investigadores participarán en las decisio-

» La Consejería de Salud y Bienestar Social tiene una dimensión muy importante, pues se lleva el 40 por ciento del presupuesto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

» La investigación es el futuro y para eso hemos desarrollado este plan de investigación con horizonte 2010, donde queremos multiplicar la apuesta investigadora.

nes que van a afectar a su trabajo, tanto en la elección de líneas estratégicas como en la organización del equipo, etcétera.

**P.** *También hay participación ciudadana en la gestión de los recursos sanitarios, según evidencia una experiencia piloto que está en marcha en Puertollano. ¿No suena a algo revolucionario?*

**R.** Realmente se puede calificar de revolucionario. Se trata del Consejo del Área Sanitaria de Puertollano, una especie de consejo de administración, donde se participa en la orientación del 80 por ciento de las decisiones que se van a tomar en esa área sanitaria. Tiene, por tanto, implicación económica y en la organización de los servicios. Igual que los profesionales, los usuarios de los servicios de salud incorporan sus opiniones a ese debate, y luego la gerencia del área sanitaria realiza esos programas. Hasta ahora, la experiencia, que lleva en marcha dos años, es positiva, recibiendo importantes premios internacionales. Si el resultado mantiene esos niveles de calidad en los dos próximos años, extenderemos el modelo a todas las áreas sanitarias de la región.

**P.** *¿Y cómo se selecciona a esos ciudadanos?*

**R.** La selección de la participación ciudadana se hace a través de las asociaciones de consumidores, de pacientes y de vecinos. Estas organizaciones, según nuestra Ley de Salud, ya están representadas en los consejos de salud, pero lo que pasa es que ahora sólo son consejos asesores, y con la experiencia de Puertollano se añade la función ejecutiva.

**P.** *Una futura ley, en fase de anteproyecto, regulará los derechos y deberes de los pacientes en Castilla-La Mancha. ¿Qué aporta como innovación?*

**R.** La Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Materia de Salud tiene dos cosas innovadoras: que hablamos no sólo de los derechos de los pacientes, sino también de sus deberes, y de los derechos de los profesionales. Entre los deberes de los pacientes o usuarios habría que señalar la utilización responsable de los servicios sanitarios (por ejemplo, hay una utilización exagerada de los servicios de urgencias) y el cuidado responsable de su salud, que pasa por llevar una dieta saludable y la automedicación.

**P.** *¿Y cuáles son los derechos de los profesionales?*

**R.** Hay en la ley todo un capítulo dedicado a este tema. Y sus derechos pasan por tener derecho a unos medios de trabajo, a la confidencialidad de su ejercicio profesional y al respaldo de la Administración, a una atención adecuada, a un respeto, a una consideración y a un protagonismo, concepto éste que se incorpora como novedoso.

**P.** *La Ley de Dependencia se ha convertido en una prioridad política de su departamento...*

**R.** La Ley de Dependencia es el reto más importante y de mayor calado para los programas sociales de cara al primer tercio del siglo XXI con el fin de mejorar la calidad de vida de los españoles, en general y de los castellano-manchegos, en particular. Se trata de transformar en derecho subjetivo lo que antes era una prestación graciable. Y esto requiere una importante financiación, no solamente para ayudas directas, sino también para el desarrollo de plazas residenciales, de centros de día, programas de atención domiciliaria y de teleasistencia y, en algún caso, de prestación económica al entorno familiar.

**P.** *Supongo que la atención a la dependencia está contemplada en el Plan de Salud y Bienestar Social 2011-2020 que su consejería proyecta...*

**R.** Por supuesto. El plan pretende ir hacia un modelo de atención sanitaria integral a los ciudadanos, y ahí Castilla-La Mancha quiere ser una referencia nacional. Ante la que se nos viene encima, como las enfermedades mentales, que van a afectar, en distinto grado, a tasas de población por encima del 20 por ciento; la diabetes, que afectará a uno de cada diez ciudadanos; enfermedades reumáticas, neurodegenerativas y cardiovasculares que se cronifican. Ante ese panorama la respuesta del sistema sanitario tiene que cambiar. El paradigma del curar tiene que dar paso al paradigma del cuidar. Aquí aparece el espacio sociosanitario en el que al enfermo no se le dará el alta, pues ha de vivir con su enfermedad a lo largo de su vida, enfermedad a la que hemos de atender. Y a ese paradigma tendremos que responder en el Plan de Salud y Bienestar 2011-2020. El próximo año haremos todos los análisis: científicos y epidemiológicos; en 2010 dibujaremos las conclusiones y, al año siguiente, comenzará la vigencia del plan. ■

## Plan de Investigación 2008-2010

# Reconocimiento profesional e impulso a la I+D+i

*El Plan de Investigación en Ciencias de la Salud 2008-2010 pretende impulsar el reconocimiento profesional de los científicos y la formación de investigadores.*

**D**esde las transferencias sanitarias, en 2001, el Gobierno de Castilla-La Mancha ha financiado, con 10,5 millones de euros, un total de 337 actuaciones en materia de investigación en Ciencias de la Salud y Biomedicina, de las que 83 son proyectos de este año que cuentan con una inversión de 3,2 millones. El número de investigadores participantes de la región ronda los 700.

A esas cifras se unen centros de investigación promovidos por la Consejería de Sanidad (hoy de Salud y Bienestar Social) en el período 2001-2003. Entre ellos destacan la Fundación para la Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (Fiscam), que para este año dispone de un presupuesto de 5,6 millones de euros; la Fundación del Hospital Nacional de Parapléjicos, que cuenta con el mayor número de grupos de investigación en España trabajando en la reparación de lesiones de la médula espinal; y el Centro Regional de Investigaciones Biomédicas, con un centenar de profesionales en plantilla: la mitad investigadores y 30 becarios.

Todos esos centros, y algunos más, se beneficiarán del desarrollo del Plan de Investigación en Ciencias de la Salud 2008-2010, dotado con un presupuesto global de 148 millones de euros y que seguirá las prioridades establecidas por la Unión Europea en su 7º Programa Marco de Investigación, y por los distintos planes nacionales y regionales de investigación, desarrollo e innovación.

Dicho plan pretende desarrollar tres líneas estratégicas: la coordinación de la actividad investigadora, el fomento de la investigación y su financiación y gestión. Además, prevé impulsar el reconocimiento profesional de los científicos, la formación de profesionales en

este campo y la creación de dos institutos de investigación.

Uno de esos institutos pivotará en torno al Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), y el otro en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Estos institutos, que deberán ser acreditados por el Ministerio de Sanidad, dispondrán cada uno de un director científico y un órgano colegiado de dirección y su estructura de gestión será independiente de la asistencial, además de contar con un comité científico externo.

Precisamente en Albacete se presentó hace unas semanas la primera Fundación Empresarial de Investigación Biomédica en Castilla-La Mancha. Esta fundación nace con la finalidad de promover y financiar proyectos que se desarrollan en el CHUA, en concreto, investigaciones en curso en el campo de las neurociencias, y permitirá desarrollar las relaciones en-



El número de investigadores participantes de la región ronda los 700.



tre el Servicio de Salud, la industria y las empresas. El Gobierno castellano-manchego se ha comprometido a aportar 30.000 euros anuales a esta entidad.

Respecto a la coordinación de la actividad investigadora, el Plan se orienta a mejorar la definición de prioridades de investigación, el establecimiento de canales estables de comunicación, coordinación y cooperación permanente entre todos los organismos regionales autónomos dependientes de la Consejería de Salud y otras instituciones, y el fomento de la investigación trasnacional, que es aquella que busca la rápida aplicación de los conocimientos adquiridos en beneficio del paciente.

En el apartado de fomento a la investigación, las acciones se dirigen a incentivar la labor investigadora, crear o consolidar unidades de apoyo, formar a nuevos investigadores, mejorar el acceso a la información bibliográfica y documental y fomentar la comunicación social sobre investigación.

Para alcanzar este objetivo se parte de que la formación continuada, la docencia y la investigación "son actividades de desarrollo profesional continuo que mejoran las competencias de los profesionales y, por tanto, elementos esenciales para la consecución de una atención sanitaria de calidad". De ahí que las medidas propuestas se destinen a mejorar las competencias de los profesionales asistenciales e investigadores para el desarrollo de actividades de investigación, y a aportarles el apoyo necesario, los recursos y el reconocimiento para que las iniciativas de investigación sean viables y fructíferas.

### Financiación y gestión

En el tercer capítulo, financiación y gestión, se pretende incrementar los fondos públicos dedicados a la tarea investigadora hasta alcanzar el 0,15 por ciento del PIB regional en 2010, (destinando para ello el 2 por ciento de los presupuestos de la administración sanitaria) mantener y estabilizar las convocatorias de ayudas existentes, conseguir que el sector privado incremente significativamente su inversión en investigación y agilizar los trámites burocráticos que conllevan los ensayos clínicos.

Por otra parte, las normativas emanadas de la Unión Europea han aumentado la complejidad del proceso de gestión de ensayos clínicos, pero también han mejorado la calidad y la seguridad de este tipo de investigación.

Por ello, el Plan de Investigación en Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha anuncia algunas medidas para agilizar esos procedi-

## La actividad investigadora en materia de salud

**E**l importante esfuerzo investigador en materia de salud que se está realizando en Castilla-La Mancha, ha permitido disponer de sólidas estructuras, así como de recursos tanto humanos como económicos, que se glosan a continuación.

**6** centros y entidades de investigación: Centro Regional de Investigaciones Biomédicas, Centro de Estudios Sociosanitarios (CESS), Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha, Fundación Hospital Nacional de Paraplégicos para la Investigación y la Integración, Fundación de Castilla-La Mancha para la Diabetes e Instituto de Ciencias de la Salud de Talavera de la Reina (Toledo).

**2** grandes institutos de investigación, radicados en Toledo y en Albacete, previstos en el Plan de Investigación en Ciencias de la Salud 2008-2010, que cuenta con un presupuesto global de 148 millones de euros.

**17** unidades de investigación.

**72** grupos científicos censados, de los que 32 son emergentes (con una actividad no superior a dos años) y 40 ya consolidados.

**76** investigadores a tiempo completo contratados por la Consejería de Salud.

**337** actuaciones en investigación financiadas con 10,5 millones de euros y en las que han intervenido unos 700 científicos de la región.

**2** proyectos europeos en los que participan investigadores de Castilla-La Mancha. *Nerbios*, que pretende abordar el problema de la regeneración del tejido nervioso desde una perspectiva multidisciplinar, y el proyecto de un sistema de Telepatología. Además, participan en 48 proyectos de ámbito nacional.

mientos, como la elaboración de un manual para la autorización y gestión económica de los ensayos clínicos, la creación y puesta en marcha de una secretaría de apoyo y ventana única y el desarrollo de una herramienta informática de gestión de proyectos de investigación y de ensayos clínicos.

Con todo ello, el proceso de toma de decisiones para la autorización del ensayo clínico adoptado por la Gerencia del Sescam, "se realizará de una forma más participativa, abierta y transparente". A este proceso se podrán incorporar investigadores independientes, exper-

tos de reconocido prestigio en el campo abordado por el ensayo.

Dicho Plan se halla encuadrado dentro del Plan Regional de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación (PRIN-CET) 2005-2010, cuyos objetivos esenciales son: incrementar y mejorar los recursos humanos y las infraestructuras científicas y tecnológicas, mejorar la conexión del sistema de generación del conocimiento con el sistema productivo, promover la innovación empresarial y fomentar la cultura de investigación e innovación entre los ciudadanos. ■

## La formación, una prioridad

La formación continuada de los profesionales sanitarios es, junto al impulso de su capacidad investigadora, una de las prioridades en las que se ha volcado el Gobierno de Castilla-La Mancha desde el traspaso de las competencias sanitarias. Así, el Sescam destinó en 2007 más de cuatro millones de euros a las diferentes actividades incluidas en el Programa de Formación Continuada, en las que participaron cerca de 38.000 profesionales. En este ámbito de la formación continuada y la investigación, en 2007 se consolidó el proyecto de gestión integral del conocimiento, mediante el desarrollo de un entorno virtual específico. Este incorpora ya un Sistema de Organización y Gestión de la Formación *on line* (SOFOS) que incluye un módulo de información y solicitud directa de matrícula para todos los

cursos, tanto de formación presencial como *on line*, ofertados en todos los centros sanitarios, un sistema de teleformación *e-learning* y una biblioteca virtual. El desarrollo de este proyecto ha permitido facilitar el acceso de los todos los profesionales a las fuentes de información y formación, con independencia del lugar en que desarrollen su labor.

Además de las actividades de formación presencial, el Aula Virtual (*e-learning*) ha permitido desarrollar acciones formativas

de alto nivel de complejidad, elevado grado de interactividad, amplia capacidad de seguimiento, facilidad de evaluación y gran capacidad para la mejora continua de la calidad de la formación. Por su parte, la biblioteca virtual del Sescam se puso en marcha en 2005, con un desarrollo creciente que ha permitido alcanzar ya el acceso directo a 1.252 publicaciones periódicas, así como recursos de información aplicable a la investigación y práctica clínica. El Programa de Formación Continuada se complementa con el Servicio de Acreditación de la Formación, puesto en marcha el presente año y cuya gestión la realiza el Instituto de Ciencias de la Salud.

Los médicos y los enfermeros residentes, por su parte, han visto crecer las plazas docentes para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud en casi un 80 por ciento en los últimos seis años, pasando de 190 a 348 en la actualidad. Para el curso 2008-2009, se han incorporado 20 nuevas plazas a la oferta docente de formación sanitaria especializada en la región.

Finalmente, la reciente decisión del Gobierno regional de ampliar la dotación de facultades de Medicina (Ciudad Real) y la de hospitales universitarios (Ciudad Real, Cuenca y Toledo), permitirá abordar tanto el incremento de plazas de Medicina necesarias, como la mayor participación de los centros sanitarios en la docencia universitaria de los grados de Medicina y de Enfermería, conforme a las previsiones de los nuevos planes de estudios para la adaptación al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior prevista para 2010.



El Sescam destinó en 2007 más de cuatro millones de euros a formación continuada.

## Participación ciudadana

# Apuesta por la autonomía del paciente

*Una nueva ley ampliará los derechos de los pacientes y profesionales.*

**P**rofundizar en la seguridad jurídica de los derechos y deberes de las personas en materia de salud es la filosofía que subyace en una nueva norma legislativa elaborada por el Gobierno de Castilla-La Mancha y que se encuentra en fase de anteproyecto. En él se unifican y amplían asuntos tales como el derecho a la intimidad, a la confidencialidad y el acceso a la documentación clínica, el respeto a la autonomía y voluntad del paciente y los derechos de los profesionales. Además de los citados, el anteproyecto de ley regula también derechos relacionados con los servicios asistenciales, la segunda opinión médica y la libre elección de especialista. También se hace referencia al consentimiento informado, a las voluntades anticipadas y a la participación de los ciudadanos en el ámbito de la salud, así como a sus deberes.

La nueva normativa pretende considerar el principio de autonomía de la persona como eje básico de la labor clínica y asistencial. Al respecto, el consejero de Salud y Bienestar Social, Fernando Lamata, comenta: "Se está consolidando el cambio de cultura en la relación médico-

paciente, donde los ciudadanos tienen cada vez más información y responsabilidad sobre su salud y, sin duda, más capacidad de decisión sobre ella".

En esa línea de participación ciudadana, se ha puesto en marcha en Puertollano (Ciudad Real) una experiencia piloto, pionera en España, para que los ciudadanos participen directamente en la gestión sanitaria, no sólo en la gestión de su salud. Los primeros resultados arrojan que en los primeros nueve meses de este año se ha cumplido y atendido el 95 por ciento de las propuestas del Foro de Participación de dicha localidad.

Entre las propuestas que ya son una realidad destacan la puesta en marcha del servicio de triaje (método para la selección y clasificación de los pacientes) en la zona de Urgencias del Hospital Santa Bárbara, la contratación de especialistas en los servicios de Neumología y Reumatología y mejoras en los cambios de citas de consultas. Una experiencia que ha recibido dos premios nacionales en el ámbito sanitario. ■



## Barómetro sanitario

**L**os castellano-manchegos siguen mostrando un mayor interés por la sanidad pública que el conjunto de los españoles, según el Barómetro Sanitario 2007. Así, siete de cada diez consideran que, en general, su servicio de salud funciona bien o bastante bien; de todo el Sistema Nacional de Salud, son los que prefieren, con más de diez puntos de diferencia, elegir un servicio sanitario público a uno privado; y puntúan con un notable alto el equipamiento y medios de los hospitales públicos.

## Ley de Garantías

**L**a Ley de Garantías en Atención Sanitaria Especializada, pionera en Europa, asegura a los castellano-manchegos que los plazos máximos de respuesta en la atención especializada, programada y no urgente, serán de 90 días para las intervenciones quirúrgicas, 15 días para las consultas y siete días para las pruebas diagnósticas garantizadas. Dicha ley otorga al ciudadano el derecho a recibir atención médica en otro centro sanitario a cargo del Sescam si se sobrepasan esos tiempos máximos.

## Ley de Dependencia

# 4.000 familias ya reciben ayudas

*Castilla-La Mancha ocupa el cuarto puesto en concesión de ayudas familiares para el cuidado de personas dependientes.*

**U**nas 4.000 familias castellano-manchegas (la expectativa es que esa cifra pueda quintuplicarse), ya son concesionarias de ayudas familiares para el cuidado de personas dependientes, según los últimos datos publicados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), fechados al 1 de octubre pasado. El dato coloca a Castilla-La Mancha como la cuarta comunidad autónoma por este concepto, por detrás de Andalucía, Cataluña y País Vasco, y muy por delante de otras, como Madrid y la Comunidad Valenciana.

Asimismo, ese dato pone de relieve la importancia que la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia, más conocida como Ley de Dependencia, tiene para el Gobierno que preside José María Barreda y, particularmente, para el consejero de Salud y Bienestar Social, Fernando Lamata, quien comenta que “esto se ha transformado en un derecho social de enorme calado”.

En ese sentido, Lamata ha destacado “el esfuerzo importante que los equipos de valoración y todos los trabajadores que reali-

zan su labor en el Servicio de la Dependencia están llevando a cabo, con el fin de que las personas que solicitan este tipo de prestaciones puedan disponer de ellas lo antes posible”. La dependencia es una política prioritaria de la nueva Consejería de Salud y Bienestar Social.

### Ayudas a la dependencia

Los datos del IMSERSO señalan que un total de 3.933 personas de la región ya están cobrando la ayuda para cuidadores no profesionales en el entorno familiar que establece la Ley de Dependencia. Unas cifras que ponen de manifiesto “la seriedad con la que nos hemos tomado en Castilla-La Mancha la aplicación de esta prestación que, de hecho, es la única nueva que aporta la ley, pues el resto de ayudas y programas que establece se encuentran en marcha en nuestra región desde hace años”, según el consejero de Salud y Bienestar Social.

En la actualidad, unas 50.000 personas en la región se están beneficiando de esos programas, servicios y recursos que establece la ley, en centros residenciales para mayores y personas con discapacidad, centros de estancias diurnas, ayuda a domicilio y teleasistencia.

La Ley de Dependencia se está aplicando de manera gradual en toda España, en un período comprendido entre 2007 y 2015. En estos momentos, se están atendiendo las solicitudes de las personas consideradas grandes dependientes (grado 3, niveles 1 y 2) y los dependientes severos (grado 2, nivel 2). A 1 de octubre pasado, el total de solicitudes registradas se aproximó a las 38.000, de las que el 85 por ciento ya han sido evaluadas por los equipos de valoración de las distintas delegaciones de la Consejería de Salud y Bienestar Social. La aplicación de la Ley de Dependencia en Castilla-La Man-



La dependencia es una política prioritaria de la nueva Consejería de Salud y Bienestar Social.



cha se inició con la contratación de 255 profesionales y precisará hasta su culminación de unos 1.200 millones de euros, que aportarán los gobiernos central y regional. De esa cantidad, 390 millones se presupuesta-

ron para 2007 y en el presente año se destinarán más de 524 millones a la aplicación de la ley. Se calcula que podrían beneficiarse de las ayudas hasta 70.000 personas en la región. ■

### Las cifras de la dependencia\*

Concepto	Número	% Total
Población	1.977.304	4,37
Solicitudes registradas	37.820	6,24
Valoraciones realizadas	32.110	6,27
Dictámenes	28.086	5,83
Total beneficiarios con derecho a prestación	20.870	5,52
Prestaciones reconocidas por cuidados familiares	3.933	5,69
Gasto en el 2007 <sup>(1)</sup>	390	—
Previsión gasto en el 2008 <sup>(1)</sup>	524	—

\* Datos a 1 de octubre de 2008.  
<sup>(1)</sup> Millones de euros.  
Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

### Atención a los mayores

Más allá del desarrollo y aplicación de la Ley de Dependencia, la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha lleva a cabo una cuidada y atenta política hacia las personas mayores. Fruto de la misma resultan los siguientes datos:

- Segunda comunidad autónoma que mayor índice de cobertura ofrece en la atención a las personas mayores, según el Observatorio de Mayores del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, alcanzando el 22,17 por ciento (en este índice de cobertura se incluye la ayuda a domicilio, teleasistencia, plazas residenciales y estancias diurnas).
- En teleasistencia, la cobertura es del 7,91 por ciento, cuando la media nacional se sitúa en el 4,38 por ciento. El perfil del usuario medio de este servicio es una mujer, mayor de 80 años, que vive sola en su domicilio, y entre todos los que lo utilizan, el 83 por ciento son mujeres.
- Se ha duplicado el número de personas atendidas por el servicio de Teleasistencia durante la pasada legislatura. Actualmente, más de 37.000 personas

de benefician de este programa que, además, se ha universalizado a aquellas personas con más de 70 años que vivan solas y que lo soliciten.

- Más de 12.100 plazas públicas en centros residenciales y viviendas, lo que convierte a la región en una de las redes de plazas públicas para la atención a los mayores más extensas de España.
- Y cerca de 2.300 plazas en centros públicos de estancias diurnas.
- El presupuesto del programa de mayores para 2008 se ha incrementado en un 33,2 por ciento con respecto al pasado año, lo que da una idea de la importancia que este colectivo tiene para el Gobierno regional.
- Desde la Consejería de Salud y Bienestar Social se colabora con más de 700 municipios de la región para que el servicio de Ayuda a Domicilio llegue durante este año a más de 29.000 personas.
- El Gobierno regional invertirá más 2.200 millones de euros para la protección social de los mayores y sus familias, dentro del II Plan de Mayores, Horizonte 2011.

## Tecnologías de la Información

# Cómo mejorar la calidad de la atención sanitaria

*El programa Ykonos, internacionalmente premiado, se configura como el futuro de la radiografía y es la base para el desarrollo de la telemedicina en el Sescam.*

**E**l modelo de tecnologías de la información desarrollado por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) ha sido internacionalmente reconocido en varias ocasiones. El pasado mes de mayo recibió el premio que otorga la World Information Technology and Service Alliance (WITSA), la más alta distinción alcanzada por un organismo público de salud español. Y en septiembre le fue concedido el Premio Computerworld Honors Program Laureate, en la categoría de salud, otorgado por esta prestigiosa revista norteamericana especializada en la información tecnológica.

En ambas ocasiones, el reconocimiento lo fue por las soluciones tecnológicas del Sescam diseñadas para mejorar la calidad de la atención sanitaria, concretamente las relativas a la movilidad y accesibilidad para los profesionales y ciudadanos, y representadas en el programa Ykonos, que se comenzó a implantar en 2003.

Ykonos es el sistema de Castilla-La Mancha de imagen médica digital. En toda la región (hospitales, centros de especialidades y centros de salud), la imagen radiológica se encuentra digitalizada. Y su lectura e interpretación la realizan ordenadores diseñados específicamente

para ello. Además, existe un sistema de información que permite asociar cada imagen con su correspondiente informe. Este proyecto permite que cualquier prueba radiológica realizada en cualquier centro sanitario de la comunidad sea accesible a cualquier profesional perteneciente al Servicio de Salud.

Las ventajas que Ykonos reporta al ciudadano son claras: no es necesario repetir pruebas; las pruebas anteriores están siempre disponibles; se puede acceder a esas pruebas desde los centros de Atención Primaria; se reduce el tiempo de espera; y al no ser necesario imprimir la imagen, se reducen gastos.

La aplicación de las tecnologías de la información en Castilla-La Mancha se adentra en los centros de salud mediante la dotación de sistemas informáticos, lo que, a su vez, permite el desarrollo del proyecto Turriano, dirigido a que todos los usuarios del Sescam tengan una historia clínica electrónica (HCE) única, homogénea y accesible desde cualquier lugar de la región.

Turriano cubre tres aspectos esenciales en la gestión de AP: administrativa, clínica y explotación de datos. En gestión administrativa, posibilita la organización de las consultas de los



En todos los centros la imagen radiológica se encuentra digitalizada.

profesionales, permitiéndoles configurar y gestionar sus agendas y las agendas comunes, los usuarios del sistema en sus diferentes períodos y sustituciones y las citas de los pacientes, entre otras tareas. La gestión clínica recoge los antecedentes del paciente, tanto personales como familiares, hojas de medicación, programas de salud, histórico de visitas, etcétera. La finalidad de la explotación de datos es, partiendo de la información que se introduce desde los distintos apartados del sistema, la elaboración de informes para mejorar la gestión y el seguimiento de la actividad asistencial, así como la reali-

zación de estudios de investigación. Turriano conecta con Mambrino XXI, que es el proyecto de historia clínica electrónica de la atención hospitalaria. Su objetivo es la adquisición, desarrollo evolutivo y puesta en marcha de un sistema de información de ámbito regional, multihospital y multicentro, que incluya la HCE única del paciente, así como los aplicativos de Farmacia y Enfermería. Ambos proyectos constituyen la HCE única del Sescam, y su piedra angular es la utilización del código de identificación del paciente (CIP), como clave única del usuario del sistema público de salud. ■

## Acciones en telemedicina

**L**a telemedicina evita desplazamientos del paciente y derivaciones, permite un mayor seguimiento del enfermo, mejora la calidad asistencial de las consultas, facilita el acceso a una segunda opinión, fomenta la cooperación entre Atención Primaria y especializada acercando los servicios a los ciudadanos, facilita la toma de decisiones, repercute favorablemente en la formación médica y reduce lista de espera y recursos derivados del transporte sanitario. He aquí algunas de las acciones que en este campo se hallan implantadas o en proyecto en Castilla-La Mancha.

**Digitalización de la imagen médica radiológica.** Presentada en el E-Health de Gaps-tein (Austria) como el mejor proyecto sanitario de España, ha sido premiada en el Encuentro Europacs, en Trieste (Italia), por la Sociedad Española de Tecnología de la Salud y el Colegio de Informática de Castilla-La Mancha.

**Telerradiología.** Está implantada en todos los hospitales del Sescam, con más de 1,6 millones de estudios y 2,8 millones de imágenes practicadas.

**Radiólogos interconectados.** Más de 120 radiólogos están interconectados para enviar y recibir imágenes médicas y es el único sistema de telerradiología del mundo que envía la imagen y el informe pertinente a los centros de Atención Primaria.

**Reconocimiento de voz.** El Sescam comenzó en 2007 a desplegar en los servicios de radiología de los centros asistenciales de la región un sistema de reconocimiento de voz para la elaboración de informes clínicos, que nace asociado al proyecto Ykonos.

**Teledermatología.** Se desarrolla un proyecto piloto en el Hospital de Ciudad Real en coordinación con varios centros de salud, atendiendo a 446 pacientes, de los cuales un 57 por ciento no fue necesario derivarlos al hospital. Una vez que se depure su aplicación se implantará en el resto de hospitales. En 2007 se vieron desde el sistema de información dermatológica a más de 900 pacientes, obteniendo un archivo fotográfico de más de 1.100 imágenes clínicas.

**Proyecto Serendipia.** Permite la transmisión digital de la imagen microscópica de los estudios tumorales a través de Internet para su mejor estudio por especialistas, independientemente de su procedencia.

**Telemamografía.** En Oncología, se desarrolla una experiencia piloto en España de análisis de imágenes mamográficas (telemamografía), en el Hospital de Toledo. Su aplicación incrementa la seguridad de los radiólogos en la lectura mamográfica, permite solicitar una segunda opinión a un radiólogo más experto en mama y aumenta un 20 por ciento la calidad diagnóstica.

**CITIS (Centros de Innovación en Tecnologías de la Información Sanitaria).** Se están desarrollando diversos sistemas de información cuya base tecnológica es la imagen médica y el tratamiento de la misma asociada de forma clara a un paciente. Estos desarrollos se hacen entre un informático y un médico especialista de un hospital de la región. Entre estos podemos citar: Medicina Nuclear (en el Hospital General de Ciudad Real), Oftalmología (en el Hospital La Mancha Centro) y Aparato Digestivo, Ginecología y Cardiología (en el Hospital Virgen de la Salud).

## Estadísticas 2008

# Las cifras de la Sanidad castellano-manchega

**E**l Gobierno de Castilla-La Mancha destina 1.343 euros por habitante y año en gasto de salud, lo que arroja un gasto total de 2.645 millones de euros en 2008, año en el que el presupuesto inicial dedicado a la Sanidad aumentó casi un 10 por ciento respecto al año anterior. De ese presupuesto, a la atención especializada se dedica más del 55 por ciento y un 39 por ciento a la Atención Primaria.

Cabe señalar el porcentaje de incremento dedicado al capítulo Desarrollo de la Sociedad de la Información, que este año ha significado un 42 por ciento respecto a 2007, así como el aumento del gasto destinado a formación del personal sanitario, que ha experimentado una subida del 24 por ciento.

Castilla-La Mancha, con una población en la que los menores de 15 años suponen el 15 por ciento del total y los que tienen 65 años o más casi el 18 por ciento, cuenta con un total de 5.700 camas hospitalarias, de las que el 80 por ciento pertenecen a su Servicio de Salud (Sescam). El número de médicos supera los 5.770 facultativos, con una ratio de 1.200 por facultativo, y el número de enfermeras alcanza los 6.820. El número de centros de salud se eleva a 195 y los consultorios locales se acercan a los 1.120. ■

## Nueve de cada diez camas hospitalarias son públicas

Dependencia funcional	Nº de hospitales	Nº de camas	% total de camas
Sescam	17	4.581	80
Privados	12	559	10
Otros públicos	4	565	10
<i>Total</i>	33	5.705	100

## Presupuesto de Sanidad 2008\*

Concepto	2007	2008	% variación
Gestión y Adm.	52,2	53,3	2,07
AP	931,2	974,4	4,64
Especializada	1.238,5	1.393,9	12,55
Formación	24,3	30,1	23,97
Desarrollo Soc. Inf.	35,5	50,4	42,03
<i>Total general</i>	2.281,7	2.502,1	9,66

\* Millones de euros.

## Evolución del gasto farmacéutico\*

Año	Aumento gasto (%)
2002	10,98
2003	15,11
2004	4,76
2005	6,42
2006	6,55
2007	6,21

\* Con receta médica.

## Prescripción por principio activo\*

Año	(%)
2005	7,56
2006	7,57
2007	9,86
1 <sup>er</sup> semestre 2008	11,6

\* En incremento con respecto al año anterior.

## ENTREVISTA

# “Nuestros médicos dedican a los pacientes el tiempo necesario”

*El Sescam realiza una experiencia piloto de autogestión en un centro de salud de Toledo “con una implicación de los profesionales hasta el máximo nivel”.*



**Juan Alfonso Ruiz Molina,**  
director gerente del Servicio  
de Salud de Castilla-La Mancha  
(Sescam).

**PREGUNTA:** *¿Cuáles son las especialidades médicas más deficitarias y qué soluciones están tomando para paliar el problema?*

**RESPUESTA:** Nuestro problema de carencia de profesionales es similar al de otras comunidades. En Atención Primaria tenemos las plantillas cubiertas, y el problema se nos presenta en las sustituciones, a pesar de haber incorporado al sistema regional, desde 2002, más de 2.300 facultativos. Y tenemos problemas en algunas especialidades, como ginecología, pediatría hospitalaria, radiología... Para paliar esta situación, hemos adoptado una serie de mejoras en cuanto a las condiciones laborales de los facultativos y las retribuciones, que están dando resultado. También fomentamos el que haya más plazas MIR y les damos estabilidad en el empleo cuando terminan la residencia. Y ese miedo que había al éxodo de profesionales en cuanto abrieran los nuevos hospitales de Madrid, no se está produciendo.

**P.** *¿Contratan médicos extranjeros?*

**R.** Nuestra tasa de profesionales comunitarios es del 4 por ciento. Y hemos hecho visitas a México y a Argentina para hacer una preselección de facultativos; estamos a la espera de que se les homologuen los títulos para incorporarles al Sescam.

**P.** *Los profesionales reivindican participar en la gestión...*

**R.** Sí, en ese sentido tenemos una experiencia piloto de autogestión, con objetivos marcados de rapidez, calidad de la asistencia, eficiencia en el gasto, etc., en un centro de salud de Toledo con unos resultados muy positivos. Recibimos una respuesta muy receptiva por parte de los profesionales, una implicación hasta el máximo nivel. A final de año evaluaremos esta experiencia y se la propondremos al resto de profesionales AP, pues esta fórmula exige menos personal y la tasa de sustituciones disminuye. Estos profesionales serán los formadores de sus compañeros en otros centros de salud.

**P.** *¿Qué prestaciones ha incorporado el Sescam más allá de las mínimas establecidas para el Sistema Nacional de Salud?*

**R.** Lo primero que hicimos fue aumentar el número de especialidades en unas cuarenta, que no existían cuando asumimos las transferencias. Hemos introducido, entre otras, la segunda opinión para determinadas patologías (neurológicas inflamatorias, degenerativas invalidantes, oncología, enfermedades raras y de origen genético) que vamos a ampliar (cirugía cardíaca y otras); tenemos el plan de salud buco-dental para los menores de 15 años y los discapacitados, y damos atención podológica a los diabéticos, siendo la única comunidad que la presta.

**P.** *¿Cuál es el balance de la Ley de Garantías en cuanto a los tiempos máximos de espera?*

**R.** El balance es positivo. Desde que se puso en marcha en 2002, han hecho uso de ella 20.000 pacientes y han solicitado información 65.000. La mayoría de los pacientes a los que se les da la opción de esperar más tiempo o irse a un centro privado, optan por la sanidad pública, o sea, prefieren esperar. Nuestro reto es hacer más campaña, informar más a los ciudadanos para que sepan que tienen una ley que les respalda y puedan hacer uso de ella.

**P.** *¿En qué se basa el modelo de implantación de las nuevas tecnologías y qué proyectos nuevos tiene en marcha el Sescam?*

**R.** El objetivo es poner las tecnologías de la información y comunicación al servicio de la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria. En Castilla-La Mancha somos punteros en el desarrollo de estas tecnologías. Estamos desarrollando proyectos nuevos, dentro de la imagen médica digital, diferentes proyectos en relación con la dermatología, anatomía patológica, medicina nuclear, cardiología y oftalmología. Con la tele-dermatología, por ejemplo, podemos ahorrar muchas consultas al especialista. Otro proyecto es la receta electrónica, cuya prueba piloto estamos ultimando en un barrio de Toledo. ■

Siempre que lo necesites, estamos preparados...  
Dándote la mejor respuesta, velando por tu salud...  
Cuidando de lo que más quieres.

Porque pase lo que pase...  
Aquí estás siempre en buenas manos...

Profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha

# siempre preparados

*para ti*



Castilla-La Mancha



**Premios  
2009**

**Medical Economics**

**V  
Edición**

- ◆ **Medical Economics celebra la V edición** de los galardones que llevan su nombre y que premian a las entidades y organizaciones del mundo de la Sanidad cuya labor ha sido más destacada a lo largo de 2008.
- ◆ **Estos galardones fueron instituidos para reconocer** públicamente a las citadas entidades, considerando en la distribución de las diferentes categorías el lema que rige la publicación, centrada en la información al médico sobre estrategias para la mejor gestión profesional de su ejercicio clínico, con especial preocupación por la atención al paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria.
- ◆ **En la página web de Medical Economics, [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com),** encontrará las categorías que configuran el palmarés de esta edición de los premios, para cuya elección final recabamos su colaboración emitiendo su voto.
- ◆ **La entrega de galardones tendrá lugar en Madrid** el jueves 29 de enero próximo, en un acto que reunirá a todos los sectores profesionales de la sanidad española.

## **IMPORTANTE**

Como lector de **MEDICAL ECONOMICS** le animamos a emitir sus votos antes del 30 de Noviembre a través de la página web de la revista

**[www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)**

Calidad de vida y necesidades  
sociales del colegiado

---

# Así vive el

El Colegio de Médicos de Córdoba ha publicado el estudio *Diagnóstico de las necesidades sociales del colegiado*. Entre los datos que arroja la encuesta, destacan que tres de cada cuatro médicos no disponen de tiempo suficiente para otras actividades aparte de la asistencial, un tercio no puede conciliar su vida profesional y familiar de manera adecuada, y otros tantos tienen algún familiar que requiere asistencia o cuidado por problemas de salud.



# médico

Por Gonzalo San Segundo

**E**n contra de lo que *a priori* pudiera parecer, la calidad de vida de los médicos españoles y sus familias deja bastante que desear, especialmente en lo referente a aspectos como salud, situación laboral y compaginación de la vida familiar con la profesional, según se pone de manifiesto en una encuesta promovida por el Colegio de Médicos de Córdoba de reciente divulgación y que ha dado lugar al estudio *Diagnóstico de necesidades sociales del colegiado*. Por sus características, el estudio carece de antecedentes en España.

La primera cuestión que se aborda, muy en boga, es la conciliación de la vida laboral y familiar. Más de un 30 por ciento de la muestra responde que no puede conciliar ambas de manera adecuada. Los encuestados con edades comprendidas entre 36 y 50 años son los que tienen más dificultades para llevar a cabo ese anhelo, en una proporción de casi dos a cinco. Son las mujeres las que presentan un mayor índice de dificultad, con casi cinco puntos por encima de la media, así como los médicos que trabajan con contrato o interinidad frente a los de plantilla. Y los inconvenientes aumentan si el encuestado tiene personas a su cargo, y más aún si éstas padecen algún tipo de discapacidad.

La sobrecarga laboral es uno de los aspectos que más influye en el deterioro de la unidad familiar, así como en la calidad de

vida personal. Pues bien, el trabajar más de la cuenta es contraproducente o muy contraproducente, en el sentido apuntado, para las tres cuartas partes de los encuestados. Y los que más sufren esa consecuencia son, precisamente, los colegiados que tienen una estabilidad laboral más precaria, como son los contratados y los interinos.

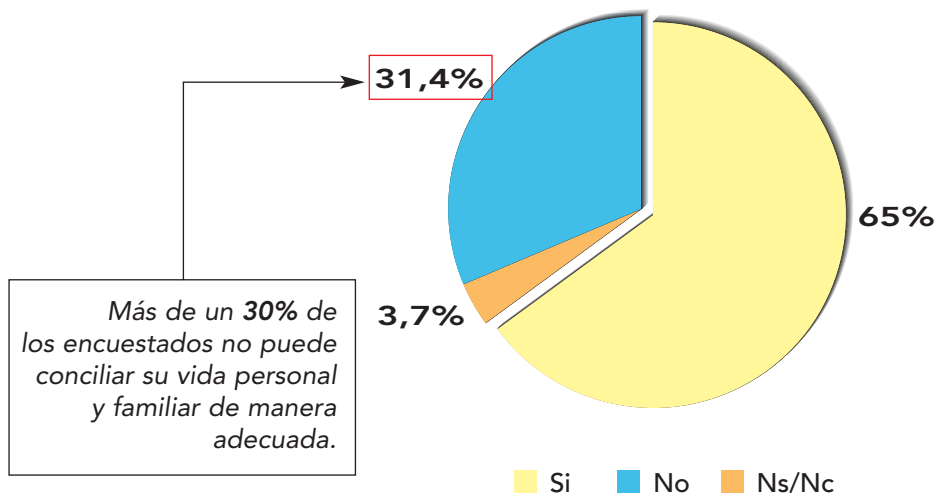
## Demandas

Adentrándose en las derivaciones que supone la carga de la atención continuada, es decir, las guardias, los colegiados se manifiestan mayoritariamente a favor (60 por ciento) de que reciban apoyo para el cuidado de familiares dependientes. Esta demanda es más significativa en las mujeres que en los hombres, y resulta más acusada cuanto menos edad tiene el médico. Así, la respuesta en las categorías de importante o muy importante es del 83 por ciento entre los médicos de hasta 35 años, y del 57 por ciento entre los mayores de 51 años.

Una correlación muy similar se registra ante la pregunta: “¿En qué grado cree importante recibir apoyo por maternidad/paternidad debido a la carga de la atención continuada?” Lo mismo resulta respecto a la asistencia a domicilio por idéntica causa.

En el estudio, los médicos mayores y sus familias adquieren un especial interés. De ahí que los encuestados se manifiesten

## ¿En estos momentos, puede usted conciliar su vida laboral y familiar de manera adecuada?



Fuente: Diagnóstico de necesidades sociales del colegiado. Colegio de Médicos de Córdoba.

Nueve de cada diez médicos creen que se debería dar mayor respeto a su ejercicio profesional y disponer de más apoyo del contratante



Los médicos demandan cursos de idiomas y más apoyo en las publicaciones de tesis doctorales.

abrumadoramente (un 84 por ciento) a favor de la creación de centros de día para ese colectivo como un asunto importante o muy importante. Este grado de preocupación aumenta según la edad, pasando de un 72 por ciento en los médicos residentes a un 87,5 en los jubilados.

En otras cuestiones referidas a la familia, ocho de cada diez colegiados creen necesaria la oferta de pisos asistidos para familiares enfermos o con problemas, nueve de cada diez se inclinan porque haya más residencias para la tercera edad y tres de cada cuatro encuestados valoran como muy importante la existencia de guarderías en los centros de trabajo o cercanas a ellos. Los que más puntúan esta cuestión son, por este orden, los médicos residentes, los jubilados, los que trabajan con contrato o son interinos y los profesionales de plantilla. Y por sexo, es la mujer la que muestra un mayor interés.

En el aspecto laboral, superan el 76 por ciento los que aseguran que durante su jornada laboral no disponen de tiempo suficiente para otras actividades aparte de la asistencial, predominando, en ese sentido, la opinión femenina frente a la masculina, y la de los MIR (61 por ciento) frente al resto.

También hay mayoría absoluta (78,5 por ciento) en lo referente a que para conseguir un

## Cómo apoyar al médico

Los médicos cuyas respuestas han servido de base para realizar el estudio *Diagnóstico de necesidades del colegiado*, aportan sugerencias para solucionar o paliar sus problemas en lo referente a mejorar su calidad de vida. Aportaciones que abarcan las áreas de formación, salud, familia, tercera edad, laboral, asesoramiento y gestión, social e información y participación, y de las aquí se reseñan algunas.

- Actividades que enseñen y ayuden en situaciones de estrés por sobrecarga laboral.
- Ayuda a los estudiantes de Medicina para viajes de formación en hospitales del extranjero en los dos últimos años de carrera.
- Cursos de idiomas y apoyo en publicaciones de tesis doctorales.
- Especial atención a médicos con problemas derivados de patologías crónicas.
- Un PAIME con mayor cobertura de problemas de salud.
- Asistencia domiciliaria a enfermos y familiares.
- Apoyo a las familias desestructuradas, a viudas y huérfanos y familias con discapacitados.
- Guarderías concertadas y canguros por horas.
- Información de los problemas de educación de los hijos.
- Creación de residencias, centros de día y asistencia a domicilio para médicos mayores y familiares.
- Viajes de la tercera edad.
- Apoyo a los problemas laborales.
- Crear una bolsa de trabajo para la mejora de la conciliación en la vida laboral-social.
- Asistencia y consejos en el entorno laboral y contratación.
- Asesoramiento en adquisición de viviendas.
- Seguros colectivos competitivos.
- Defensa y apoyo laboral frente a la Administración ante la carga asistencial y los problemas jurídicos.
- Luchar contra el intrusismo y las operaciones en centros no hospitalarios.
- Apoyar la Plataforma 10 Minutos.
- Centros para la práctica de deporte y campamentos diurnos para niños en verano.
- Compañía sanitaria gratis y cuota colegial simbólica para los médicos de ejercicio público.
- Acuerdos con proveedores de servicios de Internet.
- Respaldo pleno de la Administración.



Un tercio de los médicos españoles no pueden conciliar su vida laboral y familiar de forma adecuada.

suelo aceptable es necesario realizar mucha atención continuada. A este respecto, el asentir de los residentes es total, frente al 82 por ciento de los médicos de plantilla, contratados e interinos. Asimismo, nueve de cada diez consultados creen que se debería dar un mayor grado de respeto al ejercicio profesional del médico y disponer de más apoyo por parte del contratante, ya sea público o privado.

El problema de la salud del médico se aborda también desde posiciones marcadamente mayoritarias. Partiendo de que más de la mitad de los encuestados consideran que el colectivo médico sufre de problemas de adicción a causa del estrés derivado del ejercicio profesional, el 83 por ciento piensan que la creación de un gabinete de apoyo a los problemas de salud de los colegiados sería muy importante. Hay más razones: el 6 por ciento de los médicos sufren de algún problema de discapacidad, y casi cuatro de cada diez tienen algún familiar que requiere asistencia o cuidado por problemas de salud, la mayoría con edades superiores a los 75 años. El estudio del Colegio de Médicos de Córdoba se adentra en el análisis de otras necesidades sociales que reivindican los galenos colegiados. Éstas son algunas, de las que pueden ser apoyadas u ofertadas por los colegios profesionales, por las que los encuestados apuestan de forma claramente mayoritaria: asesoramiento en materia laboral y de seguros, apoyo en la enseñanza de idiomas para los hijos, servicios de bolsa de empleo y promoción de la formación, de las actividades científicas y culturales.

Tras la exposición, más o menos descarada, de la situación real y necesidades, los encuestados se lanzan a solicitar, en forma de sugerencias, un muestrario variopinto de peticiones que ayudarían a mejorar su calidad de vida, tanto personal como familiar, lo que redundaría en una práctica asistencial de mayor calidad (ver el recuadro *Cómo apoyar al médico*). Por pedir que no quede. ■

## Perfil de los encuestados

Los autores de la encuesta, la empresa MB Global, entrevistaron a 360 médicos colegiados, con un grado de confianza en los resultados de la encuesta de un 95 por ciento. Dos tercios de los encuestados fueron hombres y el resto mujeres, con predominio (45 por ciento) de los comprendidos entre 36 y 50 años de edad. La gran mayoría, el 71,5 por ciento, lleva más 16 años colegiado, y se reparten, prácticamente a la mitad, los dedicados a la Atención Primaria y especializada.

El 64 por ciento de la muestra trabaja sólo en el sector público, y casi uno de cada cuatro comparte el pú-

blico con el privado. Casado confiesa estar el 71 por ciento y tres cuartas partes dicen tener hijos. Respecto al número de hijos, el 38 por ciento anota dos, y prácticamente la mitad del total de la prole declarada está comprendida entre los 16 y 30 años. Además, el 16 por ciento declara tener personas a su cargo, la mitad de ellas con discapacidad, y más de una quinta parte vive solo, en parejas solas, en familia reconstituida o en plan monoparental.

Significativo es que más del 62 por ciento de los encuestados confiesa que su pareja trabaja. El 12 por ciento dice no tener pareja.

# ¿Ha visitado NEJM.org últimamente?



Ahora puede acceder, cómo y cuando desee, a los contenidos clínicos más vanguardistas y a las investigaciones de NEJM.

- Los estudios más importantes
- Los artículos de revisión más relevantes
- Recursos que le ahorrarán tiempo
- Información científica de máxima fiabilidad

NEJM.org hace más fácil y más rápido conseguir la información y los materiales que desea.



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

Never stop learning.  
NEJM.ORG



Vea un procedimiento clínico paso a paso: Excelente para revisión o para docencia.



Acceda a una versión de NEJM.org, hecha a medida, para conexión desde cualquier dispositivo portátil.



Cree diapositivas para presentaciones de artículos o imágenes de NEJM con sólo un clic.



Afine sus habilidades de diagnóstico con el "Reto en imágenes": Vea una imagen, formule un diagnóstico.



Ahorre tiempo: Escuche sumarios de artículos de NEJM en su ordenador o en su mp3.

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Representante autorizado de NEJM en España

# Internet y medicina

## La 'blogosfera' médica



Marcial García Rojo\*

» Se ha creado el término "blogosfera" para definir el sistema virtual en el que se establecen comunidades de *weblogs* clasificados temáticamente o por perfiles de interés.

» Entre los hábitos de los participantes en *blogs* médicos, se está extendiendo el uso de referencias a enlaces con las fuentes originales, así como comprobar la veracidad de lo expuesto.

Los *blogs* (abreviatura de *weblog*) o bitácoras son considerados una de las mayores aportaciones al Internet actual, tanto en número de páginas *web* como en creación de nuevos contenidos interactivos. Se estima que cada día se crean 175.000 bitácoras nuevas. La mayoría de las bitácoras permiten que los visitantes puedan dejar comentarios, generalmente ordenados cronológicamente, y fomenten la colaboración entre usuarios.

En 1999 las bitácoras se hicieron muy populares entre los internautas. Actualmente, estos sitios *web* han evolucionado para permitir combinar textos, imágenes, sonidos, vídeos y enlaces a otros sitios *web* y a otros *blogs*.

Puesto que las bitácoras están conectadas por medio de hipervínculos, comentarios y referencias, se ha creado el término "blogosfera" para definir el sistema virtual en el que se establecen comunidades de *weblogs* clasificados temáticamente o por perfiles de interés. De esta forma, las bitácoras se convierten en una herramienta social o comunidad y su uso es frecuente en redes sociales.

Los criterios generales de calidad de páginas *web* (información sobre autor y sobre el sitio donde se publica la bitácora, descripción de audiencia a la que va dirigido, actualización de contenidos, referencias a las fuentes originales, etc.) deberían ser aplicados también a los *blogs* que traten seriamente aspectos relacionados con la Medicina. La información mínima exigible a una bitácora podrían ser los datos de contacto del autor, y el haber publicado contenido al menos una vez al mes.

En periodismo, las bitácoras se han convertido en un complemento perfecto para que los periodistas puedan ofrecer una visión más personalizada y cercana de la noticia.

La Facultad de Medicina y el Departamento de Informática Médica de la Universidad de Rijeka en Croacia han publicado,

en septiembre de 2008, un extenso estudio sobre la blogosfera médica, en el que analizan los hábitos de comunicación en bitácoras relacionadas con medicina, las características de las *webs* que los alojan, las motivaciones por las que se crean o se participa en ellos y los datos demográficos de los participantes (*bloggers*).

Según el mencionado estudio, la mayoría de los participantes en bitácoras sobre medicina tienen estudios superiores (un 71 por ciento son licenciados o doctores), un 59 por ciento son varones y predominan, con un 58 por ciento, los participantes de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. De todos estos autores de contenidos de *blogs* médicos, el 67 por ciento trabajan en el sector sanitario y un 75 por ciento participan con su nombre real. Estos resultados permiten concluir que los participantes en bitácoras médicas son algo mayores que los que participan en bitácoras de interés general, entre los que predominan los *bloggers* de 19 a 29 años, no hay diferencia entre sexos, el nivel de estudios es algo inferior y sólo un 45 por ciento participan con su verdadero nombre.

Entre los hábitos de los participantes en *blogs* médicos, siguiendo el modelo periodístico, se está extendiendo el uso de referencias a enlaces con las fuentes originales, así como comprobar la veracidad de lo expuesto, sobre todo si el participante suele publicar artículos científicos y participa con su nombre real, en vez de utilizar un pseudónimo. Sin embargo, aún es frecuente que no se pida permiso a los propietarios del material sometido a derechos de autor para reproducir el contenido original en una bitácora.

En cuanto a los motivos por los que se participa en bitácoras, los más frecuentes son poder compartir conocimientos o habilidades con otras personas con intereses similares, intentar influir en otros y poder expresarse de forma más creativa. ■

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

**“Para ser pioneros en un mercado, no basta solo con identificarlo, si lo que quieres es mantenerte en él y triunfar, deberás tener una visión más abierta, innovar e invertir”**

**cogesa**  
Consultoría y gestión sanitaria

Orense, Galicia, Tel. 988 510 040  
Madrid, Tel. 916 887 274  
www.cogesa.com

Cogesa es una empresa gallega con más de 15 años en el mercado, especializada en Consultoría, Gestión y Logística a nivel nacional, que tiene como cometido divulgar e implantar procesos y/o sistemas dirigidos a mejorar la calidad en la gestión y organización de los Servicios tanto Sanitarios como Generales.

En la actualidad, el avance de la gestión, tiene como resultado la expansión empresarial en el extranjero.

La eficiencia, es un elemento clave en la Gestión, ya sea para obtener los resultados más eficaces al menor coste, así como elemento imprescindible para la sostenibilidad y avance del Sistema Sanitario.

Todo lo que se necesita para lograr el resultado que se pretende, Cogesa lo hace basándose en la búsqueda de objetivos y mejora de la eficiencia y eficacia en la gestión de los recursos, invirtiendo en I + D.

El lema de nuestra empresa es: *“No decimos nada que no se pueda escribir, y no escribimos nada que no se pueda demostrar”.*



## SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL

En un mercado donde la demanda de soluciones integrales es cada vez mayor, Cogesa Logística concurre como operador logístico de referencia, con capacidad de gestión en cualquier cadena de producción de servicios.

Las exigencias cada vez mayores de los clientes, que requieren soluciones específicas en el campo del transporte especial de órganos vitales y hemoderivados, han generado que la empresa se especialice, manteniendo su afán de superación en constante innovación para satisfacer las necesidades de cada cliente e introducir un valor añadido a sus servicios.

Vehículos autorizados que incorporan *“señales luminosas”* (servicio único y exclusivo de Cogesa) para el transporte de productos sanitarios



# Inversiones

## Medidas anticrisis: ¿serán efectivas?



Natalia Aguirre Vergara\*

» El Estado garantizará la nueva deuda de los bancos hasta diciembre de 2009, con el objetivo de facilitar la refinanciación a las entidades financieras.

» Lo primordial es tener en cuenta que el miedo nunca es buen consejero, y se debe evitar a toda costa tomar decisiones sobre nuestras inversiones movidos por ventas de pánico en el mercado.

**D**urante los meses de septiembre y octubre se ha intensificado la crisis financiera a nivel internacional, con quiebras de entidades importantes y contagio de la crisis a las entidades financieras europeas, entre las que las españolas siguen destacando de forma positiva. A pesar de las medidas adoptadas de forma unilateral por algunos gobiernos y bancos centrales, la situación se ha deteriorado tanto que fue precisa una coordinación de medidas anticrisis a nivel internacional, en un intento de estabilizar los mercados financieros.

De esta forma, ha habido múltiples reuniones a nivel internacional, y previstas otras, para hacer frente común ante la crisis. De estas reuniones se sacaron unas reglas de actuación comunes, aunque la aplicación de medidas será nacional en función de las necesidades de cada país. Con estas medidas se pretende garantizar unas condiciones apropiadas de liquidez para las entidades financieras, facilitar su financiación a medio plazo, permitir una recapitalización eficaz de los bancos con problemas, y asegurar una aplicación flexible de las reglas de contabilidad para tener en cuenta las excepcionales circunstancias del mercado.

En España también se han adoptado medidas anticrisis. El Consejo de Ministros ha aprobado la ampliación del Fondo de Garantía de Depósitos de 20.000 a 100.000 euros y un paquete de hasta 50.000 millones de euros para comprar activos de la máxima calidad a los bancos, facilitándoles liquidez para que puedan continuar con su actividad crediticia. Asimismo, el Estado garantizará la nueva deuda de los bancos hasta diciembre de 2009, con el objetivo de facilitar la refinanciación a las entidades financieras. Aunque también se deja la puerta abierta a la compra de acciones de bancos españoles por el Estado, se considera que por el momento no será necesario hacerlo en la medida en que éstos no necesitan recapitalizarse al no existir riesgos

de quiebras, gracias en gran medida a la estricta regulación del Banco de España en ejercicios pasados, que ha permitido a las entidades españolas disfrutar de una posición relativa más sólida frente a otros homólogos europeos y estadounidenses.

En este contexto, ¿qué hacemos con nuestras inversiones? Lo primordial es tener en cuenta que el miedo nunca es buen consejero, y se debe evitar a toda costa tomar decisiones sobre nuestras inversiones movidos por ventas de pánico en el mercado. La mejor opción es diseñar una estrategia de inversión a largo plazo (qué riesgo estamos dispuestos a asumir y, a cambio, qué rentabilidad vamos a obtener), intentando abstraernos del día a día. Consideramos que las medidas adoptadas van por el buen camino, aunque hay que ser conscientes de que su efecto tendrá lógicamente un cierto decalaje. Sin embargo, en el momento en que las mismas vayan concretándose, implementándose y se compruebe su efectividad, deberíamos ver una progresiva normalización de los mercados de financiación ante la recuperación de la confianza de los agentes implicados, clave para que el sistema financiero recupere su papel de motor de la economía real vía concesión de créditos a empresas y particulares.

Lo más razonable es pensar que la situación se irá normalizando de forma progresiva, y que los niveles actuales de bolsa son irracionalmente bajos. Aún con todo, para los más conservadores, les quedan refugios como los títulos del Tesoro, aunque siendo conscientes que sacrificarán rentabilidad a cambio de seguridad. Para los perfiles de riesgo moderados o tolerantes, consideramos que en momentos de pánico vendedor se abren oportunidades de inversión interesantes con una visión de medio plazo, siempre optando por empresas con sólidos balances, negocios poco correlacionados con el ciclo económico y atractivas y sostenibles políticas de dividendo, como Telefónica, Iberdrola y Endesa. ■

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

# Valores del mes

## Precios muy atractivos

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

Prosegur es la compañía líder en España en seguridad privada, ofreciendo servicios de vigilancia, logística de valores, gestión de efectivo, sistemas de seguridad y protección contra incendios. Controla el 35 por ciento de cuota de mercado en el negocio de vigilancia en España y acapara un 55 por ciento en logística de valores y transporte de efectivo. También es líder en el negocio de seguridad en Portugal y Latinoamérica. El plan estratégico hasta 2011 anunciado por la compañía contempla los siguientes puntos principales: reforzar su liderazgo en sus mercados actuales y consolidar los nuevos países; entrada en 1-2 mercados nuevos hasta 2011.

Abertis Infraestructuras es la primera compañía de autopistas en España, donde

gestiona el 60 por ciento de la red de autopistas. Aparte de España, donde genera el 50 por ciento de los ingresos, tiene actividad en Francia, que supone el 35 por ciento de las ventas, en Reino Unido el 6 por ciento y EEUU el 5 por ciento. Además de su negocio de autopistas, gestiona infraestructuras de telecomunicaciones, aparcamientos, aeropuertos e infraestructuras logísticas. Aunque sus resultados se están viendo penalizados por el menor tráfico, el encarecimiento del petróleo, la desaceleración económica y la huelga del transporte, la compañía estima que los descensos en la actividad de autopistas se verán compensados con incrementos en las otras áreas de actividad.

### Los elegidos

Prosegur se ha comportado como un “valor refugio” en el año, lo que ha supuesto que su cotización tenga un comportamiento relativo al Ibex del +23 por ciento. Consideramos a Prosegur una interesante opción de inversión en un sector defensivo y en crecimiento. Nuestra valoración arroja un valor de 29,8 euros/acción, por lo que la compañía cotiza con un atractivo descuento respecto a su precio objetivo.

La cotización de Abertis ha tenido un negativo comportamiento en los últimos meses, incluso peor que el mercado. A precios actuales, creemos que el valor ofrece un gran potencial de revalorización, hasta un precio objetivo de 20,6 euros/acción. Aunque el cambio de ciclo económico creemos que seguirá dando malas noticias y traducándose en descensos de tráfico, estimamos que éstos sean compensados en parte por los incrementos de

tarifas, por la inflación y la buena actividad del resto de negocios. Asimismo, la retirada de su oferta por la autopista Pennsylvania Turnpike podría ser bien recibida por la cotización al liberarla de una incertidumbre en el corto plazo y evitar una situación de elevado endeudamiento en un entorno poco favorable a las compañías con alto apalancamiento financiero. ■

Concepto	Prosegur	Abertis
Ticker	PSG	ABE
PER 2008	10	12
Rentab. dividendo (%)	4,3	4,5
Precio actual	23,87	13,87
Precio objetivo	29,8	20,6

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 7/11/2008

**Yondelis®**, 0,25 mg o 1 mg polvo para concentrado para solución para perfusión. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada vial contiene 0,25 mg o 1 mg de trabectedina. 1 ml de solución reconstituida contiene 0,05 mg de trabectedina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Polvo para concentrado para solución para perfusión. Polvo blanco o blanquecino. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1 Indicaciones terapéuticas.** Yondelis® está indicado para el tratamiento de pacientes con sarcoma de tejidos blandos en estadio avanzado en los que haya fracasado el tratamiento con antitranslocas e ifosfámidas, o bien que no sean candidatos a recibir dichos productos. La eficacia se basa fundamentalmente en datos de pacientes con liposarcoma o leiomiomas. **4.2 Posología y forma de administración.** Yondelis® debe administrarse bajo la supervisión de un médico con experiencia en el uso de quimioterapia. La dosis recomendada es de 1,5 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal, administrados mediante perfusión intravenosa durante un periodo de 24 horas, con un intervalo de tres semanas entre ciclos. Es muy recomendable la administración de este fármaco a través de una vía venosa central. 30 minutos antes de recibir Yondelis®, se deben administrar 20 mg de dexametasona por vía intravenosa. Se pueden administrar además otros antieméticos. Para permitir el tratamiento con Yondelis®, es necesario que se cumplan los siguientes criterios: - Recuento absoluto de neutrófilos (PAN)  $\geq 1.500/mm^3$ . - Recuento de plaquetas  $\geq 100.000/mm^3$ . - Bilirrubina  $\leq$  límite superior de la normalidad (LSN). - Fosfatasa alcalina  $\leq 2,5$  LSN (si la elevación pudiera ser de origen óseo, se deben considerar las isoenzimas hepáticas 5-nucleotidasa o GGT). - Albumina  $\geq 25$  g/l. - ALT y AST  $\leq 2,5$  LSN. - Aclaramiento de creatinina  $\geq 30$  ml/min. - Creatinina fosfoquinasa (CPK)  $\leq 2,5$  LSN. - Hemoglobina  $\geq 9$  g/dl. Antes de repetir el tratamiento, deben cumplirse estos mismos criterios. En caso contrario, el tratamiento debe retrasarse un periodo máximo de 3 semanas hasta que se cumplan los criterios. Deben realizarse controles adicionales de los parámetros hemolíticos bilirrubina, fosfatasa alcalina, aminotransferasas y CPK cada semana durante los 2 primeros ciclos, y en ciclos posteriores, deberán controlarse al menos una vez entre tratamientos. En todos los ciclos se administrará la misma dosis, siempre que no se observe toxicidad de grado 3-4 y que el paciente cumpla los criterios de repetición del tratamiento. **Ajuste de la dosis durante el tratamiento.** Antes de repetir el tratamiento, los pacientes deben cumplir los criterios basales ya definidos. En caso de que se produzca alguna de los siguientes acontecimientos en cualquier momento entre los ciclos, la dosis deberá reducirse a 1,2 mg/m<sup>2</sup> para los ciclos siguientes: - Neutropenia  $< 500/mm^3$  de duración superior a 5 días o asociada con fiebre o infección. - Trombocitopenia  $< 25.000/mm^3$ . - Incremento de los valores de bilirrubina  $> 1,5$  LSN y/o fosfatasa alcalina  $> 2,5$  LSN. - Incremento de AST o ALT  $> 2,5$  x LSN que no se haya recuperado en el día 21. - Cualquier otro efecto adverso de grado 3 ó 4 (náuseas, vómitos, cansancio). Cuando una dosis se haya reducido por toxicidad, no se recomienda realizar un escalado de dosis en los ciclos siguientes. Si alguna de estas toxicidades reaparece en ciclos posteriores en un paciente que muestre un beneficio clínico, la dosis podrá reducirse hasta 1 mg/m<sup>2</sup>. En caso de que fuera necesario seguir reduciendo la dosis, debe considerarse la suspensión del tratamiento. **Duración del tratamiento.** En los ensayos clínicos no hubo límites predefinidos en cuanto al nº de ciclos administrados. El tratamiento continúa mientras persistió el beneficio clínico. No se han observado toxicidades acumuladas tras múltiples ciclos. **Poblaciones de pacientes especiales. Pacientes pediátricos.** No debe utilizarse en niños ni adolescentes. **Pacientes ancianos.** No se han realizado ensayos específicos en pacientes ancianos. No se recomienda ajustar la dosis en función únicamente de criterios de edad de forma rutinaria. **Pacientes con insuficiencia hepática.** No se han realizado ensayos con el régimen propuesto en pacientes con disfunción hepática. Por tanto, no se dispone de datos para recomendar una dosis de inicio menor en pacientes con insuficiencia hepática. No obstante, se aconseja adoptar precauciones especiales, y puede que sea necesario ajustar las dosis. Los pacientes con niveles elevados de bilirrubina no deben ser tratados con Yondelis®. **Pacientes con insuficiencia renal.** No debe utilizarse si el aclaramiento de creatinina  $< 30$  ml/min; no se recomienda realizar ajustes de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. **4.3 Contraindicaciones.** - Hipersensibilidad a trabectedina o a alguno de los excipientes. - Infección concurrente grave o no controlada. - Lactancia. - Tratamiento combinado con la vacuna de la fiebre amarilla. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo.** **Insuficiencia hepática.** Es probable que la insuficiencia hepática aumente la exposición sistémica a la trabectedina y se incremente el riesgo de hepatotoxicidad. Los pacientes con hepatopatías clínicamente relevantes deben someterse a una monitorización estrecha para, en caso necesario, realizar un ajuste de la dosis. Los pacientes con niveles elevados de bilirrubina no deben recibir trabectedina. **Insuficiencia renal.** El aclaramiento de creatinina debe monitorizarse antes y durante el tratamiento. No se debe utilizar trabectedina en pacientes con un aclaramiento de creatinina  $< 30$  ml/min. **Neutropenia y trombocitopenia.** Se han notificado con frecuencia casos de neutropenia y trombocitopenia de grado 3 ó 4. Se debe realizar hemogramas completos, antes de iniciar el tratamiento, cada semana durante los dos primeros ciclos de tratamiento y, posteriormente, al menos una vez entre ciclos. Los pacientes que presenten fiebre deben consultar al médico de inmediato. **Náuseas y vómitos.** Todos los pacientes deberán recibir profilaxis antiemética con dexametasona. **Rabdomiolisis y elevaciones graves de la CPK ( $> 10$  x LSN).** No se debe utilizar trabectedina en pacientes con CPK  $> 2,5$  LSN. Raramente se han notificado casos de rabdomiolisis que generalmente se asociaron con mielotoxicidad, anomalías graves de la prueba de función hepática y/o insuficiencia renal. Por tanto, cuando un paciente puede experimentar alguna de estas toxicidades se deben monitorizar estrechamente los niveles de CPK. Como se ha indicado anteriormente, si se presentara rabdomiolisis, se debe establecer de inmediato medidas de apoyo como hidratación parenteral, alcalinización de la orina y diálisis. Asimismo, debe interrumpirse el tratamiento con Yondelis® hasta que el paciente se recupere por completo. Se deben tomar medidas de precaución si se administran de forma concomitante trabectedina junto con otros medicamentos asociados con rabdomiolisis (p. ej., estatinas), ya que puede incrementar el riesgo de rabdomiolisis. **Anomalías en las pruebas de la función hepática.** En la mayoría de los pacientes se han notificado incrementos agudos reversibles de AST y ALT. Yondelis® no debe utilizarse en pacientes con niveles elevados de bilirrubina. Los pacientes con incrementos de los niveles de AST, ALT y fosfatasa alcalina entre ciclos pueden necesitar una reducción de la dosis. **Reacciones en el punto de inyección.** Es muy recomendable que la administración se realice a través de una vía venosa central. Cuando se administra la trabectedina a través de una vía venosa periférica, los pacientes pueden presentar una reacción potencialmente grave en el lugar de inyección. **Otros.** Debe evitarse la administración concomitante con inhibidores potentes de la enzima CYP3A4. Si esto no es posible, se requiere una monitorización estrecha de las toxicidades, y deberá considerarse la posibilidad de reducir de la dosis de trabectedina. Precaución si se administran medicamentos asociados con hepatotoxicidad de forma concomitante, ya que se puede incrementar el riesgo de hepatotoxicidad. El uso concomitante de trabectedina y fenitoina puede reducir la absorción de esta última y producir una exacerbación de las convulsiones. No se recomienda la combinación de trabectedina ni con fenitoina ni con vacunas que contengan microorganismos vivos atenuados. Está específicamente contraindicada la administración de trabectedina junto con la vacuna de la fiebre amarilla. Debe evitarse el uso concomitante de trabectedina con alcohol. Los varones y las mujeres en edad fértil deben utilizar medidas anticonceptivas eficaces durante el tratamiento. Además, las mujeres deben mantener las medidas anticonceptivas hasta 3 meses después de finalizar el tratamiento mientras que los varones deben prolongar estas medidas hasta 5 meses después del tratamiento. Asimismo, si se produce un embarazo, se debe informar al médico de inmediato. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Efecto de otras sustancias sobre la trabectedina.** No se han realizado estudios de interacciones *in vivo*. La trabectedina se metaboliza principalmente a través del CYP3A4, por lo que la coadministración de sustancias que inhiben esta isoenzima, tales como ketoconazol, fluconazol, ritonavir o darifenacina, podría disminuir el metabolismo e incrementar las concentraciones de trabectedina. En el caso de que estas combinaciones fueran necesarias, se requerirá un control estrecho de las toxicidades (ver sección 4.4). Asimismo, la coadministración con inductores potentes de esta enzima (p. ej., rifampicina, fenobarbital, hipérico o hierba de San Juan) puede disminuir la exposición sistémica a la trabectedina. Durante el tratamiento con trabectedina debe evitarse el consumo de alcohol, debido a la hepatotoxicidad del medicamento. Los datos preclínicos han demostrado que la trabectedina es un sustrato de la P-gp. La administración concomitante de inhibidores de la P-gp, por ejemplo ciclosporina y verapamil, puede alterar la distribución de la trabectedina y/o su eliminación. Todavía no se ha establecido la relevancia de esta interacción, por ejemplo, en cuanto a la toxicidad para el SNC. En estas situaciones deberán tomarse medidas de precaución. **4.6 Embarazo y lactancia.** Embarazo. No se dispone de datos clínicos suficientes sobre exposición a este medicamento durante el embarazo. No obstante, dado su mecanismo de acción, la trabectedina puede producir defectos congénitos graves cuando se administra durante el embarazo. La trabectedina no debe utilizarse durante el embarazo salvo que fuera claramente necesario. Si se utiliza durante el embarazo, se informará al paciente del posible riesgo para el feto y se monitorizará estrechamente. Si se administra trabectedina al final del embarazo, deberá monitorizarse cuidadosamente las posibles reacciones adversas en los neonatos. **Fertilidad.** Tanto los varones como las mujeres en edad fértil deben utilizar medidas anticonceptivas eficaces durante el tratamiento con Yondelis®. Además, las mujeres deben mantener las medidas anticonceptivas hasta 3 meses después de finalizar el tratamiento mientras que los varones deben prolongar estas medidas hasta 5 meses después del tratamiento. Asimismo, si se produce un embarazo, se debe informar al médico de inmediato. La trabectedina puede tener efectos genotóxicos. Puesto que existe la posibilidad de que el tratamiento con Yondelis® produzca infertilidad irreversible, antes del tratamiento se debe proporcionar asesoramiento a los pacientes sobre la conservación de espermia. Si durante el tratamiento se produce un embarazo, deberá considerarse la posibilidad de proporcionar asesoramiento genético. El asesoramiento genético también está recomendado para aquellos pacientes que deseen tener hijos después del tratamiento. **Lactancia.** Se desconoce si la trabectedina se excreta en la leche humana. La lactancia está contraindicada durante el tratamiento y durante los 3 meses después de la finalización del mismo. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Se ha notificado la aparición de cansancio y ataxia en pacientes en tratamiento con trabectedina. Los pacientes que experimenten cualquiera de estas reacciones durante el tratamiento no deben conducir ni utilizar máquinas. **4.8 Reacciones adversas.** Se lo que se indique lo contrario, el perfil de seguridad de Yondelis® mostrado a continuación está basado en la evaluación de los datos obtenidos de 569 pacientes incluidos en ensayos clínicos y tratados hasta abril de 2007 con la pauta posológica recomendada para el tratamiento de varios tipos de cáncer, incluidos sarcoma de los tejidos blandos, cáncer de mama, osteosarcoma, cáncer de ovario, GIST, melanoma y carcinoma renal. Cabe esperar que aproximadamente el 91 % de los pacientes presente reacciones adversas de cualquier grado. Cabe esperar que aproximadamente el 40 % de los pacientes presente reacciones adversas de una intensidad de grado 3 ó 4. Las reacciones adversas más frecuentes de cualquier grado de intensidad fueron náuseas, fatiga, vómitos, anorexia, neutropenia e incrementos en los niveles de AST/ALT. Se han producido reacciones adversas mortales en el 1,9 % de los pacientes. Con frecuencia, estas reacciones mortales fueron el resultado de una combinación de efectos adversos, entre los que se incluyen pancitopenia, neutropenia febril, en algunos casos con sepsis, afectación hepática, insuficiencia renal y rabdomiolisis. **Reacciones adversas.** Las reacciones adversas que se indican a continuación se clasifican como más frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/100$ ) y poco frecuentes ( $\geq 1/1000$  a  $< 1/100$ ). La siguiente tabla muestra las reacciones adversas con frecuencia en  $\geq 1$  % de los pacientes de acuerdo con el sistema de clasificación de órganos MEDRA. Para proporcionar frecuencias se han utilizado tanto las reacciones adversas como los valores de laboratorio. Los efectos adversos se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada grupo de frecuencia. **Reacciones adversas más frecuentes. Trastornos hematológicos y del sistema linfático. Neutropenia:** En el 77 % de los pacientes. En el 26 % y el 24 % de los pacientes se produjo neutropenia de grado 3 y grado 4, respectivamente. El análisis por ciclos mostró que la neutropenia de grados 3 y 4 se produjo en aproximadamente el 19 % y 8 % de los ciclos respectivamente. Se produjo neutropenia febril en el 2 % y en  $< 1$  % de los ciclos. La neutropenia siguió un patrón predecible de inicio rápido y reversibilidad, y rara vez se observó asociada con fiebre o infección. **Trombocitopenia:** en el 11 % y el 2 % de los pacientes se produjo trombocitopenia de grado 3 y grado 4, respectivamente. El análisis por ciclos mostró que la trombocitopenia de grados 3 y 4 se produjo en aproximadamente el 3 % y  $< 1$  % de los ciclos, respectivamente. En  $< 1$  % de los pacientes aparecieron reacciones hemorrágicas asociadas con trombocitopenia. **Anemia:** en el 93 % de los pacientes se produjo anemia, aunque el 46 % de estos pacientes ya la presentaban en el momento basal. En el 10 % y el 3 % de los pacientes se produjo anemia de grados 3 y 4, respectivamente. El análisis por ciclos mostró que la anemia de grados 3 y 4 se produjo en aproximadamente el 3 % y el 1 % de los ciclos, respectivamente. **Trastornos hepatobiliares. Incrementos de los niveles de AST/ALT:** incrementos transitorios de grado 3 de AST y ALT en el 38 % y el 44 % de los pacientes. Asimismo, se observaron elevaciones de grado 4 de dichas enzimas en el 3 % y el 7 %, respectivamente. El tiempo medio para alcanzar los valores máximos fue de 5 días tanto para la AST como para la ALT. En los días 14-15 de tratamiento, la mayoría de los casos habían disminuido hasta el grado 1 o se habían resuelto (ver sección 4.4). Los incrementos de grado 3 de AST y ALT se produjeron en el 12 % y el 20 % de los ciclos, respectivamente. Las elevaciones de grado 4 de AST y ALT se produjeron en el 1 % y el 2 % de los ciclos, respectivamente. La mayoría de las elevaciones de las transaminasas mejoraron hasta el grado 1 o a los niveles pre-tratamiento en un plazo máximo de 15 días, y en menos del 2 % de los ciclos se observaron tiempos de recuperación que superaron los 25 días. Los incrementos de ALT y AST no siguieron un patrón acumulativo, sino que mostraron una tendencia hacia elevaciones menos acusadas en el tiempo. **Hiperbilirrubinemia:** en el 23 % de los pacientes se observaron incrementos de la bilirrubina de grado 1 a grado 2. En el 1 % de los pacientes se produjo hiperbilirrubinemia de grado 3. Los valores máximos de bilirrubina aparecen aproximadamente una semana después de iniciar el tratamiento y se resuelven en aproximadamente dos semanas después de su aparición. Las manifestaciones clínicas de lesiones hepáticas graves fueron poco frecuentes, con una incidencia inferior al 1 % de los signos y síntomas individuales, entre los que se incluyen ictericia, hepatomegalia o dolor hepático. La mortalidad por lesión hepática se produjo en menos del 1 % de los pacientes. **Otras reacciones adversas. Náuseas, vómitos, diarrea y estreñimiento:** se notificaron casos de náuseas y vómitos en el 63 % y el 38,5 % de los pacientes, respectivamente. En el 6 % y el 6,5 % de los pacientes se notificaron náuseas y vómitos de grado 3-4, respectivamente. En menos del 1 % de los pacientes se notificó diarrea y estreñimiento de grado 3-4. **Estomatitis:** en menos del 1 % de los pacientes se notificó mucositis de grado 3-4. **Cansancio/astenia:** en el 9 % y el 1 % de los pacientes se notificó fatiga/astenia de grado 3-4. **Anorexia:** en menos del 1 % de los pacientes se notificó anorexia de grado 3-4. **Elevaciones de CPK y rabdomiolisis:** en el 26 % de los pacientes se observaron elevaciones de los niveles de CPK de cualquier grado. En el 4 % de los pacientes se observaron incrementos de los niveles de CPK de grado 3 ó 4. En menos del 1 % de los pacientes se notificaron incrementos de los niveles de CPK asociados con rabdomiolisis. **Disnea:** en el 2 % de los pacientes se produjo disnea de grado 3-4 relacionada con el uso de trabectedina. **Alopecia:** se notificó alopecia en alrededor del 3 % de todos los pacientes; en la mayor parte de ellos la alopecia fue de grado 1. **4.9 Sobredosis.** Se dispone de pocos datos sobre los efectos de una sobredosis de trabectedina. Las principales toxicidades previstas son de naturaleza gastrointestinal, supresión de médula ósea y hepática. En la actualidad, no se dispone de un antídoto específico para la trabectedina. En caso de sobredosis, se monitorizará estrechamente a los pacientes y se instaurarán medidas de apoyo sintomático cuando sea necesario. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1 Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Antineoplásicos, código ATC: L01XC01. **Mecanismo de acción.** La trabectedina se une al suero menor del ADN, haciendo que la hélice se doble hacia el suero mayor. Esta unión al ADN desencadena una cascada de acontecimientos que afectan a varios factores de transcripción, proteínas de unión al ADN y vías de reparación del ADN, lo que produce una perturbación del ciclo celular. Se ha demostrado que la trabectedina ejerce actividad antiproliferativa *in vitro* e *in vivo* contra un amplio rango de estromas de células tumorales humanas y tumores experimentales, incluidas neoplasias malignas tales como sarcoma, cáncer de mama, cáncer pulmonar no microcítico, cáncer de ovario y melanoma. **Eficacia clínica.** La eficacia y seguridad de la trabectedina se basa en un ensayo aleatorizado realizado en pacientes con liposarcoma o leiomiomas/carcinoma metastásico o localmente avanzado, en los que la enfermedad ha progresado o recidivado después del tratamiento con al menos antitranslocas e ifosfámidas. En este ensayo se administró a los pacientes una dosis de 1,5 mg/m<sup>2</sup> de trabectedina mediante una perfusión intravenosa de 24 horas de duración cada 3 semanas o, alternativamente, se les administró una dosis semanal de 0,58 mg/m<sup>2</sup> en forma de perfusión intravenosa de 3 horas de duración durante 3 semanas de un ciclo de 4 semanas. El análisis específico en el protocolo para el tiempo hasta la progresión tumoral (TTT) mostró una reducción del 26,6 % del riesgo relativo de progresión para pacientes tratados en el grupo de perfusión durante 24 h o3 semanas (HR = 0,74; IC 0,54-0,97). Las medianas del TTP fueron 3,7 meses (IC: 2,1-5,4) en el grupo que recibió la perfusión 24 h o3 semanas, y de 2,3 meses (IC: 2,0-3,5) en el otro grupo tratado con perfusión durante 3 h semanal (p = 0,0002). No se detectaron diferencias significativas en la supervivencia global (OS). La mediana de OS con el régimen de perfusión 24 h o3 semanas fue de 13,9 meses (IC: 12,5-18,6) y el 60,2 % de los pacientes estaban vivos al año (IC: 52,0 %-68,5%). Se dispone de datos adicionales de eficacia procedentes de 3 ensayos de fase II no controlados (de brazo único) con poblaciones similares tratadas con la misma pauta. En estos ensayos se evaluaron un total de 100 pacientes con lipoma y leiomiomas/carcinoma y 83 pacientes con otros tipos de sarcoma. Este medicamento se ha autorizado en "Circunstancias excepcionales". Esta modalidad de aprobación significa que debido a la rareza de la enfermedad no ha sido posible obtener información completa de este medicamento. La Agencia Europea del Medicamento (EMA) revisará anualmente la información nueva del medicamento que pueda estar disponible y esta Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto (RCP) se actualizará cuando sea necesario. **5.2 Propiedades farmacocinéticas.** La exposición sistémica tras una administración en forma de perfusión intravenosa a velocidad constante durante 24 horas es proporcional a la dosis administrada en un rango de dosis de hasta 1,8 mg/m<sup>2</sup>, incluida. El perfil farmacocinético de la trabectedina es acorde con un modelo de distribución multicompartmental. Tras la administración intravenosa, se ha demostrado que la trabectedina posee un volumen aparente de distribución elevado, acorde con una unión elevada a proteínas plasmáticas y tisulares (el 94%-98% de la trabectedina en plasma está unida a proteínas). El volumen de distribución en equilibrio de la trabectedina en humanos supera el valor de 5.000 l. La isoenzima P450 3A4 del citocromo P450 responsable mayoritariamente del metabolismo oxidativo de la trabectedina a concentraciones clínicamente relevantes. Otras enzimas del P450 pueden contribuir al metabolismo. La trabectedina no induce ni inhibe las principales enzimas del citocromo P450. La eliminación renal de la trabectedina inalterada en humanos es baja (menos del 1 %). La semivida terminal es larga (valor en la población de la fase de eliminación terminal: 180 h). Tras la administración de una dosis de trabectedina marcada radiactivamente a pacientes con cáncer, la media de la recuperación de la radioactividad total en heces (SD) es del 58 % (17 %) y la media de la recuperación en orina (SD) es del 5,8 % (1,73 %). Basándose en la estimación poblacional del aclaramiento plasmático de la trabectedina (31,5 l/h) y la proporción sangreo/plasma (0,89), el aclaramiento de trabectedina en sangre total es de aproximadamente 35 l/h. Este valor es alrededor de la mitad de la velocidad del flujo sanguíneo hepático humano. Por tanto, el índice de extracción de la trabectedina se puede considerar moderado. La variabilidad inter-individual de la estimación poblacional del aclaramiento plasmático de trabectedina fue del 51 %, y la variabilidad intraindividual fue del 28%. **Poblaciones especiales.** Un análisis de farmacocinética poblacional indicó que ni la edad (19-83 años) ni el sexo afectan al aclaramiento plasmático de la trabectedina. No se han estudiado los efectos de la raza ni la etnia sobre la farmacocinética de la trabectedina. **Insuficiencia renal.** En los pacientes incluidos en los ensayos clínicos, no se observó que la función renal de los pacientes, medida mediante el aclaramiento de creatinina en un rango de valores (= 34-4 ml/min), tuviese una influencia relevante sobre la farmacocinética de la trabectedina. No se dispone de datos en pacientes con un aclaramiento de creatinina inferior a 34,4 ml/min. La baja recuperación (= 9 % en todos los pacientes estudiados) de la radioactividad total en orina después de una dosis única de trabectedina marcada con <sup>14</sup>C indica que la insuficiencia renal afecta poco a la eliminación del fármaco o sus metabolitos. **Insuficiencia hepática.** Aunque los análisis poblacionales no mostraron relación entre las concentraciones de enzimas hepáticas en suero y el aclaramiento plasmático de trabectedina, en pacientes con insuficiencia hepática puede aumentar la exposición sistémica a este fármaco, por lo que debe garantizarse una monitorización estrecha de la toxicidad. **5.3 Datos preclínicos sobre seguridad.** Los datos preclínicos indican que la trabectedina posee un efecto limitado sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio y nervioso central a exposiciones por debajo del intervalo clínico terapéutico en términos de AUC. Los efectos de la trabectedina sobre la función cardiovascular y respiratoria se han investigado mediante estudios *in vivo* (en monos Cynomolgus anestesiados). Se seleccionó un régimen de infusión de 1 hora para alcanzar niveles máximos en plasma (valores de C<sub>max</sub>) del orden de los observados en la práctica clínica. Los niveles plasmáticos de trabectedina alcanzados fueron 10,6 ± 4,4 (C<sub>max</sub>) superiores a los obtenidos en los pacientes después de la infusión de 1,500 µg/m<sup>2</sup> durante 24 h (C<sub>max</sub> = 1,8 ± 1,1 ng/ml) y similares a los alcanzados después de la administración de la misma dosis mediante perfusión de 3 horas (C<sub>max</sub> = 10,8 ± 3,7 ng/ml). La mielosupresión y la hepatotoxicidad fueron los principales efectos tóxicos detectados con trabectedina. Los hallazgos observados incluyeron toxicidad hematológica (leucopenia grave, anemia y depleción linfática) y de médula ósea), así como incrementos en las pruebas de función pulmonar, degeneración hepatocelular, necrosis del epitelio intestinal y reacciones locales graves en el lugar de inyección. Se detectaron hallazgos toxicológicos renales en estudios de toxicidad en múltiples ciclos realizados con monos. Estas observaciones fueron secundarias a una reacción local grave en el lugar de administración y, por tanto, no se pueden atribuir con seguridad al uso de trabectedina; no obstante, hay que ser prudente a la hora de interpretar estas hallazgos renales, y no se puede excluir la toxicidad relacionada con el tratamiento. La trabectedina es genotóxica tanto *in vitro* como *in vivo*. No se han realizado estudios de carcinogenicidad a largo plazo. No se han realizado estudios de fertilidad con trabectedina, sin embargo, en los estudios de toxicidad a dosis repetidas se ha observado un número limitado de cambios histopatológicos en las gónadas. Dada la naturaleza del compuesto (citotóxico y mutagénico), es probable que afecte a la capacidad de reproducción. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1 Lista de excipientes.** Sacarosa. Dihidrogenofosfato de potasio. Ácido fosfórico. Hidróxido de potasio. **6.2 Incompatibilidades.** Yondelis® no se debe mezclar ni diluir con otros fármacos, a excepción de los mencionados en la sección 6.6. **6.3 Periodo de validez.** Valies sin abrir: 36 meses. Después de la reconstitución, se ha demostrado una estabilidad química y física de 30 horas hasta 25°C. Desde el punto de vista microbiológico, la solución reconstituida deberá diluirse y usarse inmediatamente. Si no se diluye y utiliza inmediatamente, los tiempos y condiciones de conservación antes del uso del producto reconstituido son responsabilidad del usuario, y habitualmente no deberían ser superiores a 24 horas 2°C - 8°C, a menos que la reconstitución se haya realizado en condiciones de asepsia validadas y controladas. Tras la dilución, se ha demostrado estabilidad química y física durante 30 horas hasta 25°C. **6.4 Precauciones especiales de conservación.** Conservar en nevera (2°C - 8°C). Para las condiciones de conservación del producto reconstituido y diluido, ver sección 6.3. **6.5 Naturaleza y contenido del envase.** Yondelis® se suministra en un vial de vidrio incoloro de tipo I con un cierre de goma de bromobutilo sellado con una capsula de aluminio de tipo flip-off. Cada vial contiene 0,25 mg o 1 mg de trabectedina. Cada envase contiene un vial. **6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones.** **Preparación para perfusión intravenosa.** Deben utilizarse las técnicas de asepsia adecuadas. Yondelis® debe reconstituirse y diluirse antes de la perfusión. Cada vial con 0,25 mg se reconstituye con 5 ml de agua estéril para preparaciones inyectables. Cada vial con 1 mg se reconstituye con 20 ml de agua estéril para preparaciones inyectables. Las soluciones obtenidas poseen una concentración de 0,05 mg/ml y están destinadas a un solo uso. **Instrucciones para la reconstitución.** Debe utilizarse una jeringa para inyectar 5 ml de agua estéril para preparaciones inyectables en el vial. Agitar el vial hasta que el fármaco se disuelva completamente. La solución reconstituida es transparente, incolora o ligeramente amarillenta sin partículas visibles. Esta solución reconstituida contiene 0,05 mg/ml de trabectedina. Requiere diluciones posteriores y está indicada para un solo uso. **Instrucciones para la dilución.** La solución reconstituida debe diluirse con una solución de cloruro sódico de 9 mg/ml (0,9 %) para perfusión o con una solución de glucosa de 50 mg/ml (5 %) para perfusión. El volumen necesario se calcula del siguiente modo: 
$$\text{Volumen (ml)} = \frac{SC \text{ (mg)} \times \text{dosis individual (mg/m}^2\text{)}}{0,05 \text{ mg/ml}}$$
 Se debe extraer del vial la cantidad de solución adecuada y añadirla a una bolsa de perfusión que contenga = 500 ml de diluyente (solución de cloruro sódico de 9 mg/ml (0,9 %) para perfusión o solución de glucosa de 50 mg/ml (5 %) para perfusión) si la administración se va a realizar a través de una vía venosa central. Si no se puede utilizar una vía venosa central y hay que recurrir a una vía venosa periférica, la solución reconstituida debe añadirse a una bolsa de perfusión que contenga 2.100 ml de diluyente (solución de cloruro sódico de 9 mg/ml (0,9 %) para perfusión o solución de glucosa de 50 mg/ml (5 %) para perfusión). Antes de la administración se realizará una inspección visual de las soluciones parenterales para detectar la posible presencia de partículas. La solución para perfusión preparada deberá administrarse de inmediato. **Instrucciones de manipulación y eliminación.** Yondelis® es un medicamento antineoplásico citotóxico, y debe manipularse con precaución. Deben seguirse los procedimientos para una adecuada manipulación y eliminación de los medicamentos citotóxicos. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con las normativas locales para los medicamentos citotóxicos. No se han observado incompatibilidades entre Yondelis® y las bolsitas y los tubos de poliolefino de vinilo (PVC) y polietileno (PE) ni con los sistemas de acceso vascular implantables de titanio. **7. TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Pharma Mar, S.A. Avda. de los Reyes I, Polígono Industrial La Mira, 28770 Colmenar Viejo (Madrid), España. **8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Yondelis® 0,25mg EU/1/07/4177001; Yondelis® 1mg EU/1/07/4177002. **9. PRESENTACIONES Y PRECIOS.** Yondelis® 0,25 mg. C.N. 659927.3. P.V.L. 530 €. Yondelis® 1 mg. C.N. 659928.0. P.V.L. 1.994 €. **10. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Uso hospitalario. **11. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN RECONVENCION DE LA AUTORIZACIÓN.** 17-Septiembre-2007. **12. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Marzo 2008. **BIBLIOGRAFÍA.** 1. Carter NJ, et al. Trabectedin. A review of its use in the management of soft tissue sarcoma and ovarian cancer. Drugs 2007; 67(15): 2257-2276. 2. Morgan JA, et al. Randomized phase I study of trabectedin in patients with liposarcoma and leiomyosarcoma after failure of prior anthracycline and ifosfamide. J Clin Oncol 2007; 25(18S): Abstract 1060.



# Una forma más efectiva de ayudar a los pacientes

El autor explica cómo errores frecuentes impiden una correcta atención.

**John R. Egerton**

Cuando pensamos en nuestros errores, recordamos los horribles resultados que se derivaron de éstos o las terribles negligencias que cometimos. Sin embargo, existen errores menos evidentes que cometemos en nuestra práctica diaria que pasan desapercibidos, a menos que sucedan con el paciente equivocado. Eso es lo que me enseñó mi experiencia con una paciente, en particular.

Beatriz, una mujer mayor, se cayó de la escalera mientras limpiaba las ventanas. La caída le provocó un desgarro en la parte inferior de la espalda. En el examen no se apreció nin-

gún tipo de hematoma, y todo apuntaba a un dolor de origen muscular. Le expliqué que se había lesionado la espalda, por lo que debía guardar reposo y evitar cualquier gesto que aumentase el malestar. Le di un fármaco para aliviar el dolor y le dije que volviese si no se encontraba mejor.

“Creo que sé qué es lo que me está causando este dolor”, dijo murmurando mientras salía cojeando de la consulta.

Tendría que haber estado alerta. Una semana después, Beatriz llamó diciendo que, aunque dormía mejor, continuaba teniendo mo-

lestias cuando intentaba levantar lo que fuese. Le volví a recomendar que no hiciese nada que le provocase ese dolor.

“Pero ya ha pasado una semana”, doctor protestó.

“A veces un esguince lumbar tarda dos semanas en curarse”.

A la semana siguiente, Beatriz apareció de nuevo en la consulta, esta vez acompañada de su hija.

“Sigo sin notar ninguna mejoría”, dijo Beatriz.

Al examinarla, aprecié una mayor movilidad respecto a la primera consulta.

“Pero me sigue doliendo cuando me inclino”, añadió. Usted me dijo que estaría mejor en una semana, y no lo estoy. ¿Podría hacerme una radiografía?”

Creí que eso no ayudaría demasiado.

A la semana siguiente, recibí otra llamada. Beatriz “no mejoraba” y quería esa radiografía. En aquel día tan abrumador, era más sencillo

tomas no es la mejor manera de ayudar a los pacientes a entender su problema. Un diagnóstico, en este caso, habría ayudado. Le habría dado a Beatriz algo en lo que centrarse.

► Fui impreciso en su tratamiento. En lugar de decirle que volviese si no se encontraba mejor, debería haber sido más específico. Tendría que haber programado una visita de seguimiento.

► Le dije, siendo muy optimista, que el dolor desaparecería en una semana. Al fin y al cabo, los pacientes no quieren oír que estarán convalecientes durante meses. Beatriz oyó “una semana” y quedó decepcionada porque ese titular no iba acompañado de un remedio. No se debe ser demasiado específico cuando se trata de un diagnóstico ni prometer algo que no se puede cumplir.

► No estaba seguro de que Beatriz y yo estuviésemos hablando de lo mismo. A veces, la definición de un paciente de una palabra no es igual que la tuya. No es lo mismo “bien” que

«No se debe ser demasiado específico cuando se trata de un diagnóstico, ni prometer algo que no se puede cumplir»

aceptar hacer la radiografía que discutir. Me dije a mí misma que era posible que la radiografía ofreciese alguna información útil. Pero no fue así, ya que dos días después llegaron los resultados: la columna estaba bien. Beatriz había llamado varias veces antes para preguntar por los resultados.

Cuando la llamé para darle la noticia, le dije que viniese a verme a la semana siguiente.

Dos semanas después, seguía sin tener noticias de ella, por lo que la llamé.

“Estoy bien”, dijo como si estuviese haciéndole una pregunta tonta.

“¿No le duele?”

“Mi espalda empezó a mejorar después de hacerme la radiografía. ¿Por qué no mandó hacerme una antes?”

“Pero la radiografía indica que todo está bien”.

“Sí, y tan pronto como supe qué era lo que me estaba causando el dolor, dejé de preocuparme y empecé a mejorar”.

Aprendí algunas lecciones de Beatriz:

► No le había dado un diagnóstico preciso. Una explicación sobre la mecánica de los sín-

“mejora”. Yo estaba satisfecho de que los síntomas fuesen en la dirección correcta, pero el objetivo de Beatriz era no tener síntomas. Debí haber sido más claro.

► Supuse que mis indicaciones se estaban siguiendo, pero me di cuenta de que Beatriz trataba de arreglárselas sola. Tendría que haber sido más específico.

► Creí que Beatriz aceptaría ayuda para realizar tareas difíciles, especialmente porque eso ayudaba a evitar el dolor. Pero mucha gente, especialmente las personas mayores, son muy independientes. Para ellos, aceptar ayuda es admitir la derrota. Tendría que haberlo sabido cuando le dije a Beatriz que evitase las molestias.

► Empecé a pensar de otra manera en lo que se refiere a su tratamiento sin saber por qué. Si una radiografía había sido una buena idea al cabo de tres semanas, ¿por qué no lo hice antes?

La radiografía resultó ser terapéutica: ¡la curó! ¿O fue pura coincidencia? Nunca lo sabremos, pero lo que sí sé es que aprendí varias lecciones que nunca olvidaré. ■



# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

ALICANTE

BADAJOS

BILBAO

ZARAGOZA

VALENCIA

MADRID

LEÓN

BARCELONA

A CORUÑA

CON LA GARANTÍA DE:



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

  
**LIVEMED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*



# Un muro de silencio

Por Janice M. Scully

El intento de la autora de averiguar qué salió mal en una "rutinaria" biopsia fue recibido con un muro de silencio.

**Y**a hace casi tres años y medio desde que empecé mi tratamiento, y todavía sigo atormentada por él.

Físicamente, me he recuperado lo mejor posible, gracias a los médicos que me trataron después. Pero es la profunda herida emocional la que todavía me despierta por las noches y eso se lo debo a mi profesión, también. De hecho, los médicos pueden curar enfermedades, pero también pueden causar un sufrimiento innecesario y evitable.

Una mañana de febrero, mi esposo, Bart, y yo fuimos al hospital donde habíamos trabajado como médicos 20 años antes. A los 52 años, me descubrieron una masa dura del tamaño de un puño en el abdomen. Mientras

nos dirigíamos hacia allí, empecé a pensar en la quimioterapia y en una muerte prematura.

Mi especialista me visitó en el hospital y, a continuación, me realizaron una tomografía computarizada y me programaron para realizar una biopsia de lo que probablemente era un linfoma. En ese momento, yo estaba preocupada por el cáncer, no por la aguja de biopsia abdominal.

Cada día, los médicos realizan miles de biopsias con agujas en pacientes susceptibles de tener cáncer. Creí que no había nada de qué preocuparse. El resultado del recuento de mis plaquetas fue normal, por lo que, de acuerdo con un artículo que había leído recientemente (escrito por un radiólogo inter-

vencionista), cualquier sangrado producido en el lugar de la biopsia se tendría que haber detenido por sí solo.

Minutos antes de empezar, el radiólogo que iba a realizar la biopsia me explicó qué es lo que podría pasar. Para llegar hasta lo que se suponía que era un nódulo linfático anormal, una aguja atravesaría la piel de mi abdomen bajo la dirección de una tomografía computarizada, y me extraerían una pequeña muestra de tejido que sería analizada. Los resultados guiarían el curso de mi tratamiento. Me dijo que las complicaciones —en su mayoría pérdidas de sangre—, no eran habituales. A excepción de unos sedantes suaves, no se suministraba ningún tipo de medicamento ni productos hemoderivados. Lo más probable es que estuviese en casa en algunas horas.

Firmé la hoja de conformidad, ya que consentía el procedimiento, pensando que aquel mismo día podría ver a mis hijos bajando del autobús del colegio.

### Experimenté el mayor dolor de mi vida

Tras ser sedada, empezó la intervención. Minutos después, desperté mientras Bart permanecía sentado en la sala de espera.

El radiólogo vino a explorarme. Me dijo que se había producido un sangrado en mi abdomen en el transcurso de la biopsia a causa de la aguja. Para detenerlo, me había inyectado D-Stat. En la explicación que me dio antes de la intervención nunca mencionó algo parecido a eso, y yo tampoco sabía demasiado sobre el tema.

Sabía que el D-Stat era una proteína extraída de la sangre de los cerdos que actuaba como un potente agente coagulante. Normalmente se utiliza para detener los sangrados de heridas abiertas como las que se ocasionan durante una intervención quirúrgica. También se usa para frenar los sangrados que se producen en el brazo o en la ingle después de un cateterismo cardíaco. En mi caso, en lugar de esperar a que el sangrado se detuviese por sí solo, que hubiese sido lo lógico dado el valor normal de mis plaquetas, el radiólogo me inyectó el D-Stat directamente. De esa forma, convirtió un proceso de bajo riesgo en uno de gran riesgo.

Pronto empecé a experimentar el mayor dolor que había sentido nunca. Sumida en el pánico, recuerdo cómo me retorcí en la camilla. En mi expediente clínico de aquel

día, la enfermera anotó lo siguiente media hora más tarde de la inyección: “Paciente con gran dolor: 5 sobre 5”. Estaba hipertensa y taquicárdica, ambas cosas relacionadas con un dolor severo.

Fue bastante después cuando deduje, estudiando y examinando mis propios resultados, lo que había pasado. Sin darse cuenta, el radiólogo inyectó el potente coagulante en una arteria, parando el flujo de sangre a varios centímetros de mi intestino delgado, cosa que me provocó un dolor insoportable. En aquel momento, nadie, ni siquiera el radiólogo, supo establecer el vínculo existente entre la inyección coagulante y el intenso dolor. En lugar de eso, atribuyó mi problema tras la intervención a una simple irritación peritoneal. Me suministraron morfina y me dijeron que estaría en casa en unas horas.

Por la tarde, ni mi especialista ni mi oncólogo sabían que me habían inyectado D-Stat. De hecho, en el informe de seguimiento nunca apareció mencionado. Sin embargo, mi marido sí lo sabía y sospechaba que esa sustancia era la base del problema. “¿Podría haber sido por el D-Stat?”, le preguntó al técnico.

“No, siempre lo usamos”, le respondió.

Pero mi dolor persistía. A pesar del goteo de morfina que me suministraban, cada vez me dolía más y al día siguiente estuve vomitando.

Cada hora que pasaba bajo la supervisión del radiólogo, más perplejo y asustado estaba mi marido. Finalmente, solicitó un intervención quirúrgica.

Tras dos intensos días después de la biopsia, durante la exploración quirúrgica se descubrió que tenía el intestino infartado. El cirujano resecó dieciocho centímetros de mi intestino delgado, que, según el informe del patólogo, estaba “isquémico, gangrenoso, pero presentaba una estructura normal”.

Permanecí en el hospital una semana, en ese período estuve con morfina y sobrealimentada. La buena noticia fue que mi excelente cirujano me había salvado de una colostomía. La mala fue que no había material sobrante para una biopsia.

### Los abogados rechazan llevar la demanda del caso

¿Que por qué estoy escribiendo sobre ese incidente tres años y medio más tarde? ¿Por qué no he decidido, simplemente, olvidarlo?

Por una parte, para mí fue horrible permanecer día y noche envuelta en una nube

de morfina. Durante mi estancia surrealista en el hospital, fantaseaba imaginando que estaba en un país tercermundista.

Pero me veo obligada a recordarlo por otro motivo, igualmente preocupante: escudándose en que no entendía qué había pasado, el

da permanentemente y por mi condición de médico los juristas no mostraban demasiada comprensión, no encontré ningún abogado que quisiese llevar mi caso.

¿Estaban en lo cierto esos especialistas externos? Inquietada por esa pregunta, contac-

«El percance médico que sufrí fue terrible, tanto física como psíquicamente. Ahora y siempre, los médicos deben recordar que ellos mismos pueden ser pacientes algún día»»

radiólogo no asumió ninguna responsabilidad y no obtuve ninguna disculpa por su parte. En cuanto a mi cirujano, escribió en el informe de alta que sufría daños graves en el intestino, pero no se atrevió a investigar sobre las causas que los produjeron. El oncólogo que sustituía al mío no quiso hablar del tema.

Por más que lo intenté, mis preguntas no obtuvieron respuestas claras. Alguien, no recuerdo quién, incluso bromeó diciendo que las malas experiencias siempre suelen ser médico-paciente. ¿De alguna manera yo era culpable?

Cuando volví a casa escribí varias cartas. Una, dirigida al jefe de Radiología, de quien obtuve la siguiente respuesta: “Siento mucho que no esté satisfecha con la atención que recibió”. Al estar pendiente una investigación interdepartamental, no podía hablar de los detalles de mi caso. A través de un amigo médico supe que, tras mi incidente, el departamento de Radiología del hospital no volvió a usar D-Stat. Al menos algo bueno había salido de mi terrible experiencia.

Pero yo todavía no estaba conforme. El responsable máximo del hospital, un antiguo profesor mío cuando hacía prácticas, se reunió con mi marido y conmigo y prometió darnos una explicación formal. Dijo que la merecía. Nunca la obtuve.

Frustrada, decidí hablar del caso con abogados. Todos consultaron con especialistas y dijeron que el radiólogo que me practicó la biopsia con la aguja siguió los protocolos normales de este tipo de procedimiento, incluido el uso del D-Stat. El infarto que sufrí en el intestino delgado como resultado de la utilización de esta sustancia no probaba lo contrario. Como no había quedado incapacita-

té con el radiólogo académico que escribí un estudio sobre las biopsias con aguja. Le pregunté sobre cuál era el protocolo a seguir respecto al uso de D-Stat en biopsias abdominales. Su respuesta me sorprendió: “No hay”, me dijo, “No conozco a nadie que lo utilice”.

Entonces, ¿cómo es posible que el uso de D-Stat esté estandarizado si una autoridad en el campo de las biopsias abdominales con aguja dice que nadie lo utiliza?

Seguí investigando, consulté el tema con un radiólogo intervencionista perteneciente a una institución académica de Carolina del Norte, quería saber qué creía. Me dijo que su hospital tampoco utilizaba D-Stat en ese tipo de biopsias.

### Los médicos competentes no actúan así

Estaba segura: inyectar directamente a través de una aguja esa enzima en el abdomen con la sangre brotando fue una mala idea. Los médicos competentes no lo hacen, estaba claro. El propio laboratorio farmacéutico confirmaba su peligrosidad: “Inyectar D-Stat en los vasos sanguíneos puede provocar graves daños e, incluso, la muerte”.

Solicité esta simple explicación a mis médicos y a otros. En su lugar, lo único con lo que me encontré fue con un muro de silencio, algo con lo que las víctimas de errores médicos están acostumbradas a encontrarse de frente. Obligada durante meses a encontrar una respuesta que podría haber obtenido en minutos, me sentí humillada.

El percance médico que sufrí fue terrible, tanto física como psíquicamente. Ahora y siempre, los médicos deben recordar que ellos también pueden ser pacientes algún día. ■

# Los jueves de Medical Economics®

## Asistencia médica y prescripción en Internet Riesgos y ventajas

### INTERVENDRÁN

*Ricardo de Lorenzo y Montero*

*Bufete De Lorenzo Abogados*

*Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario*

*Pedro M. Torrabadella Reynoso*

*Socio fundador de Advance Medical*

*Juan Martínez López de Letona*

*Catedrático de Medicina. Universidad San Pablo-CEU*

*Presidente Fundación HM*

**Jueves, 27 de Noviembre de 2008, 19.30h**

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

Con la colaboración de



**NUTRICIA**



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

# Cultura

## LIBROS

### Las leyes de la Salud Pública

**E**l cuarto y último tomo del Primer Código Español de Legislación Sanitaria, integrado por dos volúmenes, está dedicado a la Salud Pública y a la Seguridad Alimentaria. La obra, que se presentó en el marco del Congreso de Derecho Sanitario, es fruto de la iniciativa de la Fundación AstraZeneca y un grupo de expertos sanitarios, dirigidos por Julio Sánchez Fierro, en el que se recopilan por primera vez en nuestro país, las normas y la más reciente jurisprudencia sobre las materias relativas a las ordenaciones del sistema sanitario. Cada uno de los grandes capítulos en que está dividida la obra va precedido de comentarios de reconocidos profesionales en la materia, orientados a conocer mejor el sentido y la razón de ser de las disposiciones legales y reglamentarias, así como el funcionamiento de las instituciones y la distribución competencial. Los trabajos básicos de este tomo han sido obra de Agustín Rivero, Julio Sánchez Fierro, Jesús Manuel Ortega, Agustín Ortega y Ricardo de Lorenzo.



Título: Código Sanitario. Salud Pública. Vol. I y II  
Edita: Ergón

## EXPOSICIONES

### La colección de arte de los Habsburgo

**E**l museo Guggenheim de Bilbao ha inaugurado la exposición "Todas las historias del arte: Kunsthistorisches Museum de Viena", que muestra por vez primera en España los fondos de uno de los más importantes museos históricos del mundo. El montaje incluye una selección de cerca de 200 obras que nos acercan al gusto de los emperadores y archiduques de Habsburgo, realizadas por un centenar de artistas, desde Egipto y la antigüedad clásica hasta el siglo XVIII, articuladas en

torno a seis grandes secciones que se corresponden con los principales géneros artísticos de la historia del arte. La muestra se puede visitar hasta el 18 de enero de 2009.



### De Caravaggio a Picasso

**L**a muestra "Obras maestras del Museo de Montserrat. De Caravaggio a Picasso", en la sede del BBVA en Madrid, acoge un recorrido histórico-cultural entre los siglos XII y XX de la mano a artistas como Caravaggio, Sisley, Monet, Degas, Rusiñol, Casas, Nonell,

Picasso o Dalí. La exposición incluye 100 piezas, entre pinturas, esculturas y obras sobre papel, seleccionadas de las cerca de 1.300 del monasterio. Entre los lienzos más destacados figuran "El viejo pescador" (1895) y "El monaguillo" (1896), pintados por Pablo Picasso entre sus 13 y 15 años, o "Retrato de mi padre" (1925) y "Dos figuras femeninas tumbadas sobre las rocas" (1926), ambos de Salvador Dalí. La muestra está abierta hasta el próximo 7 de diciembre, en la sede del BBVA (Paseo de Recoletos, 10).



## CINE

### Red de mentiras, una historia de espionaje

**R**idley Scott dirige una historia de espionaje y traición con dos de las estrellas más rentables del Hollywood actual: Leonardo DiCaprio y Russell Crowe. Roger Ferris (Leonardo DiCaprio), obtiene información sobre un importante líder terrorista, sospechoso de estar operando desde el Jordán. Ferris ingenia un plan para poder infiltrar su red, pero para eso, primero necesita el apoyo del astuto veterano de la CIA, Ed Hoffman (Russell Crowe) y el de su colega, el jefe de inteligencia jordano. Aunque ambos se muestran como sus aliados, Ferris se pregunta si puede confiar en estos hombres, sin arriesgar el éxito de su operación, y tal vez su propia vida.



# Internet

## Los contenidos digitales en español se citan en Madrid

Sección patrocinada por



**E**l éxito alcanzado hace un año en la primera edición de Ficod (Foro Internacional de Contenidos Digitales), ha sido el argumento principal para que se haya convocado una segunda edición –prevista del 25 al 27 de noviembre en Madrid–, que ha tenido que superar la traumática suspensión del SIMO, que en la edición 2007 acogió por todo lo alto la celebración del Foro.

Si en su primera edición Ficod reunió a unos 250

directivos y representantes de empresas, instituciones, medios de comunicación y de la comunidad internauta, en la presente edición se superarán los 1.500 congresistas, tanto nacionales como extranjeros, que están dispuestos a convertir la cita en referente de la industria digital.

Los contenidos digitales se han convertido en un área estratégica para empresas y países, que buscan consolidar las bases de una industria sólida, competitiva y de calidad, capaz de generar, encauzar y pro-

cesar la enorme cantidad de información digitalizada que circula cada día en el mundo, equivalente –nada más y nada menos– a 50.000 grandes bibliotecas, según datos aportados por el Ministerio de Industria.

Precisamente Red.es, entidad pública empresarial dependiente del citado departamento, es la impulsora de Ficod, el Foro que pretende ser referente de la industria de contenidos digitales, preferentemente la que se expresa en español, con un mercado potencial de 100 millones de internautas.

En el evento se valorará el mercado hispanohablante como una de nuestras fortalezas, junto a la creatividad y las infraestructuras; mientras la falta de formación profesional destaca entre nuestras debilidades. Los españoles figuramos entre los ciudadanos que más consumen contenidos digitales, pero no somos grandes desarrolladores, y se trata de subirnos al tren a tiempo. ■



Red.es, entidad pública empresarial dirigida por Sebastián Muriel, es la impulsora de Ficod.

### Club gastronómico

En la buena y sana forma de tomar los alimentos, están ganando seguidores los clubes gastronómicos como éste.

<http://www.directoalpaladar.com/2007/06/13-milesime-un-club-gastronomico-muy-selecto>



### Web para 'cibermayoristas'

Si compras por volumen, es posible comprar más barato. Aquí se pueden encontrar grupos de compradores de productos. Desde arte o informática a quads y móviles.

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



## CIBERCONSEJOS

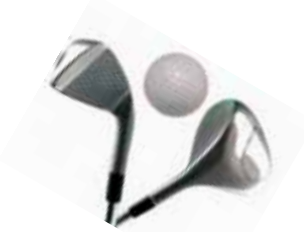
### Reactivación económica digital

**E**l Plan Francia Digital 2012, cuyas directrices explicará Sarkozy, va a favorecer la inversión en el sector y a contribuir a la actividad económica y no debería costar nada, pues La Caisse des Dépôts et Consignations y los municipios invertirán primero y alquilarán luego las redes que exploten los operadores. Para que los franceses con pocos recursos se conecten, se lanzará una oferta de un euro al día.

### La lectura electrónica en auge

**L**as ventas de dispositivos para la lectura electrónica han crecido rápido, impulsando a las editoriales a acelerar la digitalización. Estos reproductores pueden eliminar la necesidad de cargar con libros y periódicos al acceder a los textos a través de Internet, conectándose a redes *wi-fi*. Los beneficios de los libros electrónicos crecerán desde los tres millones de euros en 2007 hasta los 246 en 2012.

# Golf



Madrid Masters

## Victoria de Charles Schwartzel

En el Club de Campo Pablo Larrazábal acabó tercero y Álvaro Quirós, cuarto.

**E**l sudafricano Charles Schwartzel, que ya había ganado en Madrid (Open de España 2007), salía el último día con una ventaja de sólo un golpe sobre el argentino Ricardo González, y dos sobre el barcelonés Pablo Larrazábal, pero a lo largo del día otros dos españoles se acercaron a la cabeza: Álvaro Quirós y Carlos del Moral, que acabaron cuarto y séptimo. El décimo puesto lo compartieron Jesús Mari Arruti, Ignacio Garrido y Rafa Cabrera.

Schwartzel hizo gala de su mejor juego y en ningún momento perdió el control del torneo, todo lo contrario, fue ampliando la ventaja sobre sus seguidores con dos *birdies* en los nueve primeros hoyos y tres más por los segundos para 66 golpes y un total de 19 bajo par. En segunda posición terminaron el argentino Ricardo González, con 68 golpes para -16, y en tercera Larrazábal, que finalizó con 67 para 15 bajo par. La semana no fue fácil para el ganador, que perdió su equi-

paje cuando volaba a Madrid y estuvo a punto retirarse del torneo por un dolor en el hombro el jueves.

Ésta es para el sudafricano su tercera victoria en 145 torneos en el Circuito Europeo, las dos últimas: el Open de España disputado en el Centro Nacional de Golf en Madrid en el 2007, y ahora el Madrid Masters en el Club de Campo Villa de Madrid. Con este triunfo, Schwartzel, que ha firmado siete *top 10* este año, ha escalado al puesto 24º del Orden de Mérito, y 65º del ránking mundial, por lo que se clasifica automáticamente para el HSBC Champions del 2009.

“He jugado realmente bien, exactamente igual que cuando gané el año pasado, he peleado hasta el final y logré que saliesen las cosas como quería. Después del siete yo iba con tres golpes de ventaja pero Ricardo hizo *birdies* en el 9 y el 10, Pablo estaba jugando muy bien y venían los hoyos 11, 12 y 13 que para mí son la clave en el Club de Campo porque ahí puede pasar de todo. Fue entonces cuando pensé que tenía que jugar mi mejor golf para ganar, y no estaba dispuesto a abrirles la puerta”, declaró Schwartzel. ■



Charles Schwartzel, ganador del torneo, repitió victoria en nuestro país.

## España, medalla de plata en el Campeonato del Mundo Amateur Femenino por Equipos

**E**l equipo español, integrado por la malagueña Azahara Muñoz, la navarra Carlota Ciganda y la gaditana Belén Mozo, con Macarena Campomanes de capitana y José Gallardo de entrenador, ocupó la segunda plaza desde la primera jornada del torneo, una posición que mantendría a lo largo de todo su desarrollo en una trepidante carrera por desbancar a Suecia del liderato adquirido ya al término de los primeros 18 hoyos de competición. La sobresaliente actuación de Azahara en la primera jornada y el excepcional rendimiento de Carlota Ciganda en la segunda ronda -66 golpes, el mejor resultado de toda la competición, récord del campo- caracterizaron la sensacional actuación española, un segundo puesto sólo superado por las medallas de oro cosechadas en las ediciones de 1986 en Venezuela y 1992 en Canadá. Además, la española Azahara Muñoz se colgó la medalla de bronce en la competición individual, compartiendo podio junto a las suecas Caroline Hedwall y Anna Nordqvist, grandes protagonistas de la competición.

## CLASIFICADOS

### EMPLEO

Centro médico de Barcelona precisa la contratación de:

#### MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Licenciatura en Medicina y Cirugía. Especialidad vía MIR.

Incorporación inmediata.

Interesados enviar *curriculum vitae* a [nuria.fernandez@adecco.com](mailto:nuria.fernandez@adecco.com)

Corporación Capilar selecciona:

#### MÉDICOS DERMATÓLOGOS

**Se requiere:**  
Especialidad en Dermatología. Profesionales que puedan aportar valor añadido.

**Se ofrece:**  
Incorporación a una empresa líder en su sector.

Las personas interesadas pueden enviar sus referencias a [carlos.gomez@haya.es](mailto:carlos.gomez@haya.es)

AstraZéneca, empresa multinacional, líder en investigación y desarrollo de medicamentos, selecciona:

#### MÉDICOS DE PRODUCTO

**Se requiere:**  
Licenciatura en Medicina. Conocimientos de investigación clínica. Inglés fluido.

**Se ofrece:**  
Incorporación al departamento médico, representación a nivel nacional. Las personas interesadas pueden introducir su CV en el correo electrónico: [medicos@irbea.net](mailto:medicos@irbea.net)

### IMAGEN Y SONIDO



Técnicas Audiovisuales Combinadas  
Recursos de imagen y sonido  
Sistemas interactivos  
Traducción simultánea

Antonio López, 237  
28041 Madrid • Tel.: 606 14 76 46

Danley selecciona:

#### MÉDICOS

**Se requiere:**  
Titulación adecuada al puesto de trabajo.

Interesados enviar referencias al correo electrónico [licenciados@danleysoft.com](mailto:licenciados@danleysoft.com)

MarinaDor precisa incorporar para su complejo de Oropesa del Mar (Castellón):

#### MÉDICO DEL TRABAJO

**Se requiere:**  
Imprescindible tener la especialidad de Medicina del Trabajo.

Interesados enviar C.V. a la dirección postal: C/ Asensi, 24. CP: 12002 Castellón o la dirección de correo electrónico [rrhh@servidir.es](mailto:rrhh@servidir.es)

### CONGRESOS

## DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.

Organización de congresos con un servicio integral y diferenciado: apoyo de expertos en diseño gráfico, edición, desarrollo web y multimedia, y comunicación.

Antonio López, 249 (1º)  
28041 Madrid  
Tel.: 91 792 13 65  
[info@drugfarmacongresos.com](mailto:info@drugfarmacongresos.com)  
Contacto: Lourdes Panizo

Hospital de Palamós en Girona, precisa la contratación de:

#### MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA, NEFROLOGÍA Y APARATO DIGESTIVO

**Se requiere:**  
Licenciatura en Medicina y Especialidad correspondiente.

**Se ofrece:**  
Contratación laboral indefinida y programa de formación continuada.

Las personas interesadas pueden enviar sus referencias al Hospital de Palamós. Departamento de RR.HH. C/Hospital 17-19 (Ed. Fleming) 17230 Palamós. Girona

## INVESTIGACIÓN



Nufarm 21  
Inés Pruehin  
Carretera de Húmera 87, 11-3A  
28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid  
Teléfono: +34 917 140 323  
Fax: 900 140 391  
Fax Internacional: +34 917 140 391  
Email: info@nufarm21.es

Empresa dedicada a:

- Diseños en Investigación Clínica
- Estadística convencional y multivariable. Encuestas
- Comunicación de Resultados
- Farmacovigilancia mediante XML, MedDra y ATC
- Bases de datos

Nufarm 21 fue fundada en 1994 y es subscriptora de MedDra desde la versión 5.0 (año 2002)

**Nufarm 21**  
Empresa de Investigación Concertada

## MULTIMEDIA



Antonio López, 249 (4º)  
28041 Madrid  
Tel.: 91 500 20 77  
prodrug@drugfarma.com

- Soluciones multimedia y desarrollo web
- Formación on line
- CD/DVD interactivo
- Software personalizado
- Producción audiovisual
- Hosting y registro de dominios

## BECAS DE INVESTIGACIÓN

### Ayudas Merck Serono de Investigación 2009

La Fundación Salud 2000, entidad sin ánimo de lucro promovida por la multinacional químico farmacéutica alemana Merck, ha convocado la decimoctava edición de las Ayudas Merck Serono de Investigación, destinadas a financiar proyectos inéditos presentados por investigadores españoles que puedan llevar a cabo el estudio propuesto en España. Cada ayuda estará dotada de 20.000 euros.

Los participantes interesados pueden presentar sus proyectos, dirigiéndose a la Fundación Salud 2000 (c/ Claudio Coello 124, 7ª planta, Madrid), o enviando toda la documentación por correo certificado o por correo electrónico (fundacionsalud2000@fundacionsalud2000.com).  
Más información: [www.fundacionsalud2000.com](http://www.fundacionsalud2000.com)

## INMOBILIARIAS

Se alquilan consultas médicas espaciales. Clínica Romen con excelentes precios y servicios, entrada junto a Clínica La Luz.

C/General Dávila, 7.  
Tfno: 91 553 15 31

Se alquilan despachos en Centro Médico. C/Goya-Alcalá.

- Excelente estado y situación.
- Autorización CAM.
- Precios promoción.
- Parking.
- Tfno: 636356030.

Personas interesadas preguntar por Laura.

### Consultorio de cirugía Estética

Alquila despachos para otras especialidades. Servicio de Recepción y Centralita incluido. c/ Alonso Cano - Madrid -  
Tel.: 639 825 729

¡Excelente Imagen!

### Se vende piso en Urbanización Siglo XXI junto al Hospital 12 de Octubre (Madrid).

- ◆ Urbanización cerrada con vigilancia 24 horas, piscina y pista de paddel.
- ◆ Tiene 105 m<sup>2</sup> (dos dormitorios, dos cuartos de baño y trastero.
- ◆ Metro Almendrales a 50 metros.
- ◆ Plaza de garaje.
- ◆ Precio 380.000 euros.
- ◆ Teléfono: 600.42.89.85

### Alquilo despachos en Clínica Médica situada en Madrid en la calle Almagro.

- Excelentes dimensiones y decoración.
- Parking en la puerta.
- Tfno.: 667 62 26 60

### CENTRO MÉDICO MENASA

- Alquiler de despachos
- Horas, días, meses.
- Todos los servicios.
- C/Viriato.
- Tfno: 680701185

Alquilo consultas en la Calle Goya (Madrid). Excelente ubicación, instalaciones y servicios.  
Tfno.: 91 4314863 ó 609227205.

**1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO.** CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cipralex 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). Cipralex 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). Cipralex 20 mg: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato). Para la lista completa de excipientes, ver apartado 5.1.3. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido con cubierta pelicular. Cipralex 10 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E" y "L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Cipralex 15 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E" y "L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Cipralex 20 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E" y "N" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Los comprimidos de 10,15 y 20 mg pueden dividirse en mitades iguales. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. **4.2. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.** No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg. Cipralex se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepressiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 meses aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg al día. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente. **Trastorno obsesivo-compulsivo.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg al día. Como el TOC es una enfermedad crónica, los pacientes deben ser tratados durante un período suficiente como para asegurar la ausencia de síntomas. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente. En ancianos (> 65 años de edad), se deben considerar tanto el inicio del tratamiento con la mitad de la dosis recomendada como una dosis máxima inferior. La eficacia de Cipralex en el trastorno de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes ancianos. **Niños y adolescentes (< 18 años).** Cipralex no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años (ver apartado 4.4). **Insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida ( $Cl_{cr}$  menor a 30 ml/min). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Debe evitarse la suspensión brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con escitalopram, la dosis debe reducirse paulatinamente durante un período de, al menos, una a dos semanas, con objeto de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada (ver apartados 4.4 y 4.8). En el caso de que aparezcan síntomas que el paciente no pueda tolerar después de una disminución de dosis o durante la retirada del tratamiento, debe valorarse la necesidad de restablecer la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis de forma más gradual. **4.3. CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminooxidasa (inhibidores de la MAO) (ver apartado 4.5). **4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO.** Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los IRSR (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.** Cipralex no deberá utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. Los comportamientos suicidas (intento de suicidio e ideas de suicidio) y la hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) fueron constatados con más frecuencia en ensayos clínicos con niños y adolescentes tratados con antidepressivos frente a aquellos tratados con placebo. Si se adoptase no obstante la decisión, sobre la base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, deberá supervisarse cuidadosamente en el paciente la aparición de síntomas de suicidio. Además, carecemos de datos sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes por lo que se refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual. **Ansiedad paradójica.** Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepressivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansioso paradójico (ver apartado 4.2). **Convulsiones.** El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los IRSR no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con IRSR se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. **Manía.** Los IRSR se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de IRSR se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un IRSR puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio/Pensamientos suicidas.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación, es una experiencia clínica general. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento de hechos relacionados con el suicidio. Además, estas patologías pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se tratan pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Además, existe la posibilidad de un incremento del riesgo de conductas suicidas en adultos jóvenes. Los pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de estos hechos y si se presentan estos síntomas, buscar asesoramiento médico inmediatamente. **Acatisia/Inquietud psicómota.** El uso de IRSR/ISRN se ha asociado con la aparición de acatisia, caracterizada por una sensación subjetiva de inquietud molesta y desagradable y por la necesidad de moverse, a menudo acompañada de dificultad para sentarse o permanecer de pie. Su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial. **Hiponatremia.** El uso de IRSR se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y selectivamente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes cirróticos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. **Hemorragia.** Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con IRSR, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiazinas, la mayoría de los antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroides (AINES), tildipidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. **Terapia electroconvulsiva (TEC).** La experiencia clínica sobre la administración concomitante de IRSR y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución. **Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A.** En general no se recomienda la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO-A debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.5). Para el tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos irreversibles de la MAO (ver apartado 4.5). **Síndrome serotoninérgico.** Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptófano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomarán IRSR concomitantemente con medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, mioclonía e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el IRSR y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Herba de San Juan.** La administración concomitante de IRSR y remedios herbales que contengan Herba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5). **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, particularmente si la suspensión del tratamiento se realiza de forma brusca (ver apartado 4.8). En los ensayos clínicos las reacciones adversas observadas durante la suspensión del tratamiento se presentaron en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados con escitalopram y en el 15% de los pacientes que utilizaron placebo. El riesgo de síntomas de retirada puede depender de varios factores entre los que se encuentran la duración del tratamiento, la dosis utilizada y el ritmo de la reducción de dosis. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitations, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. Generalmente estos síntomas son de leves a moderados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves. Estos síntomas suelen presentarse durante los primeros días de suspensión del tratamiento; sin embargo en raras ocasiones se han comunicado casos de pacientes en los que han aparecido estos síntomas tras olvidar una dosis de forma inadvertida. Normalmente estos síntomas son autolimitados y se resuelven en 2 semanas, aunque en algunos pacientes su duración se puede prolongar (2-3 meses o más). Por lo tanto, es importante tener en cuenta que cuando se suspende el tratamiento con escitalopram debe reducirse gradualmente la dosis durante un período de varias semanas o meses según las necesidades de cada paciente (ver "Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento" en el apartado 4.2). **Enfermedad coronaria.** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN. INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS. Combinaciones contraindicadas: IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un IRSR en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminooxidasa (MAO), y también en pacientes que han dejado de tomar un IRSR y han iniciado tratamiento con un IMAO (ver apartado 4.3). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.8). Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible y como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (RIMA) moclobemida. Debe repetirse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo. **Combinaciones desaconsejadas: inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A, no está recomendada (ver apartado 4.4). Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse. **Combinaciones que requieren precauciones de uso. Selegilina.** En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con citalopram/pacemico. **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán u otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. **Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.** Los IRSR pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan concomitantemente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.g. antidepressivos tricíclicos, IRSR, neuroleptícos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas), melfloquina, bupropion y tramadol). **Litio, triptófano.** Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los IRSR se han administrado con litio o triptófano, por lo que la administración concomitante de IRSR con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Herba de San Juan.** La administración concomitante de IRSR con remedios herbales que contienen Herba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o intermite la administración de escitalopram (ver apartado 4.4). **Alcohol.** No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas. Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram.** El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. En CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCP (desmetil-escitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de la CYP2C19) produjo un incremento moderado (aproximadamente 50%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. La administración conjunta de escitalopram con cimetidina 400 mg dos veces al día (inhibidor enzimático general moderadamente potente) produjo un incremento moderado (aproximadamente 70%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de la CYP2C19 (e.g. omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, lansoprazol, tildipidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. fenciclidina, propafenona y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, e.g. antipsicóticos, tales como desipramina, domipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tiordina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios *in vitro* han demostrado que escitalopram puede inhibir discretamente la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **4.6. EMBARAZO Y LACTANCIA. Embarazo.** Con escitalopram se dispone sólo de datos clínicos limitados respecto a la exposición en embarazos. En estudios de toxicología de la reproducción en ratas realizados con escitalopram, se observaron efectos embriofetotóxicos, pero no se observó un incremento en la incidencia de malformaciones. Cipralex no debería usarse durante el embarazo o no ser que sea estrictamente necesario y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/beneficio. Se debe vigilar a los recién nacidos si la madre continúa tomando Cipralex durante las últimas etapas del embarazo, en particular en el tercer trimestre. Se debe evitar la suspensión brusca durante el embarazo. Los siguientes síntomas pueden aparecer en el recién nacido de madres que han utilizado IRSR/ISRN, durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, dificultad en la succión, vómitos, hipotermia, hipertonía, hiporeflexia, temblores, tembleques, irritabilidad, letargo, llanto constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos a efectos serotoninérgicos o síntomas de retirada. En la mayoría de los casos, las complicaciones aparecen inmediatamente o poco tiempo (<24h) después del parto. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. REACCIONES ADVERSAS.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Las reacciones adversas conocidas de los IRSR y también comunicadas para escitalopram en estudios clínicos controlados con placebo o como reacciones espontáneas postcomercialización se enumeran más abajo por sistemas orgánicos y frecuencia. Las frecuencias se han obtenido de estudios clínicos; no son controladas con placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente ( $\geq 1/10$ ), frecuente ( $\geq 1/100$ , <1/10), poco frecuente ( $\geq 1/1000$ , <1/100), muy poco frecuente ( $\geq 1/10000$ , <1/1000), desconocida ( $\geq 1/10000$  o <1/10000) o desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trastornos de la sangre y linfáticos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Trombocitopenia. Trastornos del sistema inmunitario. Rara ( $\geq 1/10000$  a  $\leq 1/100000$ ): Reacciones anafilácticas. Trastornos endocrinos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Secreción inadecuada de ADH. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Disminución del apetito, incremento del apetito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hiponatremia. Trastornos psiquiátricos. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Disminución de la libido; hombres y mujeres. Anorgasmia; mujeres. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a  $\leq 1/100$ ): Bruxismo, agitación, nerviosismo, crisis de angustia, estado de confusión. Rara ( $\geq 1/10000$  a  $\leq 1/1000$ ): Agresión, despersonalización, alucinaciones, hechos relacionados con el suicidio (ver apartado 4.4). Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Manía. Trastornos del sistema nervioso. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. Poco frecuente ( $\geq 1/1000$  a  $\leq 1/100$ ): Alteraciones del gusto, trastorno del sueño, síncope. Rara ( $\geq 1/10000$  a  $\leq 1/1000$ ): Síndrome serotoninérgico. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Discinesia, trastornos del movimiento, convulsiones. Trastornos oculares. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Midriasis, alteraciones visuales. Trastornos auditivos y del laberinto. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Tinnitus. Trastornos cardíacos. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Taquicardia. Rara ( $\geq 1/10000$  a <1/1000): Bradicardia. Trastornos vasculares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Sinusitis, bostezos. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Epistaxis. Trastornos gastrointestinales. Muy Frecuente ( $\geq 1/10$ ): Náuseas. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Hemorragias gastrointestinales (incluida hemorragia rectal). Trastornos hepatobiliares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hepatitis. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Incremento de la sudoración. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Urticaria, alopecia, rash, prurito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Equimosis, angioedema. Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conectivo y ojo. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Artralgia, mialgia. Trastornos renales y urinarios. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de la mama. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Mujeres: metrorragia, menorragia. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hombres: priapismo, gonorrea. Trastornos generales y en el lugar de administración. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Fatiga, pirexia. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Edema. Investigaciones. Frecuente ( $\geq 1/100$  a <1/10): Aumento de peso. Poco Frecuente ( $\geq 1/1000$  a <1/100): Disminución de peso. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Pruebas de función hepática alteradas. Las siguientes reacciones adversas se han comunicado para la clase terapéutica de los IRSR: inquietud psicómota/acatisia (ver apartado 4.4) y anorexia. Se han registrado casos de prolongación del QT durante el período de postcomercialización, predominantemente en pacientes con enfermedad cardíaca previa. No se ha establecido relación causal. **Síntomas de retirada durante la suspensión del tratamiento.** La suspensión del tratamiento con IRSR/ISRN (particularmente si se realiza de forma brusca), frecuentemente, conlleva síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitations, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. En general, estos efectos son de leves a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Por tanto, se recomienda que se debería reducir la dosis gradualmente al suspender el tratamiento con escitalopram (ver apartados 4.2 y 4.4). **4.9. SOBREDOSIS. Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados y en muchos casos están implicados sobredosis concomitantes de otros fármacos. En la mayoría de los casos no se han observado síntomas o han sido leves. Raramente se han observado casos fatales de sobredosis con escitalopram solo; la mayoría de los casos han implicado sobredosis con medicaciones concomitantes. Se han ingerido dosis entre 400 y 800 mg de escitalopram solo sin ningún síntoma grave. **Síntomas.** En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen principalmente los relacionados con el sistema nervioso central (desde mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma), el sistema gastrointestinal (náuseas/vómitos) y el sistema cardiovascular (hipotensión, taquicardia, prolongación del QT y arritmia) y estados del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia, hipocalcemia). No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos, además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1. LISTA DE EXCIPIENTES.** Núcleo: Celulosa microcristalina. Sílice coloidal anhidra. Talco. Croscarmellose de sodio. Estearato de magnesio. Recubrimiento: Hipromelosa. Macrogol 400. Dióxido de titanio (E-171). **5.2. INCOMPATIBILIDADES.** No se han descrito. **5.3. PERIODO DE VALIDEZ.** 3 años. **5.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE.** Blisters de PVC/PE/PVdC/Aluminio. Blisters de PVC/PE/PVdC/Aluminio (transparente), incluido en un estuche; 14, 28, 56, 98 comprimidos. Dosis única 49 x 1, 56 x 1, 98 x 1, 100 x 1, 500 x 1 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Blisters de PVC/PE/PVdC/Aluminio (blanco), incluido en un estuche; 14, 20, 28, 50, 100, 200 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Frasco de comprimidos de polipropileno; 100 x 1, 200 x 1 y 500 x 1 comprimidos. Puede ser solamente este comercializado algunos tamaños de envases. **5.6. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN.** Ninguna especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Av. Diagonal, 605, 08028 Barcelona, España. **7. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Cipralex 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.230. Cipralex 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.234. Cipralex 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.233. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Cipralex 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. Cipralex 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. Cipralex 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA).** Cipralex 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 2301€, P.V.P. iva 2399€. Cipralex 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 3451€, P.V.P. iva 3589€. Cipralex 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 4601€, P.V.P. iva 4785€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Censo de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero de 2007.



En **3** años hemos corrido mucho...



...ya hemos logrado nuestra **5<sup>a</sup>** indicación:  
**Trastorno Obsesivo - Compulsivo.**



En depresión y ansiedad,  
**rapidez y potencia**  
son decisivas



Lundbeck



**Cipralex**  
escitalopram