

Medical Economics®

Nº 105

13 de febrero de 2009

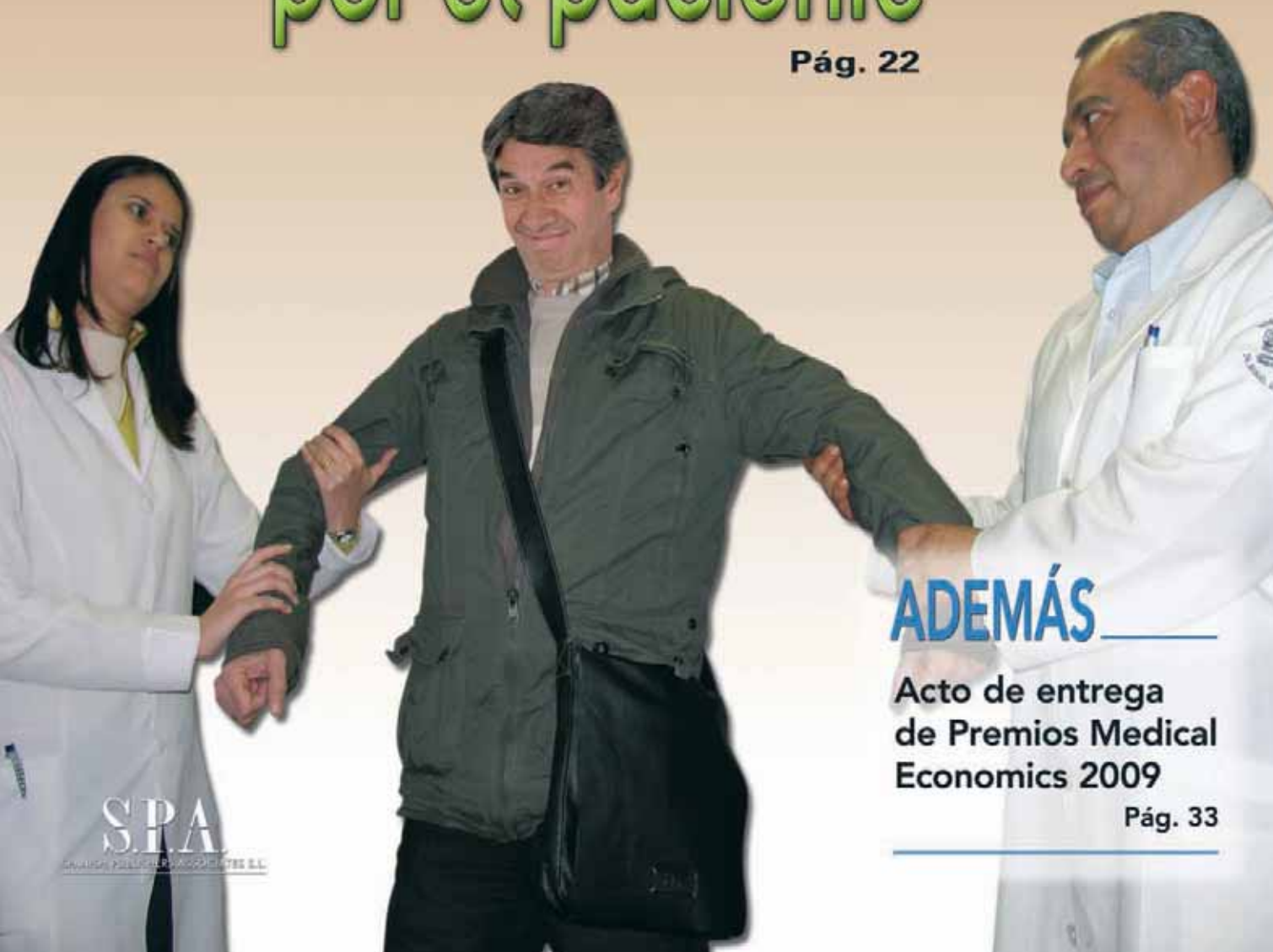
EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

MESA REDONDA: Las guerras médicas

La disputa por el paciente

Pág. 22



ADEMÁS

Acto de entrega
de Premios Medical
Economics 2009

Pág. 33



Changing tomorrow

Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas.

Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

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

TRASPLANTE
UROLOGÍA
DERMATOLOGÍA
ANTI-INFECICIOSOS

 **astellas**
Leading Light for Life

22

MESA REDONDA

La disputa por el paciente

Existen algunas especialidades médicas con competencias que se solapan, lo que aprovechan muchos de los profesionales que las ejercen para disputarse los pacientes. MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda para tratar este controvertido tema.



PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2009

33 Entrega de Premios

Destacadas personalidades de los sectores sanitario, jurídico y económico acudieron a la entrega de los Premios Medical Economics 2009. Los galardones distinguen a las entidades que más se han destacado en sus áreas de actuación en el año precedente.

PRACTICA PROFESIONAL

54 Cuando los pacientes cancelan sus citas

No se puede pasar por alto que un paciente haya olvidado acudir a su consulta. Estar atento a este tipo de situaciones puede ayudarle a seguir informado, a aumentar los ingresos de su consulta y a prevenir las demandas.



JORNADAS AUTONÓMICAS

44 Los retos de la I+D+i en Castilla y León

MEDICAL ECONOMICS organizó una jornada sobre la investigación biomédica en Castilla y León, celebrada en Valladolid con la colaboración de Bayer-Schering Pharma.

44 JORNADAS AUTONÓMICAS | 13 de febrero de 2009 | Valladolid

Retos de la I+D+i en la Sanidad de Castilla y León

Impulso a la investigación biomédica

La investigación biomédica es "un valor de métrica en la salud pública, social y económica" afirma el doctor Castiella. En esta jornada se abordó el reto de la investigación biomédica en Castilla y León, en un acto organizado por MEDICAL ECONOMICS y patrocinado por la Universidad de Valladolid y el Hospital de Valladolid. El acto contó con la presencia de representantes de la sanidad, la academia y el sector empresarial.

Generato San Segundo

La investigación biomédica es "un valor de métrica en la salud pública, social y económica" afirma el doctor Castiella. En esta jornada se abordó el reto de la investigación biomédica en Castilla y León, en un acto organizado por MEDICAL ECONOMICS y patrocinado por la Universidad de Valladolid y el Hospital de Valladolid. El acto contó con la presencia de representantes de la sanidad, la academia y el sector empresarial.

El acto contó con la presencia de representantes de la sanidad, la academia y el sector empresarial.

44

Creemos en otra forma
de hacer medicina

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

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



Instituto Roche
para las Soluciones Integrales de Salud

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 Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodiguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

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

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2009

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 Mi punto de vista

8 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

10 Economía de la Salud
Medición del impacto sobre los recursos

14 Gestión Profesional
Hacia la clínica sin papeles

16 Gestión de Calidad
Los beneficios de las normas ISO

20 Tribunales
No hubo relación causal

Y ADEMÁS...

6 Atención al Paciente

61 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Se ha visto afectado alguna vez por el solapamiento de las competencias de las especialidades médicas?

Participe a través de nuestra web:
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 en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

CURSOS ON LINE

- Principios de la Cura en Ambiente Húmedo
- Antisepsia y Desbridamiento

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con: www.medeco.es

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: 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 2009 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 2009 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal

Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

Margarita Alfonso Jaén

Secretaría General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walther

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

Juan Ramón Arias Irigoyen

Director General de Operaciones United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano

Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmaceutur Abogados y Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico

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 Bruguera 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

Miguel Carrero

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

Enrique Catalán López

Consejero Ejecutivo de Xanit

Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

José Fernández-Vigo López

Director Médico Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Carles Fontcuberta Sarrau

Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

Francisco Vicente Fornés Úbeda

Presidente de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad en el Trabajo

Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

José Ángel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico Dirección General de Farmacia

Diego López Murillo

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

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 Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriatria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

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

Secretaría 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

Mi punto de vista



Paulino Cubero González*

Atención Primaria y mercado

“El absolutismo liberal de Friedman ha contribuido a crear un clima en el que la fe en los mercados y el desdén por el sector público a menudo se imponen a los datos objetivos”. Paul Krugman, Premio Nobel de Economía, 2008.

Sin yo saber nada de economía ni Krugman de medicina, creo que esta frase define con toda sencillez el planteamiento del gobierno de la Comunidad de Madrid para la sanidad de la región.

¿Y cuáles son los datos objetivos? Que la sanidad española, incluida la madrileña, es equiparable a las de nuestro entorno. Se trata de modelos con características opuestas tanto por estructura como por historia y no parece que ninguno demuestre ser muy superior a los otros.

Otro dato objetivo es la satisfacción de los usuarios que valoran la Atención Primaria sistemáticamente por encima de casi cualquier servicio público o sanitario. Los resultados de la última encuesta muestran una satisfacción de alrededor del 90 por ciento y una puntuación de los profesionales y los centros de salud con una nota media alrededor de 9. Las asignaturas pendientes en opinión de los pacientes siguen siendo la coordinación con otros niveles asistenciales y las esperas para entrar en consulta.

El último dato objetivo es el malestar de los profesionales, evidente pero

no registrado porque todavía nadie se ha preocupado de evaluar el clima laboral. Deberían estar orgullosos por los resultados y, sin embargo, se sienten maltratados por la Administración. Es tan evidente el malestar que ya estamos entrando en un crecimiento negativo en el número de pediatras y médicos de familia que trabajan en Atención Primaria, pues un gran número optan por otras salidas profesionales.

Otro dato subjetivo es que la atomización por comunidades del sistema sanitario ha desvirtuado la estructura organizativa. Con las transferencias asistimos en cada comunidad a la “okupación” de los cargos técnicos y de gestión por el grupo en el poder, con nombramientos sin la cualificación suficiente para una planificación estratégica o tan siquiera operativa.

La situación de la Comunidad de Madrid comienza a ser el paradigma de todo este despropósito transcurridos siete años desde las transferencias, tres consejeros de Sanidad con otros tantos organigramas y unos cuantos proyectos organizativos frustrados. El último de ellos se ha conocido este mes y se basa en dos propuestas fundamentales.

La primera es la “libre elección de médico” en toda la Comunidad de Madrid, promesa electoral de claro carácter populista, que supone en la práctica una renuncia a la planificación y un riesgo de ineficiencia en el uso de los recursos. Se olvida además de garantizar a los ciudadanos que “su” centro de salud, del que valoran su proximidad por encima de todo, tendrá los requisitos mínimos de arquitectura, funcionalidad y personal para atenderle. Eso sí, si no le gusta, se puede ir a cualquier otro.

Pero la gran propuesta es el desman-

telamiento del modelo actual, con la eliminación de las Gerencias de Atención Primaria al crear un área única en toda la Comunidad, la centralización de las unidades de apoyo y la reedición de las viejas sectoriales de antaño en forma de direcciones territoriales sin ninguna capacidad operativa. Un salto atrás de 25 años, calificado ya por algunos como la Contrarreforma de la Atención Primaria. Se “vende” además como un avance hacia la autogestión de los equipos de AP, con el nombramiento de un director de centro de libre designación en sustitución de los actuales coordinadores, y se deja de hablar de “equipos”, la base humana que da la asistencia, para hablar solamente de centros de salud.

Es más que probable que este plan no llegue a realizarse por el rechazo absoluto de los profesionales y de las organizaciones que los representan. Sin embargo, los profesionales no podemos ni debemos seguir permitiendo esta sensación de desorientación y parálisis que ya dura demasiado. No podemos aceptar que los políticos desistan de lograr un verdadero “Pacto por la Sanidad” que limite las propuestas electorales. Debemos exigir la profesionalización y democratización de la gestión sanitaria y el resto de la función pública frente al reparto de prebendas y favores. Y por último, consensuar con todas las organizaciones sindicales y científicas las reformas que precisa nuestro modelo, algunas de ellas de amplio calado, que devuelvan a los profesionales la ilusión para garantizar y superar los resultados de satisfacción de los usuarios, el único motivo para que todo esto exista.

Más iluso parecía Obama. ■

*Presidente de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC).

Cómo tratar al paciente que siente

La experiencia de enfermar y cómo vivimos dicha situación, están relacionadas en gran medida con el estado mental en el que nos encontramos y la experiencia previa de la enfermedad que tenemos.



María Dolores Navarro*

Cuando estamos enfermos, necesitamos que el médico nos proporcione una cierta información acerca de lo que nos ocurre para poder comportarnos de manera adecuada, por ejemplo, siguiendo el tratamiento correctamente. Sin embargo, necesitamos también información que nos ayude a reducir en lo posible la incertidumbre y la ansiedad que toda situación de enfermedad puede producir en el ser humano. La experiencia de enfermar y cómo vivimos dicha situación, están relacionadas en gran medida con el estado mental en el que nos encontramos y la experiencia previa de la enfermedad que tenemos.

En un momento difícil para la persona que enferma, la simple transmisión de información del médico hacia el paciente no garantiza que éste capte, asimile y entienda lo que se le está diciendo. Así, mientras el profesional cuenta con unos conocimientos y unas habilidades técnicas en el momento de la consulta, el paciente acude a la misma con una serie de creencias, experiencias e información previas respecto al significado que la enfermedad tiene para él.

La experiencia subjetiva de enfermar es única para cada persona, es intransferible. Una misma patología, con sintomatología parecida puede vivirse de forma totalmente diferente y, por lo tanto, ejercer un efecto emocional distinto de una persona a otra.

El término "emoción" se refiere a un estado mental, psicológico, asociado a una gran variedad de sentimientos, pensamientos y comportamientos. Las emociones son necesarias en el desarrollo del ser humano y en su adaptación al medio que le rodea. Las emociones regulan el funcionamiento de la mente, organizando el pensamiento y la acción.

Así entendidas, las emociones se encuentran muy relacionadas con otros dos conceptos: los sentimientos y los afectos. De esta forma, se entiende por sentimiento aquel estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan e integrado por gran cantidad de información, positiva o negativa, que provoca una predisposición a actuar. El afecto se refiere a las pasiones, comportamiento o inclinaciones hacia algo o alguien. La relación existente entre estos tres conceptos es lo que forma el llamado círculo afectivo de la persona.

Sentimientos y emociones

En el ser humano se pueden dar muchos tipos de emociones, aún así, no existe todavía una clara y completa clasificación de las mismas. Para poder dar respuesta a esta situación, algunos autores hablan de familias, grupos o dimensiones de emociones, como serían: rabia, tristeza, miedo, alegría, amor, sorpresa, disgusto o vergüenza. A su vez, estos tipos de emociones engloban multitud de formas o subtipos.

Además, estos sentimientos y emociones por las que el paciente pasa, pueden crear en él un impacto positivo o negativo. A nivel científico, se ha demostrado en numerosas ocasiones el efecto que ejercen las emociones en el nivel de satisfacción y de bienestar del ser humano, tanto a nivel físico, como psíquico y social, siendo este efecto el resultado de cómo la persona interpreta internamente lo que le está ocurriendo.

Las emociones pueden ser, por lo tanto, positivas o negativas para la persona y condicionar así su comportamiento. De esta forma, el optimismo o la esperanza significan que la persona tiene una gran expectativa de que, en general, las cosas van a ir

» Se entiende por sentimiento aquel estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan e integrado por gran cantidad de información, positiva o negativa, que provoca una predisposición a actuar.

» El término "emoción" se refiere a un estado mental, psicológico, asociado a una gran variedad de sentimientos, pensamientos y comportamientos.

SECCIÓN
PATROCINADA POR:

bien, aunque con ello existan algunas frustraciones. Así, algunos beneficios de las emociones positivas serían la protección ante los efectos de circunstancias adversas, la flexibilidad y la apertura de la mente o el contar con recursos físicos, psicológicos o intelectuales, entre otros, suficientemente duraderos como para afrontar las dificultades que puedan plantearse.

Del mismo modo, las personas que tienden a sentir emociones negativas, suelen ver la vida sin esperanza, sin ilusión y sin confiar en que se puedan mejorar algunas circunstancias. De esta forma, están más propensos a no responder adecuadamente ante las situaciones adversas que puedan ocurrir.

Los diferentes tipos de emociones que sentimos, bien sean positivas o negativas, van a influir en cómo reaccionamos ante las situaciones que nos ocurran. Así, una fuerte emoción puede distraernos, reducir nuestra habilidad para actuar, desconcentrarnos; pero también puede ayudarnos a conseguir un objetivo, a trabajar de forma más eficiente, a estar más abierto para aprender y avanzar.

Ante esta situación, al intentar ayudar en el comportamiento de un persona a nivel de su salud (por ejemplo, en que deje de fumar o que siga un tratamiento antihipertensivo correctamente) se han de tener en cuenta el tipo de emociones que esa persona siente o puede sentir y que influirán en que alcance o no el objetivo de salud deseado.

En el momento de tomar decisiones, las emociones juegan un papel muy importante para el enfermo. Así, cuando nos encontramos de mal humor, estamos más predisuestos a recordar situaciones negativas relacionadas con lo que nos pasa y podemos magnificar la probabilidad de que ocurra algo negativo. En cambio, cuando nos sentimos mejor, estamos más optimistas y tendemos a pensar en cosas agradables y en lo bueno que está por llegar.

Otro aspecto a destacar es que, además del tipo de emociones de las que se trate,

el comportamiento o la forma de actuar que se deriva de las mismas se verá enfocada en función de la propia experiencia y de las costumbres o del tipo de cultura aprendida por cada paciente. Las emociones, el comportamiento y las interacciones sociales varían según las diferentes culturas. Por este motivo, cualquier respuesta emocional ha de ser entendida en su entorno cultural y conocer la influencia que las normas culturales ejercen en la persona.

De todo esto podemos deducir que, las personas “emocionalmente sanas” están más cerca de saber controlar sus pensamientos, sentimientos y comportamiento de forma adecuada en cada situación. Este tipo de personas, en momentos de adversidad, son capaces de ver los problemas en perspectiva para poder buscar la mejor solución a los mismos. Han aprendido formas de adaptarse al estrés y superarlo.

El profesional sanitario, lejos de huir de estos aspectos intrínsecos al ser humano, sabe lo importante que es, en su relación con el paciente, conseguir ese estado de confianza en el que las emociones y los sentimientos del paciente puedan expresarse o dejarse ver con el objetivo final de, entre ambos, trazar un plan de actuación que mejor se adapte a la situación emotiva y de salud de cada persona. Porque, en el fondo, los médicos también sienten. ■



La experiencia subjetiva de enfermar es única para cada persona.

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

844

millones de euros invirtió España en I+D farmacéutica en 2006.

80

millones de euros más que en el año anterior.

35

de ese presupuesto se centró en biotecnología.

39.117

empleados tiene la industria farmacéutica en España.

46

por ciento tiene estudios universitarios.

Fuente: Farmaindustria, 2008.

PROFESIÓN MÉDICA

Los médicos aseguran que ejercen sin título 10.000 extranjeros

En España ejercen actualmente entre 10.000 y 12.000 médicos extranjeros cuyo título no ha sido debidamente homologado. Al menos eso afirma la Organización Médica Colegial (OMC). Según el secretario general de la OMC, José Luis Rodríguez Sendín, la culpa es de las comunidades, que aceleran la contratación de foráneos sin esperar todo el proceso de validación de sus títulos. “Canarias, Cataluña, Extremadura y Andalucía son las comunidades en las que se da más esta situación”, según Rodríguez Sendín, quien matizó, sin embargo, que la falta de un registro nacional de facultativos hace imposible concretar las cifras.



AUMENTO DE IMPAGOS

Los morosos españoles deben 26.400 millones

Dos millones de hogares españoles, 200.00 empresas –principalmente pequeñas y medianas– y medio millón de extranjeros (emigrantes) se encontraban inscritos a finales de 2008 en los ficheros informatizados de morosos de Asnef-Equifax, al haber dejado de pagar al menos tres cuotas de sus hipotecas, créditos o préstamos personales. El importe de la morosidad o el saldo de los impagos ascendía a 26.400 millones de euros. Los expertos predicen que estas cifras se incrementarán notablemente a lo largo del presente año.



ENTRE NOSOTROS

Alfonso Moreno ingresa en el Consejo Asesor de la Agencia de Medicamentos

El ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, ha designado al farmacólogo y presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, Alfonso Moreno González, sustituto del fallecido Juan Manuel Reol Tejada como miembro del Consejo Asesor de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), donde ejercía como vocal, según el organigrama de dicho Consejo. El profesor Moreno, catedrático de Farmacología de la Universidad Complutense de Madrid, miembro del Consejo Editorial de *Medical Economics*, es, a su vez, responsable del Servicio de Farmacología Clínica del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, y presidente de la Comisión Nacional de Farmacología Clínica.

ECONOMÍA

Tipos de interés y Euríbor, a la baja

El Banco Central Europeo, siguiendo la estela de su homólogo de Estados Unidos, ha bajado los tipos de interés para la eurozona medio punto porcentual, dejándolos en el 2 por ciento, mínimos históricos.

El presidente del BCE, Jean-Claude Trichet, dejó la puerta abierta para más recortes en el próximo mes de marzo. Mientras, el Euríbor a doce meses, con cuya media mensual se revisan la mayoría de las hipotecas de la eurozona, descendió el pasado mes de enero al 2,622 por ciento, casi 1,9 por ciento menos que hace un año, y abarata las hipotecas en 140 euros al mes. La inflación también va cuesta abajo: la tasa anual del IPC se situó en enero hasta el 0,8 por ciento, la menor tasa interanual desde 1997.



INNOVACIÓN Y DESARROLLO

Ciencia e Innovación contará con 490 millones para I+D+i

El Plan Español de Estímulo de la Economía y el Empleo, conocido como el Plan E del presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, cuenta con 490 millones de euros para tareas de I+D+i, de los cuales 200 millones los ejecutarán las universidades por medio del Ministerio de Ciencia e Innovación. Según su titular, Cristina Garmendia, el 60 por ciento de esos 200 millones se destinarán a reforzar líneas de investigación, y el otro 40 por ciento, a adecuación y mejora de las infraestructuras universitarias, como campus y parques científicos.



GASTO SANITARIO

El presupuesto del SNS para 2009 es de 63.238 millones

El presupuesto global destinado al Sistema Nacional de Salud (SNS) para este año asciende a 63.238 millones de euros. El gasto medio por persona, para una población cercana a los 46,16 millones de habitantes, es de 1.370 euros, cifra que es superada en más de un 14 por ciento por País Vasco, Ceuta y Melilla (Ingesa) y Extremadura. La Comunidad Valenciana, Madrid y Baleares quedan, al menos en ese mismo porcentaje, por debajo de la media nacional.

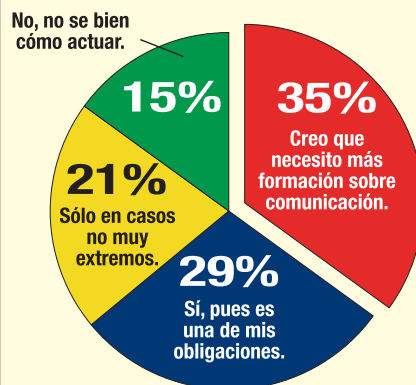


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

¿Está preparado para dar "malas noticias"?



La mayoría de nuestros lectores, un **35** por ciento, aseguran que necesita más formación sobre comunicación para "dar malas noticias", mientras que un **15** por ciento afirma no saber cómo actuar. Un **29** por ciento asegura estar preparado (pues es una de sus obligaciones) y un **21** por ciento dice estarlo sólo en casos no demasiado extremos.

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

Economía de la Salud

en el Área Respiratoria (III)

La medición del impacto sobre los recursos



Álvaro Hidalgo*

El concepto de coste de oportunidad en sanidad es clave para comprender la importancia de la evaluación económica, ya que en un contexto de recursos escasos y susceptibles de usos alternativos elegir un tratamiento o una tecnología implica dejar de escoger otras opciones y de tratar a otros pacientes. Por ello, la obsesión por la eficiencia no tiene otra justificación que la de maximizar los resultados de salud en función de un presupuesto determinado, siendo la evaluación económica un instrumento para apoyar la toma de decisiones de los gestores o decisores. Ahora bien, para poder llevar a cabo una buena evaluación económica es fundamental medir bien los costes que las diferentes tecnologías conllevan para luego compararlos con los resultados que ofrecen en términos de salud.

Existen tres tipos de costes: directos, indirectos e intangibles. Los costes directos se dividen a su vez en dos clases: costes directos sanitarios y costes directos no sanitarios. En general, los costes directos son aquellos que origina el empleo de una determinada tecnología para tratar un problema de salud. Así, los costes directos sanitarios comprenden los salarios monetarios del personal sanitario, el gasto en infraestructuras sanitarias, la inversión en tecnología médica, los medicamentos, etc. Mientras que los costes directos no sanitarios, recogen los gastos que origina un tratamiento fuera del sistema sanitario, tales como el tiempo de espera de los pacientes, el coste del desplazamiento al centro de salud o el hospital, etc. Para cuantificar estos costes se debe utilizar el precio de mercado. Ahora bien, en España, la provisión pública de asistencia sanitaria hace que en muchas ocasiones se deban valorar estos bienes a precios básicos o de producción al no existir mercado.

El segundo tipo de costes son los indirectos y corresponden a una evaluación del tiempo, no sólo de los pacientes, sino de sus familiares y del personal sanitario, desde el momento en que deben abandonar otras al-

ternativas del mercado de trabajo para dedicarse exclusivamente a una alternativa sanitaria concreta. Englobarían tres grupos de costes indirectos: los primeros, recogerían la reducción de la productividad remunerada debida a la enfermedad del individuo; los segundos, la disminución de la productividad no remunerada debida a la enfermedad del individuo; y, los terceros, los costes indirectos generados por la familia y/o cuidadores informales del enfermo.

Cuantificación de costes

Su cuantificación en términos monetarios es normalmente bastante complicada, por lo que se recurre a su evaluación en términos de “salarios perdidos” o “salarios equivalentes” al tiempo que queremos considerar. Existen dos tipos de técnicas para cuantificar los costes indirectos: los modelos de capital humano y la valoración contingente.

Los modelos de capital humano consisten en cuantificar la pérdida potencial de productividad ocasionada por la reducción del tiempo de trabajo remunerado como consecuencia de una determinada enfermedad. Un problema que ocasiona este enfoque es que deja fuera de la cuantificación a los pacientes que no están en el mercado laboral y no mide la pérdida de productividad debida a la reducción en el tiempo no remunerado del paciente. Por este motivo, han aparecido dos enfoques que intentan paliar la falta de equidad y las limitaciones del enfoque del capital humano: el método de los costes friccionales y el enfoque QALY. El primero, aplicado en Australia (aunque su origen se encuentra en los Países Bajos), defiende que los costes indirectos son únicamente los costes de reemplazar a un trabajador enfermo. En el enfoque QALY los únicos costes indirectos que deberían ser contabilizados son los derivados de la formación del sustituto en su puesto laboral y los costes directos no sanitarios que cuantifican el coste del tiempo y transporte en los que incurre el individuo para recibir la atención sanitaria.

» Para poder llevar a cabo una buena evaluación económica es fundamental medir bien los costes que las diferentes tecnologías conllevan para luego compararlos con los resultados que ofrecen en términos de salud.

» La mayoría de los trabajos de evaluación económica de tecnologías sanitarias se suelen incluir únicamente los costes directos sanitarios, dejando al margen los costes directos no sanitarios, los indirectos y los intangibles.

Por su parte, la valoración contingente consiste en conocer cómo valora el agente un cambio en su propio estado de salud mediante lo que se conoce como disponibilidad a pagar (DAP). Es decir, en este enfoque se le pregunta al individuo a cuánta renta estaría dispuesto a renunciar a cambio de una mejora determinada en su salud o a cambio de evitar un empeoramiento de la misma. Esta técnica está experimentando un fuerte auge en los últimos tiempos, a pesar de existir problemas de consistencia a la hora de la utilización de cuestionarios que permitan medir la DAP. Así, aparecen los mismos problemas éticos que hemos comentado en el caso de las teorías del capital humano.

Por último, los costes de intangibles corresponden a la evaluación del sufrimiento o dolor, por lo que es altamente complicada su monetarización. Hasta el día de hoy no existe ninguna metodología ampliamente aceptada que permita la valoración este tipo de costes, por lo que las principales agencias evaluadoras mundiales desaconsejan su inclusión dentro de los costes monetarios, considerando que el aumento o la reducción de la carga de este tipo de coste debería tener su reflejo en las medidas de efectividad y de calidad de vida. En todo caso, las dificultades inherentes a su valoración no deben provocar su exclusión del análisis, puesto que su existencia o no puede ser un elemento importante en la toma de decisiones sanitarias. La mayoría de los trabajos

de evaluación económica de tecnologías sanitarias suelen incluir únicamente los costes directos sanitarios, dejando al margen los costes directos no sanitarios, los indirectos y los intangibles. La cuantificación de esta clase de costes no es sencilla, pero su importancia en la evaluación es a veces decisiva. Por ejemplo, los costes directos no sanitarios en programas de cuidados de pacientes con enfermedades crónicas, ancianos o personas con problemas familiares, estos costes pueden resultar significativos y, sin embargo, no suelen ser contabilizados. La razón de ello es que en la identificación y medición de un coste cobra una importancia fundamental el punto de vista desde el cual nos situemos. Así, desde la óptica de la sociedad deben ser identificados y recogidos todos los tipos de costes sin excepción, con independencia de sobre quién recaigan. Sin embargo, desde el punto de vista del SNS, el coste relevante es el gasto que se tiene que desembolsar por la atención sanitaria del paciente.

En cuanto a los costes indirectos, su inclusión o no dentro de las evaluaciones económicas en el área de la salud ha sido, y continúa siendo, un tema de discusión que parece aún lejos de resolverse. Sin embargo, cada día son más los trabajos empíricos que realizan estimaciones de los costes indirectos, ya que su inclusión es esencial a la hora de determinar el impacto de determinadas tecnologías en enfermedades crónicas como el asma, la EPOC, el sida o la migraña. ■



Para saber más:

Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias / autores, J. López Bastida [et al.].
(<http://aunets.isciii.es/ficherosproductos/132/MemoriaFinal.pdf>)
Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies: Canada.
The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)
(http://cadth.ca/media/pdf/186_EconomicGuidelines_e.pdf)
Australian Guidelines for Pharmaceuticals
([http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pbs-general-pubs-guidelines-index.htm/\\$FILE/guidelines.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-pbs-general-pubs-guidelines-index.htm/$FILE/guidelines.pdf))
Economía de la salud. Hidalgo, A. Indalecio, C. y del Llano, J. Ediciones Pirámide. Madrid, 2000.

Sección patrocinada por:



1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: PREVENCOR® 10 mg Comprimidos recubiertos, PREVENCOR® 20 mg Comprimidos recubiertos, PREVENCOR® 40 mg Comprimidos recubiertos, PREVENCOR® 80 mg Comprimidos recubiertos.

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA: Cada comprimido recubierto contiene 10 mg, 20mg, 40mg o 80mg de atorvastatina (como atorvastatina cálcica (trihidrato). Lista de excipientes, en el 1.6. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos. Comprimidos recubiertos blancos, elípticos, con un "10" marcado en una cara y "PD155" en la otra. Comprimidos recubiertos blancos, elípticos, con un "20" marcado en una cara y "PD156" en la otra. Comprimidos recubiertos blancos, elípticos, con un "40" marcado en una cara y "PD157" en la otra. Comprimidos recubiertos blancos, elípticos, con un "80" marcado en una cara y "PD158" en la otra. **4. DATOS CLÍNICOS: 4.1. Indicaciones terapéuticas:** PREVENCOR está indicado como tratamiento adicional a la dieta en la reducción del colesterol total elevado, el colesterol LDL, la apolipoproteína B y los triglicéridos en pacientes con hipercolesterolemia primaria, incluyendo la hipercolesterolemia familiar (variante heterocigótica) o hiperlipidemia combinada (mixta) (correspondiente a los tipos IIa y IIb de la clasificación de Fredrickson) cuando la respuesta obtenida con la dieta u otras medidas no farmacológicas ha sido inadecuada. PREVENCOR está también indicado, para reducir el colesterol total y colesterol LDL en pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica, en terapia combinada con otros tratamientos hipolipemiantes (por ejemplo, aféresis de las LDL) o si no se dispone de estos tratamientos. Prevención de la enfermedad cardiovascular. Prevención de eventos cardiovasculares en pacientes considerados de alto riesgo de sufrir un primer evento cardiovascular (ver Propiedades farmacodinámicas), como tratamiento adyuvante a la corrección de otros factores de riesgo. **4.2. Posología y forma de administración:** Antes de tomar PREVENCOR, el paciente debe haber llevado a cabo una dieta estándar para reducir los niveles de colesterol y debe continuar con ella durante el tratamiento. Los dosis deben individualizarse de acuerdo con los niveles basales del colesterol LDL, el objetivo del tratamiento y la respuesta del paciente. La dosis inicial habitual es de 10 mg una vez al día. El ajuste de la dosis se debe hacer a intervalos de 4 ó más semanas. La dosis máxima es de 80 mg una vez al día. Atorvastatina se administra en una dosis única diaria. Las dosis se pueden administrar en cualquier momento del día con o sin alimentos. En pacientes con cardiopatía coronaria y otros pacientes con mayor riesgo de acontecimientos isquémicos, el objetivo del tratamiento es alcanzar unos niveles de LDL-C $< 3 \text{ mmol/l}$ ($< 115 \text{ mg/dl}$) y de colesterol total $< 5 \text{ mmol/l}$ ($< 190 \text{ mg/dl}$). Adaptado de "Prevention of coronary heart disease in clinical practice: Recommendations of the Second Joint Task Force of European and Other Societies on Coronary Prevention" in *Atherosclerosis* 140 (1998) 199-270. **Hipercolesterolemia primaria e hiperlipidemia combinada (mixta):** La mayoría de los pacientes se controlan con PREVENCOR 10 mg administrado una vez al día. La respuesta terapéutica se observa al cabo de 2 semanas y habitualmente se alcanza la máxima respuesta terapéutica a las 4 semanas. La respuesta se mantiene durante el tratamiento crónico. **Hipercolesterolemia familiar heterocigótica:** Los pacientes deben iniciar el tratamiento con 10 mg de PREVENCOR al día. Los dosis deben individualizarse y ajustarse cada 4 semanas hasta los 40 mg al día. Posteriormente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 80 mg al día o se pueden combinar 40 mg de atorvastatina una vez al día con una resina de intercambio iónico. **Hipercolesterolemia familiar homocigótica:** En un estudio de uso compasivo en 64 pacientes para 46 pacientes se disponía de información confirmada sobre el receptor LDL. En estos 46 pacientes, el porcentaje medio de reducción del colesterol LDL fue de aproximadamente el 21%. Se administraron dosis de atorvastatina de hasta 80 mg/día. La dosis de atorvastatina en pacientes con hipercolesterolemia familiar homocigótica es de 10 a 80 mg al día. Atorvastatina debe utilizarse en terapia combinada con otros tratamientos hipolipemiantes (por ejemplo, aféresis de las LDL) en estos pacientes o si no se dispone de estos tratamientos. **Prevención de la enfermedad cardiovascular:** En los estudios en prevención primaria la dosis fue 10 mg/día. Pueden ser necesarias dosis mayores a fin de alcanzar los niveles de colesterol LDL de acuerdo con las guías actuales. **Dosis en pacientes con insuficiencia renal:** La enfermedad renal no afecta a las concentraciones plasmáticas de PREVENCOR ni a sus efectos sobre los lípidos; por lo tanto, no es necesario un ajuste de la dosis. **Uso en geriatría:** La eficacia y seguridad en pacientes mayores de 70 años, utilizando las dosis recomendadas, es similar a la observada en la población general. **Uso en pediatría:** Solo debe ser utilizado en pediatría por especialistas. La experiencia en pediatría se reduce a un pequeño número de pacientes (de 4-17 años) con dislipidemias graves, como la hiperlipidemia familiar homocigótica. En esta población la dosis inicial recomendada es de 10 mg de atorvastatina al día. Según la respuesta y la tolerancia, esta dosis puede aumentarse hasta 80 mg al día. No se han evaluado datos de seguridad en el desarrollo de la población pediátrica. **4.3. Contraindicaciones:** PREVENCOR está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de este medicamento, en pacientes con enfermedad hepática activa o con elevaciones injustificadas y persistentes de las transaminasas séricas que superen el triple del valor máximo de normalidad, miopatía, durante el embarazo, la lactancia y en mujeres en edad fértil que no empleen las adecuadas medidas anticonceptivas. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Efectos hepáticos: Se recomienda la realización de pruebas de función hepática antes de iniciar el tratamiento y posteriormente de forma periódica. Se deberán realizar pruebas de función hepática a los pacientes que desarrollen cualquier síntoma o signo que sugiera lesión hepática. Los pacientes que presenten un aumento en los niveles de transaminasas se deben controlar hasta que estas[an] anomalía[s] quede[n] result[ado]s. En caso de un aumento persistente de las transaminasas 3 veces el valor máximo de normalidad, se recomienda una reducción de la dosis o la retirada de PREVENCOR (Ver 4.8. Reacciones adversas). PREVENCOR debe utilizarse con precaución en pacientes que consuman cantidades importantes de alcohol y/o con antecedentes de enfermedad hepática. **Efectos en el músculo esquelético:** Atorvastatina, como otros inhibidores de la HMG-CoA reductasa, puede afectar en raras ocasiones al músculo esquelético y producir mialgia, miositis y miopatía que pueden progresar a rabdomiolisis, una patología potencialmente mortal caracterizada por elevados niveles de creatinfosfocinasa (CPK) (más de 10 veces el valor máximo de normalidad), mioglobina y mioglobinuria que pueden desembocar en insuficiencia renal. **Previamente al tratamiento:** La prescripción de atorvastatina en aquellos pacientes con factores que pueden predisponer a la aparición de rabdomiolisis, debe realizarse con precaución. Se deben determinar los niveles de CPK antes de comenzar el tratamiento con estatinas en las siguientes situaciones:- Insuficiencia renal-Hipotiroidismo-Historia personal o familiar de enfermedades musculares hereditarias-Historia de toxicidad muscular por una estatina o un fibrato-Antecedentes de enfermedad hepática y/o cuando se consuman cantidades substanciales de alcohol-En ancianos (mayores de 70 años), la necesidad de estas determinaciones se debería valorar dependiendo de la existencia de otros factores predisponentes para el desarrollo de rabdomiolisis. En todas las circunstancias enumeradas anteriormente, debe valorarse el riesgo del tratamiento frente a su posible beneficio y, se recomienda la vigilancia clínica del paciente. Si inicialmente los niveles de CPK se encuentran significativamente elevados (más de 5 veces el valor máximo de normalidad), el tratamiento no deberá instaurarse. **Determinación de la creatinfosfocinasa:** Los niveles de CPK no se deben determinar después de realizar un ejercicio físico intenso o en presencia de una causa alternativa que pueda explicar un incremento de la CPK, ya que esto dificulta la interpretación del resultado. Si inicialmente los valores de CPK están significativamente elevados (más de 5 veces el valor máximo de normalidad), la determinación deberá repetirse de 5 a 7 días más tarde para confirmar estos resultados. **Durante el tratamiento:** Debe indicarse a los pacientes que comuniquen rápidamente cualquier dolor o debilidad muscular, especialmente si viene acompañado de fiebre y malestar- Si estos síntomas se presentan en pacientes que estén recibiendo tratamiento con atorvastatina, se deben determinar sus niveles de CPK. Si estos niveles resultan significativamente elevados (más de 5 veces el valor máximo de normalidad) el tratamiento se debe interrumpir. En los casos en los que los síntomas sean severos y supongan molestias diarias para el paciente, debe valorarse la interrupción del tratamiento, incluso aunque los niveles de CPK se encuentren elevados por debajo de 5 veces el valor máximo de normalidad.- Si los síntomas desaparecen y los niveles de CPK se normalizan, se puede considerar la reintroducción de atorvastatina o bien la de otra estatina alternativa, a dosis más bajas y bajo estrecha vigilancia del paciente.- Debe interrumpirse el tratamiento con atorvastatina, si se produce una elevación clínicamente significativa de los niveles de CPK (más de 10 veces el valor máximo de normalidad), o si se diagnostica o sospecha una rabdomiolisis. El riesgo de rabdomiolisis aumenta cuando atorvastatina se administra de forma concomitante con ciertos medicamentos como: ciclosporina, eritromicina, claritromicina, itraconazol, ketoconazol, nefazodona, niacina, gemfibrozil, otros derivados del ácido fibrico o inhibidores de la proteasa del VIH. (Ver 4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción y 4.8. Reacciones adversas). **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Durante el tratamiento con inhibidores de la HMG-CoA reductasa el riesgo de miopatía aumenta con la administración concomitante de ciclosporina, derivados del ácido fibrico, antibióticos macrólidos incluyendo eritromicina, antifúngicos azólicos o niacina y en raras ocasiones se ha producido rabdomiolisis con disfunción renal secundaria a mioglobinuria. Por tanto, debe valorarse con cuidado el beneficio y el riesgo del tratamiento concomitante (Ver 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Inhibidores del citocromo P450 3A4:** Atorvastatina se metaboliza por la vía del citocromo P450 3A4. Puede producirse interacción cuando se administra PREVENCOR con inhibidores del citocromo P450 3A4 (por ejemplo, ciclosporina, antibióticos macrólidos incluyendo eritromicina y claritromicina, nefazodona, antifúngicos azólicos incluyendo el itraconazol e inhibidores de la proteasa del VIH). La administración concomitante puede llevar a elevaciones de las concentraciones plasmáticas de atorvastatina. Por tanto, debe tenerse especial precaución cuando se utiliza atorvastatina junto con estos medicamentos (Ver también sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Inhibidores de glicoproteína-P:** Atorvastatina y sus metabolitos son sustratos de la glicoproteína-P. Los inhibidores de la glicoproteína-P (por ejemplo, ciclosporina) pueden aumentar la biodisponibilidad de atorvastatina. **Eritromicina, Claritromicina:** La administración conjunta de 10 mg una vez al día de atorvastatina y eritromicina (500 mg cuatro veces al día), ó 10 mg una vez al día de atorvastatina y claritromicina (500 mg dos veces al día), conocidos como inhibidores del citocromo P450 3A4, se asociaron con concentraciones plasmáticas de atorvastatina más elevadas. Claritromicina aumentó el Cmax y el AUC de atorvastatina en un 56% y 80%, respectivamente. **Itraconazol:** La administración concomitante de 40 mg de atorvastatina y 200 mg de itraconazol diarios produjo un aumento de tres veces el AUC de atorvastatina. **Inhibidores de la proteasa:** La administración conjunta de atorvastatina y de inhibidores de proteasas, conocidos como inhibidores del citocromo P450 3A4, estuvo asociado con un aumento en las concentraciones plasmáticas de atorvastatina. **Zumo de pomelo:** Contiene uno o más componentes que inhiben el CYP3A4 y puede elevar los niveles plasmáticos de los fármacos metabolizados por el CYP3A4. La ingesta de un vaso con 240 ml de zumo de pomelo incrementó en un 37% el AUC de atorvastatina y redujo en un 20,4% el AUC de su metabolito activo orohidroxiado. Sin embargo, cantidades elevadas de zumo de pomelo (más de 1,2 l diarios durante 5 días) aumentaron 2,5 veces el AUC de atorvastatina y 1,3 veces el AUC de los inhibidores activos de la HMG-CoA reductasa (atorvastatina y sus metabolitos). Por tanto, no se recomienda la ingestión conjunta de atorvastatina y de grandes cantidades de zumo de pomelo. **Inductores del citocromo P450 3A4:** No se conoce el efecto de los inductores del citocromo P450 3A4 (por ejemplo, rifampicina o fenitoína) sobre PREVENCOR. Se desconoce la posible interacción con otros sustratos de esta isoenzima, pero debe considerarse para otros fármacos de estrecho margen terapéutico, como por ejemplo los fármacos antiarrítmicos de Clase III incluyendo la amiodarona. **Otros tratamientos concomitantes: Gemfibrozil/derivados de ácido fibrico:** El riesgo de miopatía inducida por atorvastatina puede aumentar con la administración conjunta de derivados del ácido fibrico. De acuerdo con los resultados de los estudios in vitro, la ruta metabólica de atorvastatina mediante glucuronidación, es inhibida por gemfibrozil. Posiblemente esto pueda llevar a elevaciones en los niveles plasmáticos de atorvastatina. (Ver también sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Digoxina:** Cuando se administraron conjuntamente dosis múltiples de digoxina y 10 mg de atorvastatina, las concentraciones plasmáticas en el equilibrio de digoxina no resultaron afectadas. Sin embargo, las concentraciones de digoxina aumentaron aproximadamente un 20% tras la administración diaria de digoxina junto con 80 mg de atorvastatina. Esta interacción puede explicarse por la inhibición de la proteína transportadora de membrana, P-glicoproteína. Los pacientes tratados con digoxina deben ser monitorizados de forma adecuada. **Anticonceptivos orales:** La administración conjunta de PREVENCOR con anticonceptivos orales produjo un aumento de las concentraciones plasmáticas de noretindrona y etinil estradiol. Al seleccionar la dosis de un anticonceptivo oral, debe considerarse este aumento de las concentraciones. **Colestipol:** Las concentraciones plasmáticas de atorvastatina y sus metabolitos activos fueron inferiores (aproximadamente un 25%) cuando colestipol se administró junto con PREVENCOR. No obstante, los efectos sobre los lípidos fueron mayores cuando se administraron conjuntamente PREVENCOR y colestipol que cuando los fármacos se administraron por separado. **Antiácidos:** La administración conjunta de PREVENCOR con una suspensión oral antiácida que contenía hidróxidos de magnesio y de aluminio, redujo en aproximadamente un 35% las concentraciones plasmáticas de atorvastatina y sus metabolitos activos; sin embargo, no se alteró la reducción del colesterol-LDL. **Warfarina:** La administración conjunta de PREVENCOR y warfarina produjo una pequeña reducción del tiempo de protrombina durante los primeros días de tratamiento, que volvió a la normalidad a los 15 días. No obstante, los pacientes que recibían warfarina deben ser monitorizados cuando se añada PREVENCOR a su tratamiento. **Fenazona:** La administración conjunta de dosis múltiples de PREVENCOR y fenazona evidenció poco o ningún efecto apreciable en el aclaramiento de fenazona. **Cimetidina:** Se realizó un estudio de interacción con cimetidina y PREVENCOR, y no se observó ninguna interacción. **Amlodipino:** La farmacocinética de atorvastatina no resultó alterada por la administración conjunta durante el estado de equilibrio de 80 mg de atorvastatina y 10 mg de amlodipino. Otros: En aquellos estudios clínicos en los que se administró PREVENCOR junto con antihipertensivos o hipoglucemiantes no se observaron interacciones clínicamente significativas. **4.6. Embarazo y lactancia:** PREVENCOR está contraindicado en el embarazo y durante la lactancia. Las mujeres en edad fértil deben emplear las adecuadas medidas anticonceptivas. No se ha demostrado la seguridad de atorvastatina durante el embarazo y la lactancia. En los estudios en animales se ha evidenciado que los inhibidores de la HMG-CoA reductasa pueden influir en el desarrollo de los embriones o fetos. Durante la exposición de las madres a dosis de atorvastatina superiores a 20 mg/kg/día (exposición clínica sistémica) se retrasó el desarrollo de las camadas y se redujo la supervivencia post-natal en ratas. En ratas, las concentraciones plasmáticas de atorvastatina y sus metabolitos activos eran similares a las encontradas en la leche. Se desconoce si este fármaco o sus metabolitos se excretan en la leche humana. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han comunicado acontecimientos adversos que sugieran que los pacientes que toman PREVENCOR pueden sufrir alteraciones de la capacidad para conducir o manejar maquinaria peligrosa. **4.8. Reacciones adversas:** Las reacciones adversas más comúnmente esperadas fueron principalmente gastrointestinales incluyendo estreñimiento, flatulencia, dispepsia, dolor abdominal que normalmente mejoraron al continuar el tratamiento. Menos de un 2% de los pacientes, abandonaron los ensayos clínicos a causa de los efectos secundarios atribuidos a PREVENCOR. En base a los datos de los estudios clínicos y de la amplia experiencia post-comercialización, se presenta a continuación el perfil de acontecimientos adversos de PREVENCOR. Se ordenan las frecuencias estimadas para los acontecimientos de acuerdo con el siguiente criterio: frecuente ($>1/100$, $<1/10$), poco frecuente ($>1/1000$, $<1/100$); raramente ($>1/10000$, $<1/1000$); muy raramente ($>1/100000$, $<1/10000$). **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: estreñimiento, flatulencia, dispepsia, náuseas, diarrea. Poco frecuentes: anorexia, vómitos. **Trastornos hemáticos y linfáticos:** Poco frecuente: trombocitopenia. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: reacciones alérgicas. Muy raramente: anafilaxia. **Trastornos endocrinos:** Poco frecuentes: alopecia, hiperglucemia, hipoglucemia, pancreatitis. **Psiquiátricos:** Frecuentes: insomnio. Poco frecuentes: amnesia. **Trastornos del sistema inmune:** Frecuentes: dolor de cabeza, mareo, parestias, hipostesia. Poco frecuente: neuropatía periférica. **Trastornos hepatobiliares:** Raramente: hepatitis, ictericia colestásica. **Piel/anejos:** Frecuentes: erupción cutánea, prurito. Poco frecuente: urticaria. Muy raramente: edema angioneurótico, erupción ampollosa (incluyendo eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica). **Trastorno del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: tinnitus. **Trastornos musculoesqueléticos:** Frecuentes: mialgias, artralgias. Poco frecuente: miopatía. Raramente: miositis, rabdomiolisis. **Trastornos del sistema reproductor:** Poco frecuente: impotencia. **Trastornos generales:** Frecuentes: astenia, dolor torácico, dolor de espalda, edema periférico. Poco frecuentes: malestar, aumento de peso. **Investigaciones:** Como con otros inhibidores de la HMG-CoA reductasa, se han comunicado elevaciones en los niveles de las transaminasas séricas en los pacientes que recibían PREVENCOR. Estos cambios fueron normalmente leves, transitorios y no requirieron interrupción del tratamiento. En un 0,8% de los pacientes que recibían PREVENCOR se produjeron elevaciones clínicamente importantes (>3 veces por encima del valor máximo de normalidad) de las transaminasas séricas. Estas elevaciones estuvieron relacionadas con la dosis y fueron reversibles en todos los pacientes. En ensayos clínicos, al igual que con otros inhibidores de la HMG-CoA reductasa, un 2,5% de los pacientes tratados con PREVENCOR presentaron niveles de CPK tres veces superiores al máximo de normalidad. En un 0,4% de los pacientes tratados con PREVENCOR se observaron elevaciones en valores 10 veces superiores al límite máximo de normalidad. (Ver 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo, efectos en el músculo esquelético). **4.9. Sobredosis:** No existe un tratamiento específico para la sobredosis de PREVENCOR. Si se produce una sobredosis, debe tratarse al paciente sintomáticamente e instituir medidas de soporte, según sea necesario. Deben realizarse pruebas de función hepática y monitorizar los niveles séricos de CPK. Debido a la elevada unión a proteínas plasmáticas de atorvastatina no se espera que la hemodilúsis aumente de forma significativa el aclaramiento de atorvastatina. **5. DATOS FARMACÉUTICOS: 5.1. Lista de excipientes:** Carbonato de calcio, Celulosa microcristalina, Lactosa monohidrato, Croscarmelosa de sodio, Polisorbato 80, Hidroxipropilcelulosa, Estearato de magnesio, Opadry White YS-040 (hipromelosa, macrogol 8000, dióxido de titanio y talco), Emulsión de simeticona (simeticona, estearatos emulgentes y ácido sórbico), Cera candelilla. **5.2. Incompatibilidades:** No aplicable. **5.3. Período de validez:** 3 años. **5.4. Precauciones especiales de conservación:** No se precisan condiciones especiales de conservación. **5.5. Naturaleza y contenido del recipiente:** Blisters formados por una parte delantera de poliamidilamina de aluminio/cloruro de polivinilo y una parte posterior de papel/poliéster/lamina de aluminio/recubrimiento de vinilo termosellante o una lámina de aluminio/recubrimiento de vinilo termosellante. PREVENCOR 10 mg Comprimidos recubiertos se presenta en envases de 28 comprimidos. Envase clínico de 500 comprimidos. PREVENCOR 20 mg Comprimidos recubiertos se presenta en envases de 28 comprimidos. Envase clínico de 500 comprimidos. PREVENCOR 40 mg Comprimidos recubiertos se presenta en envases de 28 comprimidos. Envase clínico de 500 comprimidos. PREVENCOR 80 mg Comprimidos recubiertos se presenta en envases de 28 comprimidos. 5.6. Instrucciones de uso y manipulación: No son necesarias instrucciones especiales. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** ALMIRALL PRODESFARMA, S.A. General Mitre, 151 08022 - BARCELONA. **7. NÚMERO DEL REGISTRO:** PREVENCOR 10 mg Comprimidos: 61.742. PREVENCOR 20 mg Comprimidos: 61.743. PREVENCOR 40 mg Comprimidos: 61.744. PREVENCOR 80 mg Comprimidos: 64.642. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN:** Prevencor 10mg comprimidos: 20 de octubre de 1997. Prevencor 20mg comprimidos: 2 de marzo del 2001. Prevencor 40mg comprimidos: 27 de febrero de 2001. Prevencor 80mg comprimidos: 14 de marzo de 2002. **9. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Febrero de 2006. Mod. FT.16.1 (19/01/06). **10. PRESENTACIONES COMERCIALIZADAS Y P.V.P. (IVA):** Envase de 28 comprimidos PREVENCOR® 10mg: 27,01 Euros; Código Nacional: 932822, PREVENCOR® 20mg: 45,74 Euros. Código Nacional: 667469; PREVENCOR® 40mg: 53,97 Euros; Código Nacional: 667451. PREVENCOR® 80mg: 53,97 Euros. Código Nacional: 851154. Con Receta Médica. Consultar ficha técnica completa antes de prescribir, financiado por el Sistema Nacional de Salud con Aportación Normal. Bajo licencia de Parke Davis (Pfizer).

Bibliografía: 1. Hunninghake D et al. Treating to meet NCEP-recommended LDL cholesterol concentrations with atorvastatin, fluvastatin, lovastatin, or simvastatin in patients with risk factors for coronary heart disease. *J Fam Pract* 1998;47:349-356. 2. Gómez JA, del Castillo A. Evaluación farmacocinética de atorvastatina. *Rev Esp Econ Salud* 2003;2:294-303.

la confianza
se consigue con
el tiempo,
eso es evidente

Prevencor®
ATORVASTATINA 10 20 40 80 mg

- Consigue el control en el 95% de los pacientes con factores de riesgo de enfermedad coronaria⁽¹⁾

**Con 62 millones de pacientes/año
y 80.000 participantes en ensayos
clínicos⁽²⁾**

ES LA REFERENCIA

Confía



Gestión Profesional

Hacia la clínica sin papeles



Jose María Martínez García*

» Fue con la aparición de los ordenadores personales cuando se logra descentralizar la información y hacerla accesible a la población, incrementando el interés por el *software*.

» La evidente utilidad de la informatización de una clínica viene dada por la posibilidad de compartir la información entre los distintos estamentos que la componen.

La primera aplicación práctica de la informática en medicina se remonta a la aparición de aquella pues, si bien el primer desarrollo informático fue utilizado para agilizar la elaboración del censo de población, éste, a su vez, fue inmediatamente empleado en la confección de estadísticas epidemiológicas y de salud pública. Un paso adelante se consiguió con la utilización de los "mainframes", grandes máquinas con capacidades de almacenamiento y de proceso para aquella época (los años 60).

Fue con la aparición de los ordenadores personales cuando se logra descentralizar la información y hacerla accesible a la población. De forma paralela se origina un incremento del interés de las empresas desarrolladoras de *software* hacia el sector sanitario.

¿Qué ventajas ofrece la informatización? Debemos apreciar las siguientes: no exige grandes espacios para su almacenamiento, nos permite guardarla por tiempo indefinido, existe una evidente facilidad de acceso, conseguimos un aumento en la seguridad de acceso y se simplifican las tareas administrativas y rutinarias, con el consiguiente ahorro de tiempo, personal y materiales.

A la hora de proceder a la informatización de una clínica, existen unos planteamientos iniciales que deberán ser resueltos antes de proceder al diseño del sistema.

¿Qué nivel de automatización deseo para dicho centro?: La situación óptima es la denominada "clínica sin papeles", aunque realmente deberíamos denominarla "con los mínimos posibles" pues existen, todavía, impedimentos legales que nos obligan a tener determinados bloques de información (historias clínicas, facturas, etc.) en soporte de papel, si bien se está notando un gran esfuerzo de las distintas administraciones autonómicas implicadas por actualizar las disposiciones legales que permitan la aplicación completa de las nuevas tecnologías a la sanidad.

¿Qué hardware?: Una vez definido el nivel de automatización hay que decidir qué sistema físico vamos a utilizar, existiendo varias posibilidades:

a) La utilización de un sistema con un "mainframe" central y el acceso desde los clientes con los denominados "thin-client" es decir, puestos que no pueden funcionar de forma autónoma, sino que dependen por completo del ordenador central, del que toman parte de los recursos.

Una instalación típica estaría formada por un equipo IBM AS-400 o similar, como servidor central y tantas pantallas como sean necesarias. Como principales ventajas presenta la escalabilidad de la solución, la cantidad de puestos clientes soportados y la seguridad de aquella. La principal desventaja la encontramos en el coste, pues puede ser bastante elevado, dependiendo de la configuración instalada que, a su vez, dependerá del número de puestos a soportar. Ello lleva a una considerable reducción en la oferta de *software* disponible para estas instalaciones.

b) La utilización de una red *ethernet* con sistema PC.

La evidente utilidad de la informatización de una clínica viene dada por la posibilidad de compartir la información entre los distintos estamentos que la componen (médicos, enfermeras, administrativos, etc.). Todo ello se consigue mediante la conexión de las unidades de información, siendo la tecnología más utilizada en la actualidad la denominada "par trenzado" categoría 5.

Dentro de la distribución de funciones podemos dividir los puestos existentes en una red como servidores (máquinas cuya función principal es la de ofrecer servicios e información al resto de los puestos de la red. El tipo de información que ofrecen determina la clase de servidor) y cliente (máquina que accede a los recursos y servicios que le proporciona un servidor). ■

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

Pfizer adquiere Wyeth para crear la primera compañía biomédica mundial

La nueva compañía se convertirá en líder mundial en la industria de la salud humana, animal y de consumo. Desarrollará un modelo de negocio único y flexible .

Pfizer y Wyeth han alcanzado un acuerdo definitivo de integración por el que Pfizer adquirirá Wyeth en una transacción combinada de efectivo y acciones, valorada en 50,19 dólares por acción, lo que representa aproximadamente 68.000 millones de dólares por el total de la compañía. La operación cuenta con el visto bueno de los Consejos de Administración de ambas empresas.

La integración de ambas compañías dará lugar a una de las más diversificadas compañías mundiales en el sector de la salud global. Para ello, la nueva empresa se centrará en el paciente operando en negocios en los que se compatibilizará la velocidad y agilidad de las pequeñas empresas muy focalizadas, con los beneficios y recursos de una organización con escala global. De esta forma, la compañía responderá más rápida y eficazmente a las necesidades de los pacientes. La nueva compañía contará con una amplia oferta de medicamentos en áreas terapéuticas con grandes demandas médicas insatisfechas, una fuerte cartera de medicamentos en desarrollo, así como habilidades científicas y de producción líderes.

Líder en el sector de la salud

Jeffrey B. Kindler, Chief Executive Officer de Pfizer, señaló que "la combinación de Pfizer y Wyeth supone una gran oportunidad para transformar nuestra industria. Permitirá construir la más importante compañía biomédica mundial cuya diversificación, flexibilidad y presencia mundial la sitúa en una posición inmejorable para el éxito en un entorno sanitario tan dinámico como el actual. La nueva compañía se convertirá en líder en el sector de la salud humana, animal y de consumo. Con la combinación de sus negocios biomédicos, liderará la Atención Primaria y la especializada, así como las pequeñas y grandes moléculas. Su presencia geográfica mundial en los países desarrollados y en desarrollo será destacada". ■



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

cristalmina

ANTISÉPTICO 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 (DCG) 1 g. Excipientes: 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, llagas recientes, prevención de infecciones en llagas por decúbito. Desinfección de la piel en preoperatorios. 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. 91 582 04 20. **POSOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado 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

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Gestión de Calidad

Beneficios de la aplicación de las normas ISO



Luisa Bautista*

» Es necesario analizar las situaciones de insatisfacción en el trabajo diario, para detectar las expectativas. Además, a veces las necesidades son implícitas y por tanto, no expresadas.

» La segmentación de los clientes se vuelve fundamental para poder determinar modelos por grupos, es decir, el cliente puede ser el propio paciente, su aseguradora, los familiares, etc.

Las nuevas versiones de las normas ISO se han basado en ocho principios que sirven como directrices para llevar a cabo una gestión eficaz de la organización y la mejora continua de sus procesos.

La norma EN ISO 9001:2000 en su apartado 5.2 establece como uno de estos principios el enfoque al cliente, que aplicado al ámbito de la gestión implica que, dado que la supervivencia y el éxito de una organización está ligado a sus clientes, es necesario en la planificación de la estrategia de la empresa comprender las necesidades no sólo actuales, sino futuras, para anticiparse a los cambios continuos en las mismas.

Una estrategia de servicio comienza por contemplar la empresa a través de los ojos de sus clientes.

En relación con la detección de estas necesidades, debemos tener en cuenta que éstas se conocen a través de los ojos de los clientes insatisfechos. Es necesario analizar las situaciones de insatisfacción en el trabajo diario, para detectar las expectativas. Además, a veces las necesidades son implícitas y por tanto, no expresadas salvo en aquellos casos en los que no están presentes en el servicio prestado. Por otro lado, las expectativas determinan el nivel de servicio esperado: hay que gestionarlas y no luchar contra ellas, y evolucionan en el tiempo.

En el sector sanitario, la segmentación de los clientes se vuelve fundamental para poder determinar modelos por grupos, es decir, el cliente puede ser el propio paciente, su aseguradora, los familiares, el facultativo que utiliza los servicios hospitalarios, etc. Cada uno con unas necesidades distintas cuya satisfacción debe ser convenientemente planificada.

La alta dirección debe diseñar la prestación del servicio de manera que se determinan las necesidades aplicando la segmentación por tipo de cliente.

Pacientes. Existe información sobre sus derechos, se les muestra respeto, se les

mantiene convenientemente informados durante el proceso asistencial, se obtiene el consentimiento informado, se aplica la Ley Orgánica de Protección de Datos, se gestionan adecuadamente sus quejas y reclamaciones, etc.

Compañías de seguros. Los clientes son asegurados a los cuales ellos deben proporcionar los medios para una asistencia sanitaria de acuerdo con lo contratado. Por tanto, la necesidad de estas instituciones es la puesta a su disposición de un conjunto de medios e instalaciones que les permitan prestar la atención debida a sus asegurados.

Facultativos. Tienen pacientes que son remitidos al hospital cuando el médico precisa de las instalaciones para completar el proceso asistencial. Por tanto, su necesidad es parecida a la de las compañías de seguros en el sentido de que demandan unos medios técnicos y equipamientos adecuados en cantidad y calidad además de unos recursos humanos competentes que les sirvan de apoyo en la prestación del servicio.

Además, los objetivos de la organización se relacionan con la satisfacción de esas necesidades y expectativas detectadas, que todo el personal de la organización conoce. Se actúa sobre los resultados de la medición de la satisfacción de los clientes a través de las distintas fuentes de retroalimentación de las que se dispone: quejas, sugerencias, no conformidades, encuestas de satisfacción y medición de indicadores de procesos.

La aplicación de este principio va a reportar beneficios de diversa índole a la organización, ya que va a incrementar la cuota de mercado al estar la organización más preparada para dar una respuesta ágil a los cambios en el mismo; permitirá una gestión más eficiente de los recursos dado que los mismos se van a emplear en el logro de los atributos demandados; y evitaremos las situaciones de calidad no demandada incrementando tanto la fidelidad como la confianza del cliente en el servicio prestado. ■

*Responsable de Gestión de Proyectos y Calidad. Subdirección Médica de Clínicas. ASISA.

V Aniversario de la Cátedra de Trasplante UAM-Roche

Los expertos reunidos con motivo del acto conmemorativo del 5º Aniversario de la Cátedra de Trasplante UAM-Roche, se han marcado el reto de mejorar la práctica clínica y la atención al paciente al que se le ha realizado un trasplante.

Aumentar el programa de actividades formativas en los campos que los profesionales identifiquen como de mayor relevancia en su práctica clínica y ampliar el número de profesionales que puedan recibir esta formación son las principales metas que, para el futuro próximo, se han marcado todos los profesionales que han participado en el acto de celebración del 5º aniversario de la Cátedra de Trasplante UAM-Roche, que ha tenido lugar recientemente en Madrid.



El doctor Cuervas-Mons, durante la presentación del V Aniversario.

La Cátedra de Trasplantes de Órganos y Tejidos UAM-Roche tiene como objetivo primordial fomentar la docencia, la investigación y la difusión de los conocimientos en el trasplante de órganos y tejidos, particularmente en lo referente al trasplante de órganos sólidos. Entre otras atribuciones, la Cátedra facilita el intercambio de experiencias investigadoras y de conocimiento entre Roche Farma S.A. y los profesores e investigadores de la Cátedra.

Treinta y tres profesionales involucrados en el trasplante de órganos, de 13 hospitales universitarios adscritos a 11 universidades de ocho comunidades autónomas españolas, forman el profesorado de los seis programas de formación continuada que tiene actualmente la Cátedra, dependiente de la Universidad Autónoma de Madrid. Roche Farma colabora y provee los recursos económicos necesarios para el desarrollo de las actividades de la Cátedra. El Aula de Trasplante de Órganos Sólidos (ATOS), el Curso de Inmunología y Virología en Trasplantes (CIVITAS), el Grupo para la Formación y Desarrollo en Trasplante Renal (FDTR), Inmunosupresión Clínica y Experimental en Trasplantes (ICET), el Programa de Formación Continua en Trastornos Metabólicos del Paciente Trasplantado renal (Proyecto Prometeo) y el Curso de Patología Infecciosa en el Paciente Trasplantado conforman las actividades de formación continuada de la Cátedra de Trasplante de Órganos y Tejidos. ■



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

dertrase[®]
POMADA

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



Acción desbridante con efecto
antiséptico de amplio espectro

DERTRASE[®] pomada. Composición por 100 g: Principios activos: Tripsina 500 mg, Quimotripsina 500 mg, Hidrolizado de ácido ribonucleico 200 mg, Ácido l-carbamilglutámico 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 decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Fununculosis. 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[®], 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
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y salud

Capital Riesgo

Las barreras de entrada



Luis G. Pareras*

» Hablamos de economía de escala cuando el coste unitario de vender un producto o proveer un servicio disminuye al aumentar el número de productos o servicios que vendemos.

» El gobierno puede limitar la entrada de nuevos competidores para favorecer una estructura de acceso adecuado a los servicios y productos de salud por parte de los consumidores.

Cuando un emprendedor quiere llevar su producto o servicio al sector sanitario, es importante conocer las barreras de entrada en el sector, porque este análisis nos será de gran utilidad para proteger nuestra posición frente a posibles competidores. Existen seis fuentes fundamentales de barreras de entrada.

1. Economías de escala. Hablamos de economía de escala cuando el coste unitario de vender un producto o proveer un servicio disminuye al aumentar el número de productos o servicios que vendemos. Por ejemplo, imaginemos un emprendedor sanitario que quiera producir un nuevo dispositivo médico, un separador quirúrgico que ha patentado. Seguramente, el coste por unidad para fabricar 100 separadores será comparativamente muy superior al de fabricar 10.000 unidades. Si es capaz de generar una demanda de esos 10.000 separadores, consigue un coste por unidad bajo, puede ajustar el precio de venta a hospitales a niveles competitivos y generará una barrera de entrada basada en economías de escala. Una nueva compañía entrante deberá ser capaz de generar desde el primer momento una demanda de esas 10.000 unidades, porque en caso contrario los costes de fabricación de pocas unidades serán tan altos que no podría poner un precio suficientemente competitivo con el que tratar de "robarle" mercado al primer emprendedor. Por lo tanto, las economías de escala desincentivan la nueva entrada de competidores al obligarlos a tener un gran tamaño, al forzarlos a entrar a competir desde el principio con un gran volumen de ventas o a perder dinero por tener un coste de fabricación mayor del producto.

2. Diferenciación de producto. Esta barrera de entrada tiene lugar cuando la compañía que quiere entrar a competir encuentra que existen ya marcas con muy buena reputación y lealtad de los usuarios/clientes. Esta buena reputación puede ser debida a inversiones importantes en publicidad, a característi-

cas distintivas de los productos que son muy valoradas por los que los utilizan o, simplemente, por haber sido el primero en ofrecer un producto o servicio en el mercado. La diferenciación crea, por tanto, una barrera porque fuerza al entrante a gastar sumas importantes de dinero en vencer la lealtad de los usuarios al primer producto, obligándole a invertir, por tanto, más capital en publicidad.

3. Necesidades de capital. En ocasiones se necesita una gran inversión inicial para entrar a competir. Un buen ejemplo podría ser el caso de querer entrar en el espacio de las cadenas de oftalmología, para lo que se requieren grandes inversiones en instalaciones, equipos sofisticados, profesionales cualificados, generación de marca, etc.

4. Acceso a los canales de distribución. También es posible generar barreras de entrada que dificulten a los nuevos entrantes el acceso a un canal de distribución que, por ejemplo, hemos firmado en exclusiva.

5. Desventajas en costes independientes de economías de escala. Aun sin economías de escala, a veces existen circunstancias que encarecen enormemente el coste a un potencial competidor entrante. Las más habituales son: las patentes, el acceso preferencial a los materiales utilizados para fabricar un producto o proveer un servicio, y la localización estratégica de nuestras instalaciones o nuestros centros médicos ocupando los lugares donde existe mayor probabilidad de que los usuarios interactúen con nosotros.

6. Políticas gubernamentales. La última de las seis barreras de entrada está condicionada por el propio gobierno o la administración. El gobierno puede limitar la entrada de nuevos competidores para favorecer una estructura de acceso adecuado a los servicios y productos de salud por parte de los consumidores. También puede regular los requisitos necesarios para abrir un centro médico, llevar un nuevo fármaco al mercado o introducir un nuevo dispositivo médico. ■

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

La Asociación Española de Derecho Farmacéutico entrega los VIII Premios ASEDEF

Milagros Pérez Oliva, periodista del diario *El País*, y Eva Delpón Mosquera, Catedrática de Farmacología de la UCM, han sido las galardonadas con el Premio ASEDEF en su edición de 2009.

Personalidades de instituciones sanitarias, del sector académico, jurídico, farmacéutico y periodístico español acudieron a la entrega de la octava edición de los Premios de la Asociación Española de Derecho farmacéutico, con el patrocinio de AstraZéneca.

María Teresa Miras Portugal, presidenta de la Real Academia Nacional de Farmacia, hizo entrega del VIII Premio ASEDEF, en la categoría de profesional de medio de comunicación español, a Milagros Pérez Oliva, del diario *El País*, por su artículo "La rebelión de las bacterias se cobra vidas". El premio está dotado con 3.500 euros,



Mariano Avilés posa con las premiadas Milagros Pérez Oliva (izda.) y Eva Delpón (dcha.).

escultura de bronce y certificado.

Por su parte Belén Prado Sanjurjo, viceconsejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid quien destacó la importancia de premios como éste basados en la buena información sobre medicamentos, pues "hacen de nuestra

sociedad un ámbito más

sano", entregó el premio en la categoría de profesional del ámbito sanitario, dotado igualmente con 3.500 euros, escultura de bronce y certificado, a Eva Delpón Mosquera, Catedrática de la Escuela de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UCM, por su trabajo "*Functional Effects of KCNE3 Mutation and Its Role in the Development of Brugada Syndrome*".

Por su parte el presidente de ASEDEF, Mariano Avilés celebró que Farmacia y Derecho sean disciplinas que necesariamente caminan unidas y pidió que las administraciones hagan leyes precisas que tengan su desarrollo reglamentario, a la vez que abogó por una mayor unidad en materia legislativa entre las comunidades para que verdaderamente exista cohesión y equidad en las prestaciones que reciban los ciudadanos". ■

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

SKIN FOAM

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

"NO ADHESIVOS FINANCIADOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL"

- Suave
- Gran control del exudado
- No se adhiere al lecho ulceral
- Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

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

SALVAT
innovación y calidad

Tribunales

No hubo relación causal



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Contencioso
Administrativo
Sentencia 19 de septiembre de
2007

Hechos

Don A. reclamó en su día ante los tribunales el hecho de que, estando realizando el servicio militar, comenzó a padecer trastornos de carácter psíquico, alucinaciones auditivas, cambios de carácter y estado anímico, sin que se le prestase asistencia médica psiquiátrica en los primeros momentos. El actor fundamentaba la responsabilidad de la Administración en que la enfermedad que finalmente se le diagnosticó, esquizofrenia paranoide, pudo producirse como consecuencia de estar sometido a un régimen especial, como era el del servicio militar.

El 5 de octubre de 1999 presentó reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración al entender que, cuando presentó los primeros síntomas de su dolencia y acudió al médico militar, éste no le prestó la atención necesaria, lo que le ocasionó un gran agravamiento en su estado de salud, estableciendo una clara relación causal entre el daño que padecía y el funcionamiento de los servicios públicos.

Fallo

En el preceptivo recurso administrativo se denegó la petición, además de que se declaró prescrita la acción por haber transcurrido el tiempo para interponerla. Todo lo cual fue ratificado por la sentencia de la Audiencia Nacional. El actor interpuso recurso de casación ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, que lo desestimó, además de por la prescripción, por no existir relación causal entre el daño y la asistencia médica prestada, ya que según la *lex artis* la enfermedad que padece el actor, es-

quizofrenia paranoide, es en gran parte de carácter hereditario y de manifestación tardía, que es lo que ocurrió en el presente caso. Por todo lo cual, el cumplimiento del servicio militar no es determinante en la aparición de la misma. Los motivos del recurso interpuesto por el demandante fueron dos: el primero, por entender que los daños sufridos son de carácter continuado y que sus efectos no quedaron estabilizados, sino a partir del último episodio grave; en el segundo motivo se alega que su enfermedad, independientemente de su carácter hereditario, se manifiesta mientras cumplía el servicio militar como consecuencia del estrés que supone tal servicio.

ANÁLISIS: Prescripción de la acción indemnizatoria

Lo primero que hay que establecer es la prescripción de la acción y si cabe en el presente caso declararla prescrita. A este respecto es reiteradísima la jurisprudencia de esta Sala en relación con los "días a quo" para el cómputo del plazo de un año de la prescripción de la acción de indemnización. La Sala se ha manifestado en muchísimas resoluciones diciendo que el derecho a reclamar prescribe al año de producirse el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, es decir, cuando se unen el daño y su ilegitimidad. Una vez apreciada la prescripción de la acción ejercitada, tampoco se dieron en el presente caso los elementos definidores de la responsabilidad patrimonial, por lo que no se ha podido determinar una causalidad adecuada entre padecimiento del actor y la prestación del servicio militar ni entre aquel y una deficiente asistencia médica.

La importancia de esta sentencia radica en determinar cuánto tiempo tiene el usuario de la sanidad pública para interponer una reclamación de indemnización, el cómputo de los "días a quo". Se conoce que es un año, pero es determinante el saber desde qué momento se computa. ■

» El actor interpuso recurso de casación ante la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, que lo desestimó, además de por la prescripción, por no existir relación causal.

» La importancia de esta sentencia radica en determinar cuánto tiempo tiene el usuario de la sanidad pública para interponer una reclamación de indemnización, el cómputo de los "días a quo".

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

Coordinada por la entidad Renta 4

Noscira lanza una ampliación de capital de 25 millones de euros

Noscira, compañía biotecnológica perteneciente al Grupo Zeltia, ha anunciado el lanzamiento de una ampliación de capital por un importe de 25 millones de euros. El acuerdo de ampliación comprende la emisión y puesta en circulación de 2.941.177 acciones ordinarias a un precio de suscripción de 8,5 euros por acción que los accionistas de la compañía podrán suscribir con carácter preferente durante el plazo de un mes. Finalizado dicho período, las acciones serán ofrecidas a la suscripción de terceros mediante un procedimiento de colocación privada coordinado por la entidad Renta 4 y dirigido a inversores particulares e institucionales que adquieran valores por un importe mínimo de 50.000 euros. Los fondos obtenidos se destinarán principalmente al desarrollo de la Fase IIa del compuesto NP-12, en desarrollo clínico para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, y a continuar el desarrollo del resto de su cartera de compuestos. Los fondos obtenidos con la ampliación permitirán a la compañía continuar el desarrollo de sus compuestos hasta finales de 2010. ■

Gracias a la cartera estratégica de productos para la salud

Novartis gana un 25 por ciento más en 2008

El grupo farmacéutico suizo Novartis obtuvo un beneficio neto de 8.163 millones de dólares (6.150 millones de euros) en 2008, lo que supone un incremento del 24,8 por ciento respecto al año anterior, según informó la entidad que propondrá a sus accionistas un incremento del dividendo anual del 25 por ciento, hasta 2 francos suizos por acción (1,32 euros). La facturación del cuarto mayor laboratorio del de Europa alcanzó los 41.459 millones de dólares (31.236 millones de euros), un 8,9 por ciento más, gracias al incremento de las ventas de la división de vacunas (+21 por ciento) y farmacia (+10 por ciento). Novartis indicó que Estados Unidos se mantuvo en 2008 como el principal mercado por países de la compañía al acaparar un 31 por ciento de las ventas del grupo, mientras que Europa alcanzó una cuota del 44 por ciento y el resto del mundo alcanzó el 25 por ciento de la facturación. ■



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

SureSkin[®] II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



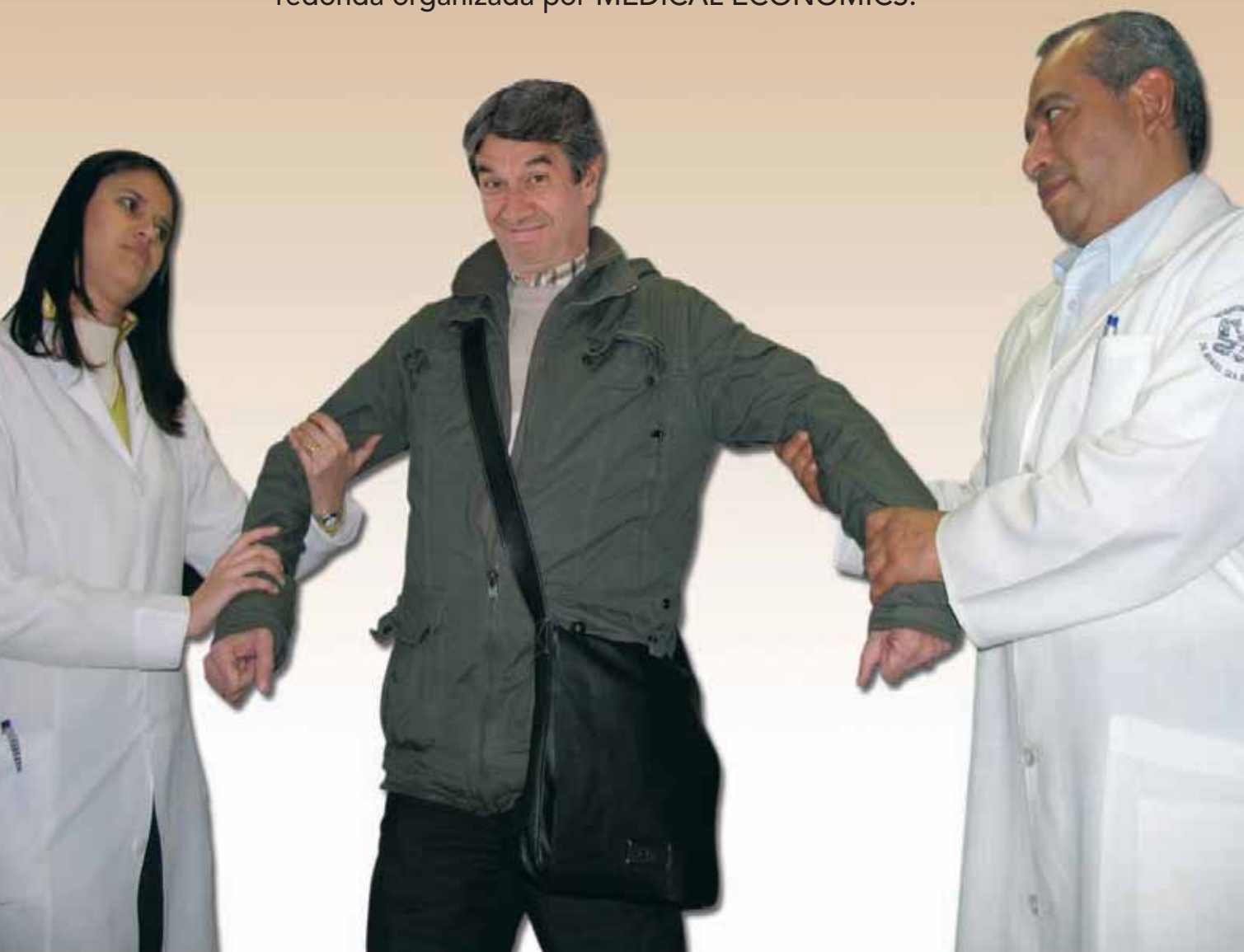
El Apósito Hidrocoloide
tan flexible y
adaptable como la piel

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

S
SALVAT
innovación y calidad

La disputa por el paciente

Existen algunas especialidades médicas con competencias compartidas, lo que aprovechan muchos de los profesionales que las ejercen para disputarse los pacientes. Una práctica que se evidencia entre traumatólogos y reumatólogos, dermatólogos y estéticos, alergólogos y especialistas del aparato respiratorio, entre otras especialidades. El conflicto, negado o aminorado por algunos, es constatado y resaltado por otros, según se puso de manifiesto en la mesa redonda organizada por MEDICAL ECONOMICS.



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

En el siglo V a. C. tuvieron lugar, como es conocido, las llamadas guerras médicas, o sea, el enfrentamiento entre el Imperio Persa y las ciudades-estado griegas Atenas y Esparta. El término médicas nada tiene que ver con los o las profesionales de la medicina, sino que hace referencia a que los griegos usaban los vocablos “medo” y “persa” como sinónimos, a pesar de que Media, de donde proviene medo y de aquí médicas, era una región del Oriente Medio contigua a Persia y sometida a su imperio. En aquel entonces se conquistaban territorios; en la actualidad, el objeto de estas guerras médicas o, si se prefiere, de las disputas entre ciertos especialistas y especialidades, son los pacientes, usuarios o clientes.

Los reumatólogos, por ejemplo, reclaman su lugar como médicos del aparato locomotor frente a los traumatólogos, a los que consideran exclusivamente cirujanos; y los traumatólogos alegan que los reumatólogos carecen de formación para tratar ciertas dolencias. Algo similar sucede entre alergólogos y especialistas del aparato respiratorio, y entre dermatólogos y los de medicina estética, que carecen de especialidad médica reconocida, o cirujanos plásticos (por cier-

to, la Sociedad Española de Medicina de Cirugía Cosmética en su página *web* incluye la Dermatología dentro de sus actividades). Antes, los dermatólogos se dedicaban a curar enfermedades de la piel, pero ahora también se preocupan de mantenerla joven y para ello utilizan las mismas técnicas que los cirujanos plásticos. Entre éstas y otras especialidades parece que existe una especie de tierra de nadie y unos y otros quieren conquistarla, conquistar al paciente-cliente, claro.

En esta ocasión, para poner los puntos sobre las íes en este asunto tan polémico como disputado, MEDICAL ECONOMICS reunió en una mesa redonda a Víctor García Giménez, presidente de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética; Aurora Guerra Tapia, presidenta de la Sociedad de Dermatología de la Comunidad de Madrid; Gabriel Herrero-Beaumont Cuenca, jefe del Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz, y a Luis Munuera Martínez, catedrático de Traumatología y Cirugía Ortopédica de la Universidad Autónoma de Madrid. La mesa estuvo moderada por Gonzalo San Segundo y José María Martínez, directores asociados de MEDICAL ECONOMICS.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Existe conflicto entre especialidades médicas de fronteras confusas y permeables, o entre los profesionales que las ejercen, por ejemplo, entre reumatólogos y traumatólogos, dermatólogos y estéticos?*

LUIS MUNUERA: Yo no creo que en estos momentos, en las especialidades que están aquí representadas, tengamos disputas por el paciente/cliente en términos generales. Comprendo que en todas las especialidades puede haber gente que no se atenga realmente a lo que está regulado. A mí esto me parece exagerado. Pero, en fin, a menos que

Gabriel opine otra cosa, creo que las funciones de los reumatólogos y los cirujanos ortopédicos están bien definidas, que en ellas hay algunas competencias que se solapan, pero a mí no me parece que eso dé lugar a batallas. A competencia en sentido de competición, puede ser, pero batalla me parece un poquito exagerado.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Sí, es una realidad. Existe conflicto como no puede ser de otra manera, lo que pasa es que, efectivamente, hay más especialidades que no están representadas...

LUIS MUNUERA: ¿En qué consiste el conflicto de tu especialidad con la mía?

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Fundamentalmente en una mala adaptación a la nueva organización del sistema, que pasa de ser un sistema muy personal a un sistema que tiene que asimilar un carácter multidisciplinario al cual muchos médicos, tanto reumatólogos como traumatólogos, no están dispuestos y eso crea muchas disfunciones. Por ejemplo, la nueva organización de las áreas de salud de Madrid está obligando a redefinir el papel de los especialistas del aparato locomotor en el área. Se está poniendo de manifiesto que los enfermos crónicos necesitan que se les vea de forma regular, pero no en consulta médica ni de forma individualizada, sino en forma de educación sanitaria, igual que se hace con los diabéticos y con otros grupos de enfermos. Esto obligaría a redistribuir la asignación presupuestaria hacia otras especialidades y disciplinas.



“ ¿ Por qué nos peleamos, por las patologías o por los pacientes? ¿Por qué surge el conflicto? Queremos que la Reumatología se encoja y dé paso a otras especialidades”

– Gabriel Herrero-Beaumont

LUIS MUNUERA: Pero eso no es un conflicto entre tu especialidad y la mía, es un conflicto de las dos especialidades con la gestión de la Administración.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: De las dos, pero en ese conflicto surge la pregunta: ¿por qué nos peleamos, por el papel a jugar en la organización asistencial, por los pacientes o por individuos? Es distinto. ¿Por qué surge el conflicto en nuestro caso en concreto? Porque los traumatólogos quieren mantener en el área una hegemonía en el manejo de los enfermos del aparato locomotor, y eso me parece que es erróneo y da lugar a unos conflictos menores, pero conflictos al fin y al cabo. Tendríamos que organizar el área de una forma moderna, racional, equilibrada y ajustándonos a lo que la sociedad nos está exigiendo.

LUIS MUNUERA: Desde mi punto de vista, vosotros queréis ver menos enfermos. La queja que yo he percibido en el área siempre es que en nuestra consulta... A lo mejor, quien tendría que ver a esos enfermos a los que tú te refieres no somos ni vosotros ni nosotros, sino Medicina Primaria. No hay conflicto entre nosotros. Puede ser conflicto de nuestras especialidades en lo que se refiere a la organización en el área.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Los traumatólogos dicen que ellos están sólo para operar, pero al mismo tiempo quieren ser los especialistas del aparato locomotor del área y tener asignados todos los enfermos reumatológicos lo cual supone una clara contradicción, o atienden a todos los enfermos o sólo al porcentaje correspondiente que precisan de una intervención quirúrgica, y que probablemente no alcance el 10 por ciento del total.

LUIS MUNUERA: Ésa no es la percepción que durante muchos años he tenido de lo que ocurre en nuestra área, porque mis



Víctor García Giménez
**PRESIDENTE DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MEDICINA Y
CIRUGÍA COSMÉTICA**

“La gente ya no reclama solamente que le traten las enfermedades geriátricas, sino mantenerse joven en aspectos como sexualidad, movilidad, memoria...”.



Aurora Guerra Tapia
**PRESIDENTA DE LA
SOCIEDAD DE
DERMATOLOGÍA
DE LA COMUNIDAD
DE MADRID**

“Las fronteras entre algunas especialidades deberían tener límites éticos y legales, que el ciudadano sepa quién es quién”.

muchachos de lo que se quejan es que en el nuestra área los reumatólogos piden que se les cite 15 pacientes, porque como ellos son internistas y tienen que explorar muy bien a los enfermos...; mientras que los traumatólogos tienen consultas de 60 pacientes. O sea, que mi percepción es que los reumatólogos podrían ver algunos pacientes más.

MEDICAL ECONOMICS: *Afirmación del ex presidente de la Sociedad Española de Reumatología, Jenaro Graña Gil: "Los reumatólogos queremos ser los médicos del aparato locomotor y que exista una diferencia clara con los cirujanos del aparato locomotor, que son los traumatólogos". Y Fernando Gómez Castresana, ex presidente de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología, le contestaba: "Esto es una barbaridad. Ocupamos el 90 por ciento del abanico en cuestiones de huesos y articulaciones, y los reumatólogos el 10 por ciento". No habrá conflictos, pero hay diferencias de opiniones.*

LUIS MUNUERA: Yo estoy totalmente en desacuerdo con lo que dice el doctor Gómez Castresana.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Y yo con lo que dice el doctor Graña.

AURORA GUERRA: Creo que sí existe conflicto entre nuestros dos ejercicios profesionales, que no especialidades. Y existen conflictos porque la sociedad ha cambiado y la realidad es que se demandan prácticas de prevención y belleza que competen a la piel y, además, casi siempre, estas actividades se hacen privadamente, por lo que aquí el conflicto, o los intereses, son dobles: profesionales y económicos. Eso es obvio. La competencia por el paciente está también en la competen-

cia por el cliente, en el sentido de alguien que acude a la consulta y va a pagar un servicio. En ese sentido sí hay conflicto, puesto que los dermatólogos somos los especialistas de la piel y creemos que somos los que estamos mejor preparados para hacerlo.

VÍCTOR GARCÍA: Mientras no se cambie la ley, la profesión que sustenta nuestro ejercicio profesional es la de médico. Pudiera ser que el Estado quiera mantener ese estatus porque le conviene no crear compartimentos excesivamente cerrados y, por tanto, permite seguir actuando a todos los médicos en el terreno de toda la Medicina, definiendo luego los ejercicios profesionales por una



"Mientras no cambie la ley, ésta ampara a cualquier licenciado en Medicina y Cirugía para que realice todas las actuaciones profesionales propias de la Medicina"

– Víctor García

formación que obtienen en el postgrado. Ahí surge el conflicto porque, evidentemente, como decía Aurora, éste se genera en el momento que nos "peleamos" no ya por patologías, sino por los clientes; inicialmente por un usuario, porque todavía no es ni paciente, ya que es un señor que anda por la calle y le queremos captar para que entre en la consulta, y convertirlo en cliente, mejor todavía en paciente, porque siendo consecuentes hoy sabemos que incluso la más simple de las



Gabriel Herrero-Beaumont
Cuenca

JEFE DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

"Con la medicina de consumo, el conflicto surge en la búsqueda del enfermo, y cada uno tiene sus trucos y sus tretas".



Luis Munuera Martínez
CATEDRÁTICO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA DE LA UAM

"En las funciones de los reumatólogos y los cirujanos ortopédicos hay algunas competencias que se solapan, pero a mí no me parece que eso dé lugar a batallas".

arrugas es una patología de la piel. Hay que hablar de formación de los médicos, de formación acreditada, de adquisición y de evaluación de capacidades, porque si nos atenemos a la legislación, podemos hablar lo que queráis aquí, pero la ley ampara, como ha dicho el profesor Munuera, a cualquier titulado o licenciado en Medicina y Cirugía para que haga cualquiera de los ejercicios que se contemplan dentro de la Medicina.

AURORA GUERRA: Yo también puedo operar una apendicitis, pero los límites están en la ética, en mi capacidad para hacerlo y en mis habilidades. Es cierto que lo podemos hacer, pero eso no quiere decir que no haya conflictos, porque unos pensamos que lo hacemos mejor que otros o que nuestra calidad es superior.

VÍCTOR GARCÍA: No todos los dermatólogos están preparados para tratar las patologías estéticas de la piel.

AURORA GUERRA: Es cierto, pero no todos lo hacen, lo hacen en función de su capacidad y sus habilidades. Estamos hablando de un colectivo que se ha preparado para hacer una actividad y creemos que nuestra preparación es mejor. El *quid* de la cuestión estaría en que la información que se da al paciente, cliente o usuario no puede ser confusa. Y cuando digo esto me refiero al término especialista. En España, especialista es el que

tar calificada, porque ahí es donde está realmente la ética.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Dónde estarían los límites de unas actividades médicas respecto de otras: en las capacidades personales o en las reglas impuestas? ¿Las técnicas son exclusivas de una determinada especialidad o pueden ser compartidas?*

VÍCTOR GARCÍA: Hay un marco que no podemos salvar, y es que hay una ley que define lo que es la profesión y unos decretos que definen lo que son las especialidades. Y luego está la LOPS que define un modelo de formación y un modelo de competencias. Creo que los políticos no quieren un sistema cerrado, lo quieren abierto para que luego puedan, si fuera necesario, permítaseme la licencia, pasar los traumatólogos a hacer de pediatras y los pediatras a hacer de traumatólogos. Por eso están configurando el tema de las troncales, definir un concepto primario de formación y luego ampliarlo con la formación de postgrado y la continuada. Yo creo que es lo que impera y se está incorporando sin que el político lo diga. Yo soy traumatólogo y en un momento determinado de mi actividad profesional me gustó el láser. El láser servía también para tratar la celulitis y conocí la celulitis. ¿Y por qué no puedo hoy pasarme al ejercicio de una medicina de la infancia, si me formo? No digo acceder al título de especialista, que éste es un tema de otra índole, sino hacer ejercicio profesional en el ámbito de las enfermedades infantiles, que son dos cosas distintas.

LUIS MUNUERA: Las capacidades personales se adquieren mediante una serie de cosas, entre las cuales figuran las técnicas. Creo que, efectivamente, los límites están en las capacidades personales, porque las reglas impuestas no sé muy bien cuáles son, pero no hay tales reglas impuestas. Como he dicho antes, en este país cualquier médico con título de licenciado puede hacer cualquier actividad. Pero luego se la juega, evidentemente, porque si no demuestra una preparación adecuada y pasa por los tribunales... Y voy a dar un ejemplo clarísimo. Conocéis la historia de los mestos, que son las iniciales de Médico Especialista Sin Título Oficial. Los mestos han ejercido de traumatólogos, de cirujanos generales, no sé si de dermatólogos, de oftalmólogos, etc., sin tener un título de especialista, porque ha sido necesario para el Sistema Na-



“ Existe conflicto entre los dermatólogos y los estéticos, actividades que casi siempre se hacen privadamente, por lo que los intereses son dobles: profesionales y económicos”

– Aurora Guerra

ha hecho, después de sus seis años en la facultad, cuatro años más de MIR. Lo otro puede ser otro tipo de formación igualmente acreditada (master, magíster...), pero cuando un médico de una sociedad dice que es “especialista”, el usuario no sabe a qué se está refiriendo. Y esa información tendría que es-

cional de Salud. Y resulta que el médico general, que ha sido contratado como tal con un contrato oficial, extendido, por ejemplo, entre otros sitios, por la Junta de Andalucía, se ha integrado como médico general adscrito al Servicio de Traumatología. Lo he vivido directamente. Probablemente lo primero que haya hecho es haber entrado en el Servicio de Urgencias, y terminan operando tan bien que han conseguido que se les reconozca el título de especialista sin serlo. Ahora bien, hay algunas actividades en donde se la juegan.

VÍCTOR GARCÍA: No estoy de acuerdo contigo. Los jueces no presumen la culpa en razón de la carencia de la titulación de especialista; consideran mucho más la corrección técnica del acto médico.

LUIS MUNUERA: No he dicho eso, he dicho que le será difícil. Pasando a las técnicas exclusivas: no hay técnicas exclusivas de una determinada especialidad y, de hecho, se solapan, por ejemplo, en el tratamiento de la osteoporosis, que con toda justicia estos señores, los reumatólogos, reclaman. Lo hace un montón de gente más o menos bien. Nosotros compartimos con los neurocirujanos la cirugía de columna. ¿Quién lo hace mejor? Eso ya es otra cosa y yo no voy a entrar en eso. Y con los cirujanos plásticos la cirugía de la mano. Hay técnicas que se solapan y a mí me parece muy bien que se solapen. No pasa nada, hay pacientes para todos. Ahora, que haya gente que sea avariciosa, ambiciosa de dinero y todas esas cosas y se ponga a discutir... ¿Qué pasa con la cirugía de la mama? La hacen los cirujanos generales y la hacen los ginecólogos. Si cometes un error, dependerá de tus capacidades personales, pero si no demuestras que tienes las capacidades personales con arreglo a la *lex artis*, tendrás un compromiso.

AURORA GUERRA: Efectivamente, la *lex artis* es la que manda para obtener una buena praxis. Pero el camino para llegar a ella es tan diferente que en nuestras especialidades y en nuestros ejercicios eso es lo que realmente crea un cierto conflicto, porque no es justo llegar a un mismo destino por unas vías tan diferentes. Entonces, un médico que ha hecho sus seis años, ha hecho su MIR, más toda la formación que le rodea, se siente de alguna manera ofendido cuando otro médico puede alegar que hace lo mismo, no sé si

siempre se da el caso, sin haber tenido ese recorrido. Por eso, ése es un motivo de conflicto. Esto es casi como lo que le pasó a Caín y a Abel: ¿por qué miras mejor a Abel y miras peor a Caín si somos igualmente hijos? Somos igualmente médicos, pero la Administración debería, insisto, revisar esas titulaciones y adecuarlas, porque si se crea un camino y se crean atajos, ¿para qué vamos a seguir el camino?

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT:

Lo que se está viendo aquí son los dos tipos de conflictos que se pueden generar entre médicos. Por un lado, los relacionados con la medicina de consumo y, por otro lado, los relacionados con la medicina asistencial. Entonces, con la medicina de consumo, el conflicto surge en la búsqueda del enfermo.

VÍCTOR GARCÍA: Pero eso también os pasa a vosotros, a los traumatólogos y a los reumatólogos. En la privada también os peleáis, ¿no?

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT:

Déjame terminar mi argumento. En la medicina asistencial creo que el conflicto surge fundamentalmente en las discrepancias por la diferencia de criterios a aplicar en la organización del sistema. Luis ha sacado muy bien a colación un ejemplo que nos puede servir a todos, el de la osteoporosis. La osteoporosis es una enfermedad multidisciplinaria en cuya asistencia y tratamiento intervienen todo tipo de especialistas. Por supuesto que la organización del tratamiento de estos enfermos puede generar situaciones de roce entre todos los especialistas involucrados, pero ya es el conflicto dentro de la organización asistencial.

LUIS MUNUERA: Quiero introducir dos términos que me parecen que están en



"No hay técnicas exclusivas de una determinada especialidad; se solapan, no pasa nada, hay clientes para todos"

– Luis Munuera

la base de lo que puede ser la disputa del paciente por las distintas especialidades. Uno es profesionalidad y otro es profesionalismo. Desgraciadamente, como profesionalidad se dice en inglés "professionalism", la mayor parte de quienes hablan de la formación de los médicos hablan de que hay formarlos en profesionalismo. En el diccionario que yo consulto, profesionalismo es una cosa, y es que uno ejerce una profesión determinada o unas habilidades o aptitudes con ánimo de lucro; y profesionalidad es ejercer una actividad, entre ellas ésta de la Medicina, con un criterio de estricto rigor, calidad y servicio, en este caso, al paciente. Es decir, la batalla por el enfermo se hace, la haga quien la haga, cuando no existe un criterio de profesionalidad y lo que preside es el profesionalismo.

blemente con un justo equilibrio entre ambos aspectos, que es lo que tiene que ser. Pero también sucederá dentro de los traumatólogos, dentro de los reumatólogos y dentro de los dermatólogos.

AURORA GUERRA: No se ha creado la especialidad de medicina estética, como pretendía Víctor, porque no es necesaria: ya existe en la Dermatología. Es como si dijésemos: "Vamos a crear la especialidad de traumatología deportiva"; se supone que un traumatólogo... Quería hacer hincapié en la importantísima relación que existe entre la piel sana y la piel enferma, esto es, entre la estética y la patología. El hecho de ser dermatólogo da excelencia a la práctica estética. Y la formación continuada, ¿quién la otorga y quién la evalúa? ¿Qué organismos oficiales? Eso es, quizá, algo que nos diferencia.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Todos tenemos sesgos, la mayoría de las veces inconscientes en cuanto a su repercusión hacia una práctica que no esté estrictamente ajustada al concepto de profesionalidad que tan bien ha dibujado Luis Munuera. Para evitarlos se requiere estudio y formación continuada, sosiego en la asistencia y responsabilidad en la gestión. Todo lo cual requiere tiempo para la reflexión y eso es algo que no tenemos.

VÍCTOR GARCÍA: Nosotros, en un momento determinado, impulsamos que la Medicina Cosmética y Estética fuera una especialidad, pues nos parecía que la actividad que realizamos tiene suficiente cuerpo doctrinal. Existen estudios universitarios propios; congresos y simposios específicos; tratados, libros, monografías y revistas propios; legislación; profesionales que se dedican, a tiempo completo a esta actividad; sociedades científicas específicas, en España y en el extranjero, etc. Pero la LOPS vino a cubrir la mayor parte de las expectativas que teníamos y nos pareció suficiente, y en ese ámbito nos movemos. Y ahora nos preguntamos: ¿qué haremos dentro de poco con la medicina del envejecimiento?, ¿quiénes reclamarán su exclusividad? Hablo de la Medicina del envejecimiento fisiológico, no de la Geriatria o de la Gerontología.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Pero eso no es medicina, es medicalización de la vida normal.



Los expertos reunidos por *Medical Economics* debatieron acerca de las especialidades médicas que tienen competencias compartidas con otras.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Completamente de acuerdo.

VÍCTOR GARCÍA: Cuesta admitir ese sentido peyorativo de la forma en que ejercemos unos y otros.

LUIS MUNUERA: Perdona, pero yo no hago alusiones a nada en modo alguno, estoy hablando en términos generales.

VÍCTOR GARCÍA: Declaro que es un problema generalizar y declaro que probablemente en nuestro sector, nuestro colectivo, llámese como se quiera, los hay con profesionalidad y con profesionalismo; y proba-

VÍCTOR GARCÍA: Es lo mismo que la medicina estética. Surge porque la gente lo reclama. La gente ya no reclama que le traten una enfermedad geriátrica, reclama mantenerse joven en aspectos como sexualidad, movilidad, memoria... Y a propósito quiero recordar una cosa: la medicina estética o cosmética nació fuera del contexto de cualquiera de las especialidades oficiales. Yo, que ya llevo 25 años practicándola, cuando empezamos a tratar algunas adiposidades localizadas, recuerdo que los plásticos decían que eso de las adiposidades localizadas no hacía falta tratarlo. Lo cierto es que ahora nos peleamos, entre comillas, por hacer liposucciones.

LUIS MUNUERA: Me parece un argumento, pero no fundamentado. La verdad es que la medicina de consumo creo que es un término que hay que definir un poquito mejor. Y me parece que lo que estáis hablando ahora entra dentro de lo que el profesor de Psiquiatría de la Autónoma, Enrique Baca, llama –y me parece muy afortunado– “la medicina del deseo”. Es decir, “yo deseo no ser viejo”, a ver qué hago para no ser viejo. Está la Geriátrica, que trata a los que son viejos, pero no trata al que no desea ser viejo. “Yo deseo ser guapo”, yo deseo no sé qué. Esa es la medicina del deseo.

MEDICAL ECONOMICS: *El especialista que invade, entre comillas, el campo profesional de otro, ¿incurre en intrusismo? ¿Hay que crear fronteras, si es que no existen ya, entre esas especialidades y, más ampliamente, en el ejercicio profesional de la Medicina?*

LUIS MUNUERA: Desde luego nadie incurre en intrusismo, sin duda, porque intrusismo es el ejercicio de actividades profesionales por persona no autorizada para ello. Y no hay que crear fronteras entre las especialidades. Las fronteras en el ejercicio profesional están en la profesionalidad, y el ministerio y sus instancias pueden decir lo que quieran.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT: Estoy de acuerdo.

AURORA GUERRA: No hay intrusismo, efectivamente. Que lo haga el que mejor sepa hacerlo. Pero también es cierto que entre nosotros sí debería haber algún tipo

de frontera, porque es que no somos equiparables y por tanto no podemos confundirnos, no podemos solaparnos. Estamos en diferentes niveles y es imposible conjuntarnos. ¿Cuáles serían las fronteras? Las fronteras deberían estar delimitadas por límites éticos. Cada individuo tiene que afrontar su formación y saber lo que puede hacer, y siempre con el máximo respeto a la salud del paciente, incluso aunque sea por un motivo estético. ¿Límites legales? También deberíamos establecerlos. La regulación legal debería ser lo suficientemente clarividente como para que no confunda al ciudadano, o sea, que quede perfectamente limitado quién es quién. Y también, quizá, límites médicos, en el sentido de que la formación quede bien especificada para unos y para otros. Todos los médicos pueden actuar en el campo de la estética, como hemos visto, o en cualquier otro campo, pero quizá deberíamos estructurar un poco cuáles son las diferencias entre unos y otros, simplemente a título informativo, y luego el paciente elegirá lo que él quiera, pero que tenga una información fehaciente, que no sea confusa en ningún caso.

VÍCTOR GARCÍA: De acuerdo, los límites los tiene que poner la formación de cada uno y, probablemente, lo que habrá que estudiar mejor es cómo hacer la evaluación de esa formación, de esa competencia profesional. Hay que pensar que estamos en una sociedad de libre mercado y que el público es libre de elegir. Y también nos acaba rechazando por cosas muy simples, y es porque no lo hacemos bien. No olvidemos que el público es inteligente y, por tanto, tres errores que cometes en consulta te hunden definitivamente en ésta que, como ha dicho el profesor Munuera, es la medicina del deseo y que los jueces definen como medicina satisfactoria, que va por la misma línea.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cómo repercuten los conflictos entre especialistas y/o entre especialidades en el paciente? ¿Se beneficia o se perjudica de ello el paciente, usuario o cliente?*

LUIS MUNUERA: Lo que percibo es un conflicto entre especialistas, no entre especialidades. Y, evidentemente, si ese conflicto se ejercita por determinados especialistas en

los que preside el profesionalismo, no creo que sea beneficioso para nadie. No niego que no exista, en determinados niveles, la caza del paciente, pero es un problema de los profesionales, de los especialistas y no de las especialidades. Y desde luego, si ese conflicto es así, a mí me parece que no es a favor de los pacientes.

GABRIEL HERRERO-BEAUMONT:

El que una sociedad emplee mucho dinero y mucho gasto social, sobre todo público, en ese tipo de medicina de consumo que llamáis medicina del deseo, es decir medicina innecesaria, es malo para los enfermos. Es fundamental separar lo máximo posible lo que es medicina necesaria de lo que es medicina de consumo. ¿Quién puede o debe

gos de los que hablábamos antes consiste precisamente en el traslado inconsciente de ese tipo de asistencia médica a la medicina de la Seguridad Social. Con frecuencia hemos visto como determinadas prácticas, de las llamadas de consumo, terminan integrándose en el Sistema Nacional de Salud.

AURORA GUERRA: A diferencia del profesor Munuera, sí creo que nosotros tenemos conflictos entre especialidades y no entre profesionales. Creo que uno a uno nos entendemos, compartimos en ocasiones la formación en algunos puntos y somos individuos que podemos relacionarnos perfectamente e, incluso, científicamente. Es la estructura sanitaria la que nos ha creado estas diferencias y este conflicto. Como el paciente nos ve de uno en uno, cada uno de nosotros no representa este conflicto, porque es un conflicto social y no creo que ninguno de nosotros hable mal de ningún médico estético ni al paciente ni a ningún otro médico. Nuestro conflicto siempre debe ir a las instituciones y no a las personas. Eso que quede claro. ¿Y cuál es el límite para que ese conflicto pudiese influir en el enfermo? El límite es ético. Cada médico, estético o dermatólogo, que actúe en conciencia, con buena praxis y conforme a la *lex artis*.

VÍCTOR GARCÍA: Al final de todo esto me pregunto dónde está el conflicto, no me ha quedado claro. A lo mejor lo estamos generando en esta mesa y luego en la calle no está, porque los pacientes acaban eligiendo según su autonomía y su criterio. Pero la competencia siempre beneficia. Soy de los que piensan que la competencia, siempre y cuando tenga reglas y existan varas de medir, en todos los casos beneficia al paciente. Yo defiendiendo esta medicina de consumo siempre y cuando sea medicina, y para que sea medicina tiene que tratar patologías. Yo no genero pacientes, los pacientes acuden a mí con algo que no les gusta; mi responsabilidad es evaluarlo como una patología, y aplicar los mismos criterios que aprendí en la facultad y que he desarrollado a lo largo de mi vida profesional, para en muchos casos alterar propuestas terapéuticas inconvenientes que me son sugeridas por el propio paciente o simplemente decir no. Por favor, no banalicemos esta Medicina. ■



Los asistentes a la mesa redonda posan al término de la misma junto con los directores asociados de *Medical Economics*, Gonzalo San Segundo (izda.) y José María Martínez (dcha.).

definir lo que es necesario en la prestación asistencial? Pues, lógicamente, es difícil de precisar. En gran medida lo modera la profesionalidad de la que hablábamos antes, consecuencia de la capacidad de integrar con ecuanimidad los conocimientos científicos junto con el factor económico sanitario en el dominio del acto médico concreto. Y claro que al paciente, en un sentido colectivo, le resulta gravoso porque el gasto económico en quitar verrugas y en quitar no sé qué, merma la asignación de recursos a otras áreas más necesitadas del Sistema de Salud. Por otro lado, uno de los ses-

TODO ESTE PODER, AHORA CONTRA EL CÁNCER

- Yondelis®, primer medicamento comercializado por PharmaMar.
- Cuatro nuevos compuestos de origen marino en desarrollo clínico.
- Una colección de más de 65.000 muestras de organismos marinos.

PREVENCIÓN PRECOZ PERSONALIZADA

HM Hospitales desarrolla un modelo de prevención de enfermedades graves y/o malignas que contempla las diferencias naturales entre personas

La tecnología más avanzada y en el tiempo adecuado para dar garantía de seguridad en el diagnóstico



La exploración periódica de personas sanas a partir de la madurez orgánica permite diagnosticar hasta un 65% de lesiones oncológicas en fase premaligna, mientras que si se realiza cuando aparecen los síntomas determina aproximadamente el 25% de tumores curables

La exploración anual con un TAC multicorte y baja radiación a partir de los 50 años permite descubrir tumores incipientes de pulmón, cuyo tratamiento logra supervivencias del 92% a los 10 años

Si fuera necesario el tratamiento de un enfermo oncológico, se realizaría en el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), que está anexo a un completo hospital médico-quirúrgico, el Hospital de Madrid Norte Sanchinarro, para tratar de forma inmediata cualquier tipo de complicación

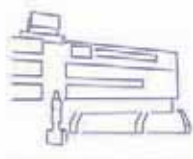
Jefe de la Unidad de PPP: Dr. Niko Mihic

Contacto: ppp@hospitaldemadrid.com, Tlf: 91 756 78 95

PROFESIONALES, TECNOLOGÍA E INVESTIGACIÓN, MÁS CERCA DE LAS PERSONAS



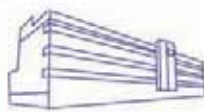
HOSPITAL de MADRID
Tlf. 91 447 66 00



HOSPITAL UNIVERSITARIO
MADRID MONTEPRÍNCIPE
Tlf. 91 708 99 00



HOSPITAL de MADRID
TORRELOA
Tlf. 91 267 50 00



HOSPITAL de MADRID
NORTE SANCHINARRO
Tlf. 91 756 78 00



CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO
CLARA CAMPAL (CIOCC)
Tlf. 902 107 469

HM
HOSPITALES



www.hospitaldemadrid.com

José Martínez Olmos presidió la entrega de los Premios Medical Economics VI Aniversario

“Estos premios reflejan lo mucho y lo bueno de la Sanidad española”

MEDICAL ECONOMICS entregó el pasado 29 de enero sus Premios IV Aniversario en un acto presidido por José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad, quien afirmó que la trayectoria de estos galardones, “reflejan lo mucho y lo bueno que tiene la Sanidad española”. Al evento acudieron destacadas personalidades de los sectores sanitario, jurídico y económico. Los premios distinguen a las entidades que más se han destacado en sus respectivas áreas de actuación en el año precedente.

Por Cristina García Blanco



Los galardonados junto a José Martínez Olmos, el editor de MEDICAL ECONOMICS, Manuel García Abad; y los directores asociados José María Martínez y Gonzalo San Segundo.

Más de trescientas personas pertenecientes a diversos sectores de la Sanidad se dieron cita en la entrega de los premios anuales de MEDICAL ECONOMICS. Estos galardones pretenden distinguir a las entidades que más han destacado en los ámbitos de gestión y atención al paciente en el año 2008. El acto estuvo presidido por el secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, quien aseguró que “los Premios Medical Economics han consolidado su trayectoria con esta convocatoria y son un reflejo de lo mucho y lo bueno que tiene la sanidad española”.

Martínez Olmos se refirió después a los retos de nuestro sistema sanitario: “Los principales desafíos de la sanidad española son la incorporación de la innovación en la prestación de los servicios sanitarios, como nuevos medicamentos y tecnologías diagnósticas; y la sostenibilidad de los servicios sanitarios, que además de financiación, precisan capacidad de eficiencia”. También se refirió al reto de que los ciudadanos “reciban servicios de calidad en la sanidad y que haya transparencia en los resultados clínicos”.

Dada la naturaleza descentralizada de nuestro sistema sanitario, el secretario ge-

con las transferencias del Estado a las comunidades autónomas. El trabajo que éstas han realizado nos ha permitido tener el mejor de los sistemas sanitarios que ha habido en España”.

Por su parte, Manuel García Abad, editor de MEDICAL ECONOMICS, inició el acto felicitando a los premiados, agradeciendo su presencia en el mismo y asegurando que “son un ejemplo en tiempos de crisis y un estímulo para los demás, ya que es mucho lo que podemos hacer para encontrar, en situaciones adversas, oportunidades de mejora. Cada uno desde su responsabilidad debemos poner nuestro granito de arena para seguir haciendo posible que, pese a las dificultades, nuestra Sanidad, nuestros profesionales, sigan siendo valorados positivamente por los ciudadanos, y nuestro sistema esté situado entre los primeros de los países más avanzados”.

Los galardones

Los Premios Medical Economics 2009 han sido otorgados por votación del Consejo Editorial de la revista, reconociendo de este modo la labor de las instituciones sanitarias más destacadas en el año precedente. En esta ocasión once han sido los galardonados: el Centro Integral Oncológico Clara

Campal (CIOCC), el Hospital La Fe de Valencia, el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Mapfre, Almirall, la campaña “Mójate por la Esclerosis Múltiple”, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), PharmaMar (Grupo Zeltia), USP Hospitales, la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana y Honorio Bando Casado (Premio Especial VI Aniversario).

La entrega de galardones comenzó con el premio a la Consejería Sanitaria más destacada, que recayó en la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana. Pilar Ripoll Feliú, directora general de Calidad y Atención al Pa-

ciente de la Agencia Valenciana de Sanidad recogió el galardón en nombre del consejero de Sanitat, Manuel Cervera, de manos del secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos. Ripoll aseguró que “es un



De izda. a dcha. Enrique González, coordinador editorial de *Medical Economics*; José María Martínez, director asociado; José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad; Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; y Gonzalo San Segundo, director asociado de la revista.

neral de Sanidad hizo hincapié en los desafíos que tienen que ver con las comunidades autónomas: “Nuestro sistema sanitario nos plantea retos que tienen que ver con las particularidades del sistema, es decir

honor y una gran satisfacción recibir este premio que reconoce el buen hacer y la capacidad de innovación de la Conselleria Valenciana. Quiero agradecer este galardón a todos los profesionales que trabajan en la Comunidad valenciana para que todo esto sea una realidad”.

El Premio Medical Economics al Mejor Grupo Hospitalario recayó en esta ocasión en el Grupo USP. Recogió el galardón su secretario general y director jurídico, Juan



Manuel García Abad aseguró que “los premiados son un ejemplo en tiempos de crisis y un estímulo para los demás”.

Pedro Calvo del Molino, de manos del editor Manuel García Abad. “Siempre que a alguien le dan un premio es un estímulo para seguir trabajando en la misma línea. Eso es, sin duda, porque lo estamos haciendo bien. Por ello quiero brindar este galardón a todos los profesionales de USP, que con su buen hacer han logrado que hoy se nos premie”.

En tercer lugar se hizo entrega del Premio a la Mejor Aseguradora de Servicios Sanitarios, otorgado a MAPFRE Caja Salud. Gonzalo San Segundo, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, entregó el galardón a Francisco José Marco Orenes, consejero delegado de MAPFRE Caja Salud y actual director general de MAPFRE Familiar. “Este premio cierra, por así decirlo, una etapa en nuestra entidad. Como todos saben, comenzamos a trabajar hace unos diez años y hemos logrado estar entre las cuatro primeras aseguradoras del sector y

sobre todo, y lo más importante: dar calidad a nuestros asegurados”.

El Hospital Universitario Fundación Alcorcón fue premiado en la categoría de Mejor Hospital Público con Mejor Gestión Privada. Recogió el galardón el gerente del centro, José Manuel González Álvarez, de manos de José María Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, agradeciendo el premio y afirmando después que, como en el caso del anterior premiado, “este premio es el reconocimiento a diez años de andadura”. Dada la particular forma de gestión del hospital, González Álvarez aseguró que “a la sanidad española se suman cada vez más hospitales con nuevas formas de gestión, que permiten mayor flexibilidad para adaptarse al mundo sanitario. Estas nuevas fórmulas demuestran que son eficientes sin perder su punto de mira y la esencia de nuestro sistema sanitario”.

Almirall fue también premiada por la publicación al recaer en esta compañía el Premio a la Mejor Información a Pacientes realizada por una entidad. Javier Altemir Malo, director de Marketing de Almirall, que recogió el premio entregado por Manuel García Abad, reiteró una vez más el compromiso de la farmacéutica con los pacientes. “Hacemos todos los esfuerzos necesarios para que los pacientes que tienen cualquier patología puedan entender qué les pasa, dado que a veces los médicos de Atención Primaria, no tienen suficiente tiempo para atenderles”. Y añadió: “Además nuestros contenidos están revisados por los propios pacientes, por lo tanto con



Destacadas personalidades del mundo sanitario acudieron a la entrega de Premios Medical Economics.

un lenguaje asequible, y traducidos a distintos idiomas”.

Los pacientes volvían a ser de nuevo protagonistas, con el Premio a la Mejor Campaña Sanitaria, que en esta ocasión fue para “Mójate por la Esclerosis Múltiple”; una campaña que se realiza en playas y piscinas de toda España y en la que los nadadores muestran su solidaridad con la enfermedad.

Martínez Olmos entregó el premio a Begoña Rueda Martínez, presidenta de la Federación Española para la Lucha Contra la Esclerosis Múltiple y a Rosa María Estrany, presidenta de la Fundación Esclerosis Múltiple, quien afirmó que “esta campaña ha proyectado socialmente la enfermedad y ha potenciado la investigación en este campo”. Y acabó animando a todos los asistentes a “mojarse por la esclerosis múltiple el próximo 12 de julio”.

El Premio Innovación en Medicina Privada recayó en el Centro Integral Oncológico Clara Campal/Hospital de Madrid

José María Martínez, aseguró que “estamos aquí por nuestro pasado, gracias a personas que con su esfuerzo han hecho que estemos donde estamos”. Y añadió: “Cumplimos 40 años, y los cumplimos con buena salud, y a la vista de las circunstancias, no puede haber mejores estímulos para los profesionales, y particularmente, para los que nos dedicamos a la gestión”.

José Martínez Olmos entregó a Enrique Used, vicepresidente de la Asociación Española Contra el Cáncer, el Premio a la Mejor Información a Pacientes realizada por una asociación. Used quiso tener un recordatorio especial para los miles de voluntarios que día a día prestan su labor en la lucha contra el cáncer. “Gracias en nombre de los miles de voluntarios que son uno de los pilares fundamentales para nosotros, al igual que lo es la información a los pacientes y a personas en riesgo de padecer cáncer, y a la sociedad en general”.

La filial del Grupo Zeltia, PharmaMar,

fue premiada en la categoría de Fomento de la Investigación en Salud y Medicina. José María Fernández Sousa-Faro, presidente de la entidad, recogió el galardón entregado por Manuel García Abad. Fernández-Sousa, tras agradecer el premio concedido, explicó que “PharmaMar es líder mundial en la búsqueda de fármacos de origen marino y este premio es el acicate para buscar el liderazgo siempre. Además, estoy seguro de que el mar nos va a proporcionar más medicamentos en el siglo XXI”.

Por último, se hizo entrega del Premio Especial VI Aniversario, concedido a Honorio Bando Casa-

do, quien recogió el premio de manos del secretario general de Sanidad, Martínez Olmos. Tras aplaudir la labor que MEDICAL ECONOMICS viene realizando en el fomento de la investigación en Ciencias de la Salud y en el desarrollo profesional continuo, Bando brindó el premio a sus familiares y amigos “que me han acompañado en todos estos años y han sabido comprender y compartir mis inquietudes”.

Tras la entrega de premios, los asistentes al acto y todos los premiados departieron en un animado cóctel para celebrar la entrega de los Premios Medical Economics 2009. ■



Los Premios Medical Economics constituyen una cita anual imprescindible en el sector sanitario.

Norte Sanchinarro. Juan Abarca Cidón, director general del Grupo Hospital de Madrid, recogió el premio de manos de Gonzalo San Segundo. “Recibir este galardón es un honor, pues se nos premia por lo que supone nuestro lema: la búsqueda de la excelencia sanitaria, que ya empezó con mis padres hace más de 20 años, y que tiene su mejor representación en el CIOCC y en el Hospital de Sanchinarro”.

El Hospital Universitario La Fe de Valencia fue galardonado como Mejor Hospital con Gestión Pública. El gerente del centro, el doctor Melchor Hoyos García, encargado de recoger el premio entregado por



Manuel García Abad (dcha.) junto con Gonzalo San Segundo y José María Martínez, saludan a su llegada al secretario general de Sanidad.



De izda. a dcha., Ricardo de Lorenzo con Marisa Calderón, Juan Abarca Campal y Juan Abarca Cidón, del Grupo HM Hospitales.



De izda. a dcha., Honorio Bando, Manuel García Abad, José Martínez Olmos, José María Martínez y Gonzalo San Segundo.



El secretario general de Sanidad, Martínez Olmos, conversa con Manuel García Abad a su llegada a la sala.



De izda. a dcha., Julián Ruiz Ferrán, de Medical Finders; Manuel García Abad y José María Martínez, de *Medical Economics*; Luis Mora y José María Fernández Sousa, de PharmaMar.



Julián Ruiz Ferrán (izda.) de Medical Finders, con Joaquín Mariano López, director médico de Mutua Madrileña; y Santiago Valor, jefe de Laboratorio Central del H. U. Fundación de Alcorcón.



Mariano Avilés, presidente de la Asociación de Derecho Farmacéutico (Asedef), con Manuel García Abad.



Juan Pedro Calvo del Molino, director jurídico de USP (izda.), posa con Jerónimo Herrero, director de USP Clínica San Camilo de Madrid.



Manuel García Abad (izda.) con Abraham Herrera, jefe de Relaciones Institucionales de BayerScheringPharma.



Por filas, de izda. a dcha., Pilar Ripoll, Juan Pedro Calvo del Molino, Francisco José Marco, José Manuel González, Javier Altemir, Begoña Rueda y Rosa María Estrany, Juan Abarca Cidón, Melchor Hoyos, Enrique Used, José María Fernández Sousa y Honorio Bando, posan con los galardones entregados por el secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos; el editor de *Medical Economics*, Manuel García Abad; y los directores asociados Gonzalo San Segundo y José María Martínez.





De izda. a dcha., Salvador Pastor, de Avail; Felipe Aguado, director de *Dental Practice*; Beatriz Lahoz, presidenta del Colegio de Odontólogos de Navarra; José Martínez Olmos; Fernando Gutiérrez de Guzmán, secretario de PSN; y Manuel García Abad.



Eugeni Sedano, jefe de Relaciones Externas de Esteve (dcha.) con Manuel García Abad.



El profesor Antonio Bascones, catedrático de Medicina Bucal y Periodoncia de la UCM (izda.), con Felipe Aguado, director de la revista *Dental Practice*.



Federico Plaza, director general de la Fundación AstraZeneca (izda.) y Iñigo Fernández, de Laboratorios Servier.



Juan Abarca Campal, del Grupo HM (izda.) y Jose Ramón Yagüe, de Farmaindustria.



Margarita Alfonsel, secretaria general de Fenin, con Manuel García Abad.



Enrique González (dcha.), con Rafael Vignoly, de Villasís Estudio Jurídico.



De izda a dcha., Paloma de la Vega, de Endesa; Rogelio Pardo, de Madrid Biocluster, con Manuel García Abad.



José Antonio Fernández, de Schering Plough (izda.) y señora, posan con Raúl del Mazo, director comercial de Drug Farma.



Julián Ruiz Ferrán (izda.) con J. Marco Orenes.



Antonio Bartolomé, pte. Asoc. Esp. Clínicas Privadas.



Mariano Alonso, de Uriach (izda.) con Manuel García Abad.



El doctor Miguel Ángel Vargas, de BP Oil (izda.), con Manuel García Abad.



De izda. a dcha. Honorio Bando, Manuel García Abad, Fernando Mugarza, director de Comunicación de PharmaMar; Felipe Chavida y José Antonio Martínez, presidente y director respectivamente de Idepro.



Fernando Mugarza y José María Fernández Sousa, de PharmaMar, con la periodista Mayca Sánchez.



Alfonso Monfort, de Sanofi Pasteur MSD (izda.), con Manuel García Abad y Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de Indas.



Iñaki Ferrando, responsable de Relaciones Externas de Sanitas (izda.) con Manuel García Abad.



Santiago Martínez Fornés, vicepresidente de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas, con el doctor Amando Veiga.



José María Martín Dueñas, director general de Astellas (izda.), con Manuel García Abad.



Eduardo Rodríguez Rovira, presidente de Indas (izda.) y señora, con José María Martínez y Elisa Herrera, colaboradora de *Medical Economics*.



De izda. a dcha., Julián Ruiz Ferrán, de Medical Finders; Luis Truchado, de EuroGalenus; y Luis Sanz, de Effik.



Miguel Fernández de Sevilla, profesor de Derecho Sanitario de la UCM, con Manuel García Abad.



De izda.a dcha., Gonzalo San Segundo; Pilar Riobó, jefe de Endocrinología y Nutrición de la Fundación Jiménez Díaz; Manuel García Abad y Basilio Moreno, presidente de la Fundación SEEDO.



De izda. a dcha., Abraham Herrera, de BayerScheeringPharma; el doctor Fernando Carrillo; y Juan del Llano de la Fundación Gaspar Casal.



De izda. a dcha., Margarita Alfonso, de Fenin; Honorio Bando; Bartolomé Rivas, tesorero de la Real Academia de Farmacia; José Manuel Benito del Castillo, Catedrático de la Facultad de Farmacia de la UCM; y Manuel García Abad.



De izda. a dcha., Raquel Hernández, de BayerHealthCare; Luis Truchado, presidente de EuroGalenus; e Isabel López Guerrero, y Ángel Cerezo, ambos de BayerHealthCare.



Enrique González (dcha.) y Manuel García Abad, con Eva Sacristán, del Grupo HM Hospitales.



Manuel García Abad con Antonio Bustamante, director de Comunicación de Grünenthal.



Manuel Martín, de Relaciones Institucionales de Chiesi España, departe con Manuel García Abad y Enrique González.



José María Soriano y Fernando Gutiérrez de Guzmán, gerente y secretario de PSN, con Manuel García Abad.



Margot Kubosch, de Astellas; Raúl del Mazo, de Drug Farma; y José Luis Rodríguez, de Astellas.



Manuel García Abad con Luis Aguilera (dcha.), presidente; José Antonio Prados, vicepresidente y M^a Luisa Valiente, vicesecretaria de Semfyc.



De izda. a dcha., Raúl del Mazo, de Drug Farma; José Luis Rodríguez y Asunción Somoza, de Astellas.



Alfonso Monfort (izda.) y Giordano Martínez, de Sanofi Aventis.

FORO CIENTÍFICO SEXOLOGÍA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009



PROGRAMA PRELIMINAR

Viernes 12 de junio de 2009

MESA 1: SEXUALIDAD EN LA MEDIANA EDAD

- Sexualidad en la mediana edad desde la perspectiva de género
- Sexualidad masculina: a propósito de la andropenia
- Sexualidad femenina: menopausia
- Sexualidad en las parejas de mediana edad
- La disfunción eréctil: un tratamiento integrado
- El deseo sexual inhibido: la disfunción más frecuente en la mujer

Sábado 13 de junio de 2009

MESA 2: LA TRANSEXUALIDAD, UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINAR

- La evaluación diagnóstica y el abordaje psicológico de la transexualidad
- Terapia hormonal en los trastornos de identidad sexual
- Cirugía de reasignación sexual
- Aspectos legales de la transexualidad

MESA 3: LOS DELITOS SEXUALES, UN ABORDAJE INTEGRAL

- Programa terapéutico dentro de la Institución penitenciaria
- Terapias biológicas para agresores sexuales
- Aspectos forenses de la violencia sexual
- Aspectos legales en el ámbito de la violencia sexual y de género

COMUNICACIONES LIBRES

TALLER PRÁCTICO: INTERVENCIÓN CON VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid • Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75
E-mail: lpanizo@drugfarmacongresos.com • mgonzalez@drugfarmacongresos.com

Información e inscripción

www.sexologiaintegral.es

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN Y ALOJAMIENTO

Por favor, envíe este boletín debidamente cumplimentado y con letras mayúsculas a la Secretaría Técnica (Drug Farma Congresos, S.L.).

Fecha límite de admisión de boletines en la Secretaría: 7 de junio de 2009.
A partir de esa fecha, las inscripciones se realizarán en la sede del Congreso.

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre
Dirección C. P.
Localidad Provincia
NIF Teléfono E-mail
(imprescindible para información relacionada con el Congreso)

CUOTAS

1) CONGRESO	GENERAL	M:R/ESTUD:ANTES
Hasta 31/03/09	250 €	150 €
Desde 01/04/09	290 €	175 €

● La cuota de inscripción de: congresista incluye: la asistencia a actos científicos, cafés, comida de trabajo y cena-cóctel de inauguración de: 12 de junio de 2009.

2) CENA OPCIONAL día 13 de junio de 2009: 65 €

3) ALOJAMIENTO	DUI:	DUD
Hotel Barceló Valencia	164 €	187 €
Hotel Beatriz Rey Don Jaime	107 €	180 €

● Previa confirmación de disponibilidad con Secretaría.

LIQUIDACIÓN

1)
2)
3)
TOTAL €

FORMAS DE PAGO

- Transferencia bancaria a favor de Drug Farma Congresos, S.L. en la cuenta de La Caixa: 2100 1745 51 0200104753
- Cheque bancario a favor de Drug Farma Congresos, S.L.

DATOS PARA LA FACTURA

En caso de precisar factura, por favor, cumplimente los siguientes datos:

Nombre y apellidos o razón social:
Dirección C. P.
Localidad Provincia
Teléfono Fax E-mail:
C:IF/N:IF

NOTAS IMPORTANTES

- Todos los precios tienen IVA incluido.
- ES IMPRESCINDIBLE LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS DATOS SOLICITADOS. No se aceptará ningún boletín que no esté debidamente cumplimentado en todos sus apartados.
- En caso de cancelación de inscripciones y/o cenas opcionales, no se devolverán las cuotas; solamente se permitirán cambios de nombre.
- Los gastos en caso de cancelación de alojamiento serán: de: 50% antes de: 31 de marzo de 2009 y de: 100% a partir de: 1 de abril de 2009.
- Para formalizar la inscripción y/o reserva (previa confirmación de disponibilidad), es imprescindible remitir el boletín debidamente cumplimentado junto con el resguardo de pago a la Secretaría Técnica.

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, Ud. consiente de modo expreso en la incorporación de sus datos en un fichero automatizado de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L. cuya finalidad es el desarrollo de las gestiones propias como Secretaría Técnica del Foro, así como informarle sobre temas de ámbito científico, profesional, sanitario y/o farmacéutico que puedan resultar de su interés tanto de DRUG FARMA CONGRESOS, S.L., como del resto de empresas del Grupo Drug Farma (Spanish Publishers Associates, S.L.; Prodrug Multimedia, S.L.; Drug Farma, S.L.). Ud. tiene los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta certificada remitida a DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.: c/ Antonio López, 249-1º, 28041 Madrid.

Retos de la I+D+i en la Sanidad de Castilla y León

Impulso a la investigación biomédica

La investigación biomédica es “un valor de mejora en la realidad política, social y económica”, afirmó Javier Castrodeza Sanz, director general de Salud Pública e Investigación de la Junta de Castilla y León, en un acto organizado por MEDICAL ECONOMICS. Participaron los consejeros de Sanidad y Educación, Francisco Javier Álvarez Guisasola y Juan José Mateos Otero, y se presentó el libro de Honorio Bando ‘Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud’.

Gonzalo San Segundo

La investigación biomédica es “un valor de mejora en la realidad política, social y económica”, en palabras de Javier Castrodeza Sanz, director general de Salud Pública e Investigación de la Junta de Castilla y León, quien inauguró la jornada *Retos de la I+D+i en la Sanidad de Castilla y León*, organizada por MEDICAL ECONOMICS con la colaboración de BayerSheringPharma. El acto, celebrado en el Monasterio Nuestra Señora de Prado de Valladolid el pasado mes de

diciembre, contó con la intervención de los consejeros de Sanidad y Educación de la Junta, Francisco Javier Álvarez Guisasola y Juan José Mateos Otero, y la participación de reconocidos expertos e investigadores.

Castrodeza realizó un repaso profundo de cómo está la investigación sanitaria en dicha comunidad. Citó, en cuanto a infraestructuras, el Centro de Investigación del Cáncer y el Instituto de Neurociencias, adscritos a la Universidad de Salamanca; el Instituto de

Biomedicina de la Universidad de León, y los propios complejos hospitalarios, “donde hay una actividad científica importante”. Y añadió: “Unas estructuras capacitadas para que a partir de ellas podamos construir proyectos de más calado, más sólidos estructuralmente hablando y más sólidos en la comunicación, que nos puedan ayudar a posicionarnos en una situación adecuada en cuanto a la investigación”. Entre los hechos concretos, Castrodeza resaltó la creación de grupos de in-



De izda. a dcha., Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Eugenio de Santos, director del Centro de Investigación del Cáncer de la U. de Salamanca; Abraham Herrera, jefe de Relaciones Institucionales de BayerSheringPharma; Gonzalo San Segundo, de *Medical Economics*; Juan José Mateos, consejero de Educación de la Junta de Castilla y León; Honorio Bando, vicepresidente de Idepro; F. Javier Álvarez Guisasola, consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León; Miguel Ángel Vargas, director de Prevención de Riesgos Laborales BP Oil España; José Manuel Fontsaré, gerente regional de Salud (Sacyl) de la Consejería de Sanidad de Castilla y León; Javier Castrodeza, director general de Salud Pública e Investigación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; y Luis Menéndez, de BayerSheringPharma.

vestigación jóvenes, con ayuda del Instituto de Salud Carlos III. Uno de ellos radica en el Hospital Universitario de Valladolid y otro en el Complejo Hospitalario de Salamanca. Además, Castilla y León participa en los programas de estabilización e intensificación de investigadores y en un Caiber, entre otras acciones.

Como prueba del impulso político y de financiación que la Junta inyecta en la investigación sanitaria, el director general de Salud dijo que el año pasado tenían financiados 41 proyectos en Atención Primaria frente a uno solo en 2007. Y en atención especializada y emergencias se pasó de 68 proyectos a cerca de 160 en 2008. Castrodeza, que adelantó que el Plan Estratégico de Investigación en Biomedicina verá la luz en el tercer trimestre de este año, se refirió a la necesidad de establecer una carrera investigadora y a la conveniencia de la movilidad del personal investigador, comenzando por los médicos que finalizan el período de residencia.

Reconoció los esfuerzos que la Junta está realizando para que Castilla y León tenga su primer instituto de investigación acreditado, así como en potenciar la cooperación entre los sectores público y privado. En este sentido afirmó: "Puedo anunciar que en la convocato-

ria de 2009 hay una línea de investigación para entidades privadas financiada, porque lo que pretendemos es que el investigador no se quede en el producto final, que es el artículo científico. Queremos dar un paso más y preguntar al investigador si su investigación pudiera tener un alcance empresarial".

Investigación traslacional

Completó la exposición de Javier Castrodeza el director del Centro de Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca, Eugenio Santos de Dios, con una disección del Plan Estratégico de Investigación Regional para el período 2007-2011, centrada en los institutos sanitarios de ámbito hospitalario. Su misión es "fomentar la asociación de los hospitales universitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) con las universidades y con otros centros y organismos públicos y privados de investigación, de manera que se puedan apoyar y mejorar los programas y políticas del SNS, poniendo un énfasis especial en favorecer la investigación traslacional".

Dichos institutos permiten coordinar la investigación con las iniciativas en red, y están concebidos "como los elementos de tipo vertical esenciales que van a permitir a la comunidad biosani-

taria acceder o participar en actividades de tipo horizontal de investigación biomédica, tanto a nivel nacional como internacional", comentó Santos.

¿Y cuál es el proceso de acreditación de esos institutos? El director del Centro de Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca señaló algunos de los diez aspectos fundamentales que se valoran: ámbito jurídico, estructura de gestión, estructura de investigación, existencia de comité científico, plan estratégico y servicios de apoyo comunes. Santos recordó que hasta ahora sólo hay cuatro institutos de investigación sanitaria que han pasado el proceso de acreditación en España: IDIAP (Hospital Clínico de Barcelona), IDIBELL (Hospital de Bellvitge), Hospital Vall d'Hebron y el IBIS (Hospital Virgen del Rocío de Sevilla). De manera que si salen convocatorias de redes de biobancos o de innovación tecnológica, los institutos de investigación sanitaria acreditados "están en una posición de ventaja para acudir de manera competitiva a esas iniciativas". En Castilla y León no hay ningún instituto de investigación sanitaria acreditado. Pero, según Santos, "existe ya un alto grado de desarrollo en áreas especializadas de cáncer, neurociencias, cardiovascular y oftalmología".



De izda a dcha. Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*; Francisco Javier Álvarez Guisasola; Juan José Mateos, consejero de Educación de la Junta de Castilla y León; y Javier Castrodeza, director general de Salud Pública e Investigación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.



De izda. a dcha., Gonzalo San Segundo, director asociado de *Medical Economics*; Bonaventura Bolívar, director científico IDIAP Jordi Gol; Javier Castrodeza; y Eugenio de Santos, director del Centro de Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca.

La investigación ha saltado de los recintos hospitalarios para instalarse en los centros de salud, en la Atención Primaria. En Barcelona existe una experiencia innovadora y prometedora, que la Junta de Castilla y León estudia para implantarla en la región. En torno a este tema versó la ponencia de Bonaventura Bolívar Ribas, director científico del Instituto de Investigación de Atención Primaria IDIAP Jordi Gol de Barcelona.

Bonaventura comenzó su exposición haciendo un repaso a la situación

dad, además de que competimos en desigualdad de oportunidades ante las convocatorias públicas”.

El director científico del IDIAP Jordi Gol glosó la corta vida de este centro, creado con el apoyo de la Fundación Jordi Gol, la Universidad Autónoma de Barcelona y el Departamento de Salud de Cataluña, y cuya misión fundamental “es promover, desarrollar, dar soporte y difundir la investigación en toda la Atención Primaria de Cataluña”. El instituto dispone de un comité de ética que revisa todos los programas de investigación, y otros dos comités científicos, uno interno y otro externo.

El IDIAP cuenta con 27 investigadores a *full time* y 31 a tiempo parcial. Bonaventura explicó su funcionamiento, a partir

de las unidades de soporte territorial y las áreas de investigación. “Las unidades de soporte territorial pretenden aproximar a los profesionales que investigan a los centros de Primaria. Cada ámbito territorial debe tener una coordinación que permita conocer qué es lo que se está haciendo, poner en contacto a los que investigan en la misma línea y, a partir de aquí, ir consolidando grupos más estables”.

De esa manera, en 2005 (sin la existencia de las unidades de soporte territorial), se presentaron 70 solicitudes y

sólo se consiguieron 19 proyectos; en 2006, ya con estas unidades en marcha, las solicitudes subieron a 78, y la tasa de éxito en proyectos fue del 46 por ciento; y en 2007 las solicitudes llegaron a 103, con 39 proyectos y una tasa de éxito de casi el 50 por ciento. “Nunca en Primaria habíamos tenido estos resultados tan impresionantes”, señaló Bonaventura. Y añadió respecto a las áreas temáticas, que salen de la coordinación de grupos de investigación de distintas unidades territoriales: “A la hora de hacer un proyecto tiene mucho más poder hacerlo multicéntrico que no que cada uno siga haciendo sus cosas. Por lo tanto, las áreas de investigación pretenden conseguir un trabajo matricial entre lo que es el territorio y las áreas temáticas”.

Con esa organización, el IDIAP está desarrollando una serie de servicios, como la promoción y consolidación de grupos de redes que participen en CIBER y consorcios europeos. Para ello, “los investigadores principales de proyectos y los grupos de investigación estables disponen de tiempo laboral para investigar”. A tal efecto, se realizan convocatorias “para promover el impulso de determinadas estrategias de investigación a gente que está iniciando y liderando una línea de investigación para que se establezca y se vaya consolidando”, comentó Bonaventura.

Dependiente del IDIAP está el AGI-GAP, una agencia de investigadores de Atención Primaria interesados en la

El IDIAP está desarrollando una serie de servicios, como la promoción y consolidación de grupos de redes que participen en CIBER y consorcios europeos

de la investigación en Atención Primaria, privilegiadamente situada para “realizar con una gran calidad” estudios de base poblacional, de seguimiento, sobre la historia natural de la enfermedad y de la prevención, evaluación de la efectividad y la interrelación entre distintos factores mórbidos y factores de riesgo en la población y en los individuos. Y advirtió: “En Primaria, la investigación es frágil. Yo diría que, con las dificultades que hay, mantener una línea estable de investigación es casi una heroici-



De izda a dcha., Gonzalo San Segundo, Abraham Herrera, Francisco Javier Álvarez Guisasola, Honorio Bando, Juan José Mateos y Manuel García Abad.



El consejero Francisco Javier Álvarez Guisasola (izda.) brinda con Honorio Bando y Juan José Mateos.

realización de ensayos clínicos que se acreditan en base a su capacidad investigadora, formación y estructura disponible de su centro, y que tiene una información rigurosa sobre la morbilidad y los factores de riesgo de sus pacientes. Esta agencia, según Bonaventura, se ofrece a la industria farmacéutica para “potenciar la realización y desarrollo de ensayos clínicos para la Primaria”. Esta red tiene más de 140 profesionales, fundamentalmente médicos, pero también enfermeros y farmacéuticos.

El IDIAP cuenta con financiación pública y privada. El año pasado, los ingresos fueron de casi 3,5 millones de euros, con la siguiente distribución: el 40 por ciento viene del Carlos III, un 27 por ciento de la industria farmacéutica, un 20 por ciento del convenio con el Departamento de Salud de la Generalitat, y un 13 por ciento de otras procedencias. Como estrategia de futuro, el IDIAP alberga la idea de convertirse en instituto universitario acreditado, para lo cual ya tienen un acuerdo con la Universidad Autónoma de Barcelona.

Previamente a las intervenciones de los tres ponentes mencionados, Abraham Herrera Lima, jefe de Relaciones Institucionales y Política Sanitaria de BayerSheringPharma, compañía patrocinadora del acto, resaltó la importancia de la I+D+i en general y, en particular, la que lleva a cabo su compañía. “Uno de los pilares fundamentales de Bayer-

HealthCare es la investigación, a la que la empresa dedica entre el 16-18 por ciento de las ventas anuales de Bayer, colaborando con un gran número de centros hospitalarios, universidades y centros de investigación en toda España”.

Políticas de investigación

En la segunda parte de la jornada se presentó el libro *Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud*. Su autor, Honorio Bando Casado, abogó por “la necesidad de establecer vínculos estrechos entre la universidad y los hospitales, por lo que es decisivo potenciar las tutorías de la formación MIR, dotándolas de recursos humanos y económicos suficientes para desarrollar la importante labor que desempeñan”. E hizo una amplia referencia a la investigación “como pieza fundamental de la innovación”, señalando que “hay que enseñar a los jóvenes a pensar como científicos”.

El presentador del opúsculo, Miguel Ángel Vargas Díaz, médico y director de Prevención de Riesgos Laborales de BP Oil España, glosó la personalidad de Bando, de quien dijo que era “como un constructor de la sanidad española en los últimos 30 años”. Respecto del libro comentó que era “un trabajo concienzudo, ameno y fácil de leer”, una referencia “para profundizar en el conocimiento de la Sanidad en este país”.

Clausuraron la jornada los consejeros de Sanidad y Educación, Francis-

co Javier Álvarez Guisasola y Juan José Mateos Otero, quienes elogiaron al autor y su obra. Así, Álvarez Guisasola esgrimió que el enfoque que se hace en el libro de la formación en ciencias de la salud “es sumamente interesante y más aún cuando estamos en un período de reflexión para convertir la formación de los profesionales sanitarios en un recurso estratégico imprescindible y configurador de la sanidad que queremos para el futuro”.

Y en el ámbito de la investigación biomédica, el consejero de Sanidad resaltó dos aspectos: uno, que “no debe de ser ajena a la práctica asistencial, sino que ambas áreas de trabajo deben de convivir en perfecta simbiosis; y dos, que “las políticas de investigación deben diseñarse de manera coordinada, no sólo a nivel nacional, lo que parece evidente, sino también a nivel europeo, ya que es un sector en el que la competitividad es vital”. Mateos Otero, por su parte, se refirió a la investigación biosanitaria, “uno de los puntales de la investigación en Castilla y León”. Y desveló que la I+D+i de la región creció en 2007 un 21,4 por ciento, mientras que la media nacional fue del 13,1 por ciento; que el esfuerzo tecnológico, o sea, el gasto de I+D sobre el PIB, creció en el mismo año un 1,45 por ciento, y en España el 1,27 por ciento; y que el gasto privado se duplicó en la región castellanoleonesa respecto de la media de España, aumentando un 27,6 por ciento. ■



Honorio Bando y los consejeros de Sanidad y Educación.



Los asistentes disfrutaron de un animado cóctel.



De izda. a dcha., Eduardo Montes, Decano del Colegio de Psicólogos de Castilla y León con Gonzalo San Segundo, Manuel García Abad y Honorio Bando.

Estimado compañero:

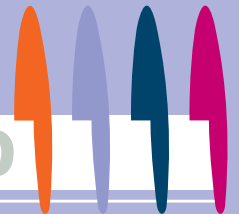
El Instituto para la Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) continúa su programa de actualización Formación Mural en Atención Primaria. Las unidades programadas en el año 2008 han registrado una gran acogida por parte de los usuarios, que han realizado esta actualización con la metodología Idepro, centrada en la facilidad de acceso a los datos y la focalización en la práctica clínica de Atención Primaria (estos contenidos permanecen disponibles para consulta en la web de Idepro).

En 2009 se presentan nuevos temas, también acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que estarán disponibles en los Centros de Salud con los habituales materiales (póster, manual de formación adicional y casos clínicos en la web de Idepro).

Te animamos a seguir este programa, al cual puedes inscribirte en nuestra web.

Dr. Felipe Chavida
Presidente

Formación Mural en **ap**



Programa

Año 2009

Póster 5 Hiperplasia Benigna de Próstata. Epidemiología, Etiología y Sintomatología

Autor: Francisco Brenes Bermúdez
Médico de Familia. ABS Llefia, Badalona
Tutor de Medicina de Familia UD Barcelonés Nord i Maresme, Barcelona

Póster 6 Hiperplasia Benigna de Próstata. Tratamiento

Autor: Francisco Brenes Bermúdez
Médico de Familia. ABS Llefia, Badalona
Tutor de Medicina de Familia UD Barcelonés Nord i Maresme, Barcelona

Póster 7 Salud Mental en Atención Primaria

Autor: José Ángel Arbesú Prieto
Médico de Familia. C.S. La Ería, Oviedo
Coordinador Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

Póster 8 Depresión en Atención Primaria

Autor: José Ángel Arbesú Prieto
Médico de Familia. C.S. La Ería, Oviedo
Coordinador Grupo de Trabajo de Salud Mental de SEMERGEN

2010: títulos en preparación



Acreditado por



Acreditado por la Comisión
de Formación Continuada
del Sistema Nacional de Salud

Compromiso con la Formación

Abierto plazo de inscripción

www.idepro.es



GlaxoSmithKline
www.gsk.es

Cómo convertí mis aventuras en un libro

Este médico escribió sobre sus hazañas, y ahora su libro se encuentra en las librerías. Preste atención a sus ideas.

Por Douglas Butler

“**D**octor, realmente creo que debería escribir un libro” ¿Cuántas veces ha escuchado esta frase en boca de sus pacientes, amigos o familiares? Como médico de familia y médico de urgencias, lo he oído durante muchos años.

Hace cinco años acepté la propuesta. Viajar y la aventura son mis pasiones. Así que, siguiendo la máxima de los escritores de “escribir sobre lo que sabes”, cogí papel y *bolí* para describir mi viaje: la búsqueda por alcanzar el punto geográfico más alto de cada uno de los 50 estados de Estados Unidos. Decidí llevar a cabo esta aventura a finales de los 90, cuando el hospital en el que trabajaba cerró. Tardé 15 meses en alcanzar los puntos más altos de los estados que aún no había escalado (que incluían muchos de los más difíciles).

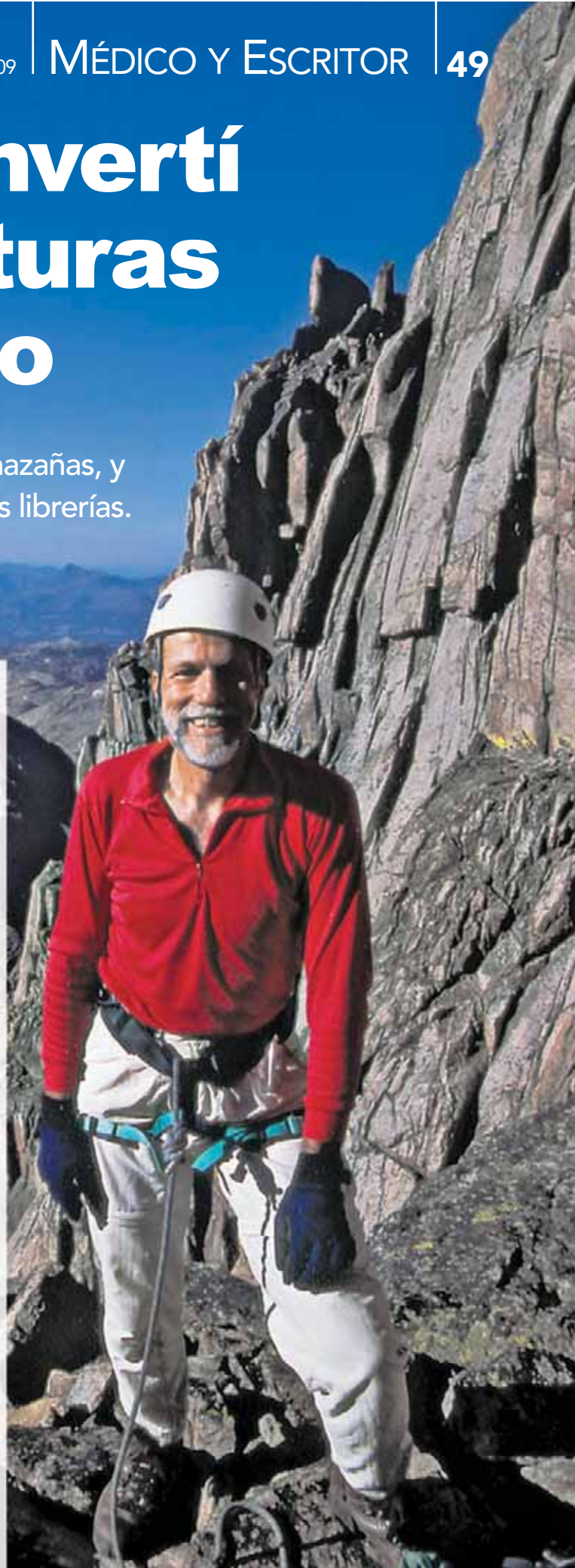
Escribir en mi tiempo libre no funcionaba

Tenía previsto ir escribiendo cuando el tiempo me lo permitiese y después de cumplir con mis obligaciones familiares. Sin embargo, seis meses más tarde mi “libro” consistía en 10 páginas garabateadas. Me di cuenta de que escribir tenía que ser mi prioridad y no algo secundario.

Había estado trabajando en el Project USA. En ocasiones trabajaba en salas de urgencias, otras, en ambulatorios. Cuando trabajaba como interino, empecé a levantarme a las 4 de la madrugada y escribía unas tres o cuatro horas antes de empezar a trabajar. Ya en casa, escribía unas seis horas al día.

La pila de papeles empezó a crecer de manera constante, y, tras ocho meses, el conjunto narrativo era ya

Continúa →



coherente y tenía una extensión apropiada. Aunque se podría decir que aún faltaba por pulirlo.

El siguiente paso era reescribir, un trabajo arduo odiado por muchos novatos (y profesionales). Taché algunas palabras superfluas, también suprimí algunos párrafos, páginas (e incluso historias enteras) para mantener el hilo narrativo.

También decidí apuntarme a un grupo de escritores locales, formado por escritores principiantes y por otros con obras publicadas. En mi segunda visita, leí algo nervioso un fragmento gracioso sobre mi resbaladiza escalada por una embarrada ladera de la montaña más alta del norte de Dakota. Cuando acabé, supe que el capítulo era digno de mención y me di

cuenta de que mis compañeros escritores serían una continua fuente de apoyo, consejos y ánimos.

A medida que el texto mejoraba, mi entusiasmo cada vez era mayor. Cada mes, mis compañeros del grupo de escritores me escuchaban atentamente y me ofrecían consejos bastante precisos y críticas constructivas. Después, empecé a saber manejar Microsoft Word y empe-

cé a transcribir mis garabatos a un formato bastante más pulido y titulé el documento con el nombre de “manuscrito”.

Encontrar un editor fue tan duro como escalar

La publicación de libros es un negocio, una empresa con un margen de beneficios muy ajustado. Cada año, miles de personas buscan una de las escasas oportunidades que existen para los autores noveles. Algunos tenían unas impresionantes credenciales literarias: editores de periódico, reporteros nacionales y profesores universitarios. Otros, especialmente los escritores de ficción, utilizaban agentes literarios, aunque ser aceptado por uno de ellos es tan difícil como encontrar un editor solícito.

Identifiqué algunas organizaciones nacionales externas y traté de conseguir un editor principal. También miré en todos los listados de editores del *Writer's Market* para ver en qué estaban interesados los editores, y examiné la sección de *Barnes & Noble* para ver quién publicaba esos libros. Finalmente, hablé con los

dueños de las librerías locales y otros para que me recomendasen editoriales que fuesen apropiadas para mí.

Tres años después de empezar a escribir, hice un envío de mis propuestas a tres editores. Cada uno incluía una carta de presentación (un documento muy importante que resumía la propuesta de mi libro, el público al que iba dirigido, competencia, mis calificaciones y un plan de marketing), un esquema de los contenidos, tres capítulos de muestra y un sobre con sello para la respuesta.

Un mes después llegó la primera respuesta: un breve escrito en el que me comunicaban que mi “proyecto no era compatible con el programa del editor”. En otras palabras, una carta de rechazo a la que le siguieron otras. Algunas eran personalizadas (una señal inusual y alentadora, según mis colegas escritores). A veces resultaba muy frustrante. Empecé a odiar el hecho de ir al mirar el buzón y encontrar un sobre marrón con mi manuscrito rechazado dentro. Eso hace que te vendas abajo.

Enviar propuestas y ver cómo éstas eran rechazadas ponía a prueba la confianza en mí mismo, labrada tras años de experiencia como médico. Dos editores me dijeron que querían ver más material, pero finalmente acabaron rechazándolo.

Consideré la opción de publicarlo por mí mismo, hacer copias según la demanda o copias personalizadas. Aunque de esa manera también se pueden crear libros de calidad, es un negocio muy caro. Además, el marketing es muy complicado, puesto que tanto Internet como los minoristas rara vez se abastecen de este tipo de libros y las grandes librerías no suelen dar cabida a los autores que se autopublican. Necesitaba a un editor “verdadero”.

Finalmente, llegó la esperada llamada

“Doug, quiero publicar tu libro”.

Con esas palabras, por teléfono en lugar de por e-mail, Parkway Publishers y yo nos embarcamos en un proceso que duró un año y que culminó en septiembre de 2007 con el libro *A Walk Atop America. Fifty Summits and a Dream to Reach Them All*. Su publicación supuso un gran esfuerzo editorial y de diseño, algo que encontré más intenso y a menudo más estresante que el hecho de escribir. Los editores corrigen la gramática y la puntuación, pero muchos también eliminan páginas o piden que se reescriban capítulos enteros. Los

“Enviar propuestas y ver cómo éstas eran rechazadas ponía a prueba la confianza en mí mismo, labrada tras años de experiencia como médico”

maquetadores y el personal de marketing aportan diferentes perspectivas, en ocasiones diferentes a la del autor. Los plazos de entrega son muy ajustados y, a veces, se dan con poco margen de tiempo.

Después de la aprobación, sigue el trabajo para el editor. El negocio está por encima de las ideas creativas, muchos editores cambian sustancialmente los escritos. Yo tuve suerte; Parkway tuvo en cuenta en todo momento mis aportaciones. El producto final fue bastante similar al manuscrito original.

Sin embargo, trabajé miles de horas en este último proceso haciendo cambios editoriales, seleccionado imágenes y escribiendo los pies de foto. Tuve que crear un índice, escribir los agradecimientos y mi biografía. Cuando las pruebas de imprenta llegaron a mis manos, leí cada una de las 82.000 palabras y revisé cuidadosamente las 47 fotografías. Y, por el momento, no había recibido ni un céntimo por el avance de las ventas.

Mi libro acabado

En septiembre de 2007, recibí la primera copia de *A Walk Atop America*. Hojeé sus páginas, admirando mi nombre en la cubierta y leyendo mi biografía en la contraportada.

Pero la responsabilidad del autor no acaba con la producción del libro. Su publicación no garantiza su éxito ni las ventas. Tuve que hacer entrevistas para la radio y los periódicos, firmas y apariciones públicas. Con los editores regionales en particular, el autor debe ayudar en la programación de este tipo de eventos.

Meses antes de la publicación del libro, creé una página web, www.awalkatopamerica.com, en la que promocionaba mi imagen y el libro a punto de salir a la venta. Parkway Publishers tramitaron por adelantado las ventas en una docena de páginas web, mientras que una cadena más importante se hizo con el stock del libro a nivel nacional. Siete periódicos hablaron del libro y de mis hazañas como escalador; además, fui entrevistado en dos cadenas de radio, incluyendo una filial regional.

¿Me llegó la fama y la fortuna? Los derechos de autor ascienden a poco más de un euro por libro y se imprimieron 5.000 ejemplares. Sólo unos cuantos autores consiguen una independencia económica a través de las ventas. Pero yo no lo hice por dinero.

Publicar un libro, especialmente a través de un “editor verdadero”, aporta credibilidad y reconocimiento. Mis colegas me pidieron que hiciera conferencias, mientras, algunas ga-

Cómo conseguir su sueño: la publicación de su libro

1. Escriba un libro y métase de lleno en el mundo de los escritores profesionales o editores uniéndose a un grupo de escritores locales. Si no está escribiendo un libro de ficción, discuta algunos conceptos con gente que sepa del tema.
2. Tener artículos publicados en periódicos es un buen instrumento para aumentar su credibilidad a la hora de contactar con editores o agentes.
3. Examine las librerías y sepa qué editores trabajan con libros del mismo estilo que el suyo.
4. Si quiere autopublicar su libro, adelante, pero asegúrese de su decisión y de los posibles problemas que puede acarrear esa decisión. Muchos agentes literarios de prestigio no le cobrarán ninguna tasa por leer su propuesta y muchos editores no le pedirán dinero por publicar su libro.
5. Busque e investigue antes de contactar con editores o agentes literarios. Para saber más sobre el tema, lea publicaciones como el *Writer's Digest* o el *Writer's Market*. Algunos prefieren que se les mande una carta de presentación y un resumen del libro, otros requieren más o menos información.
6. Incluya en su carta de presentación su biografía, credenciales y sinopsis del libro. Además, incluya una explicación de por qué cree que el libro es adecuado para el editor en cuestión. Si se trata de un libro de no-ficción, adjunte también un esquema de los contenidos. Muchos agentes o editores quieren ver un capítulo de muestra. Antes de enviar todos estos datos, averigüe exactamente qué información quieren recibir los editores o agentes a los que se dirige.
7. Algunos profesionales aconsejan enviar el libro o las ideas a al menos 50 editores potenciales (pero no a todos al mismo tiempo). Lo que se traduce en no desistir tras un par de rechazos. Se dice que Stephen King recibió cerca de 100 negativas antes de ver publicada su primera novela.

lerías promocionaban tanto mi imagen como mi libro. Los lectores me felicitaron por mi prosa y me agradecieron que compartiese con ellos mis aventuras. Además, me pidieron que participase en conferencias para escritores. Muchos de mis pacientes alucinaron cuando supieron que su médico “sustituto” también era un autor con obra publicada.

No, los derechos de autor no financiaron mi jubilación ni tampoco pagaron las 1.500 horas, aproximadamente, que dediqué a la creación del libro. Pero de la misma forma que escalar las cumbres de 50 estados fue mi mayor logro físico, escribir *A Walk Atop America* fue, además de convertirme en médico, mi mayor y más satisfactoria hazaña intelectual. ■

ESCÁPESE... con

Certamen de Artículos 2009



scriba su historia más interesante, a partir de su propia experiencia, y *Medical Economics* le enviará de vacaciones.

GRAN PREMIO

Crucero 3.000 €

PLUS

Premio Médicos Jóvenes

Crucero 2.000 €

❖ ¿Quién puede participar?

Todos los licenciados en Medicina con ejercicio profesional en España.

❖ ¿Qué hay que enviar?

Artículos originales, no publicados previamente en ningún otro medio y enviados en exclusiva a *Medical Economics*, y que tengan interés para los lectores.

Medical Economics®

❖ ¿Sobre qué se puede escribir?

Su artículo puede contar, por ejemplo, cómo halló la solución a un problema en la práctica clínica; o cómo decidió remodelar su consulta; o compartir lecciones que aprendió después de un juicio o demanda; o incluso su decisión de afrontar de otra forma la medicina después de aquel caso.

❖ ¿Cómo participar?

Envíe su artículo por correo electrónico, escrito en formato Word, a doble espacio, incluyendo su nombre, dirección y forma de contacto (e-mail, teléfono). Si lo desea puede enviar fotografías que ilustren su historia, así como una fotografía suya tipo carnet (mínimo 1.024 x 768 píxeles o formato jpg a máxima calidad) y un breve *curriculum vitae*.

Puede Vd. enviar tantos artículos como desee. *Medical Economics* se reserva el derecho de publicar los originales y no mantendrá correspondencia ni devolverá los originales a los autores.

❖ ¿Dónde enviar su artículo?

Los originales sólo podrán ser enviados a través del correo electrónico, a la dirección:

medeconomics@drugfarma.com*

❖ Plazo de presentación de originales

El plazo de participación expira el **31 de octubre de 2009**.

**Consulte las bases del certamen en www.medeco.es*



Cuando los pacientes



Por Jeffrey M. Kagan

Su paciente, diabético, llama para cancelar una visita de seguimiento. Le dice que después de vacaciones le llamará para volver a concertar otra cita. Varios meses más tarde, no tiene noticias del paciente, pero sí de su abogado, que ha presentado una demanda contra usted por un fallo en el diagnóstico de una retinopatía. Entre otras alegaciones, destaca que el paciente no sabía que faltar a las visitas de control podía tener consecuencias nefastas.

“Cuando aceptamos a un paciente en nuestra consulta, establecemos una especie de contrato según el cual nos comprometemos a proporcionarle consejos y atenciones”, dice Frank J. Weinstock, oftalmólogo y experto en gestión de riesgos en Canton, Ohio. “Como tal, un paciente que cancela una visita o, simplemente, no aparece en la consulta, requiere prudencia por nuestra parte y por la de nuestro personal, además de un examen de la situación”.

Eso se traduce en comprobar si los pacientes que cancelan visitas esperan resultados de pruebas, si requieren atención durante su convalecencia, o si no han completado el tratamiento. Implica también la obligación de llamar a los pacientes para advertirles de la necesidad de proseguir con el tratamiento.

Una encuesta de la Academia de Medicina de Estados Unidos revela que, aproximadamente el 5 por ciento de los pacientes no acude regularmente a las visitas de seguimiento. Además de las posibles repercusiones legales, las visitas que no llegan a realizarse crean estragos en la gestión de la consulta y problemas financieros.

Haga un seguimiento de los pacientes que se han ausentado

Los recordatorios de visita, a menudo hechos informáticamente, están entre los instrumentos más útiles de planificación de los médicos. Los pacientes que no pueden hacerlo pueden ser reu-

cancelan sus citas



bicados enseguida, y las llamadas compensan a menudo la falta de memoria (sobre todo si la visita fue programada varios meses atrás). Como dice Jerrie K. Weith, director de servicios de atención de salud de St Louis y de la consultoría Anders, Minkler & Diehl, “En todas las consultas en las que he trabajado sucede que, cuanto más tiempo hace que se programó una visita más probabilidad de olvidarla hay. Ya sea porque el paciente lo olvida o porque encuentra a otro médico que pueda verlo antes”.

“Cuando pacientes citados no acuden a su consulta, es prudente determinar tanto desde el punto de vista de una gestión de riesgos, como desde una perspectiva de negocio el porqué y calibrar la urgencia de la cita. Si los pacientes ven que su médico se preocupa por ellos por no acudir a una visita, sabrán que se les tiene en cuenta y que se preocupa por ellos. Así verá cómo los pacientes vuelven a acudir a la consulta tras ser concertadas posteriores citas”, dice Weith.

En la consulta de Weinstock se registran todas las visitas que no se han llegado a realizar. “Es posible que la recepcionista no sepa lo importante que es para un paciente realizar la visita con su médico”, dice. “Una persona de 35 años que no presenta ningún síntoma y que no acude a la visita no me preocupa. Lo que sí me inquieta son los pacientes enfermos que olvidan las citas. En algunos casos, una llamada personal por mi parte acaba con el paciente diciéndome que ahora entiende por qué le había reprogramado la visita”. Si no se localiza al paciente en cuestión y Weinstock sabe que debe acudir a la consulta, le dice a su asistente que envíe una carta certificada al paciente con acuse de recibo.

Si un paciente declina la opción de ser reprogramado, “hay que determinar si hay alguna queja sin resolver”, dice Jeffrey J. Denning, consultor en Practice Performance Group de La Jolla, California. Denning sugiere un escrito del siguiente estilo: “Espero que sea porque no tie-

No puede pasar por alto que un paciente olvide su cita médica. Estar atento a este tipo de situaciones puede ayudarle a aumentar los ingresos y a prevenir las demandas.

«Cuando los pacientes cancelan u olvidan una cita, hay información importante que se pierde con el cambio de los acontecimientos o con el paso del tiempo»

—Sumana Reddy, MD



ne necesidad de acudir al médico. En caso contrario, ¿hay algo que pueda hacer para que no cancele la visita?”. Si existe alguna queja, un miembro del equipo debe atenderlas y después decir: “trasladaré sus inquietudes al médico. Siempre intentamos mejorar y su información nos es muy útil”.

Elabore una lista de problemas

Cuando los pacientes cancelan u olvidan una cita, hay información importante (como molestias advertidas durante la visita anterior) que se pierde con el cambio de los acontecimientos o con el paso del tiempo. Para prevenir esta situación, observe que cada informe de los pacientes tiene un listado de problemas para actualizar visita a visita, dice Richert E. Quinn Jr., gestor de riesgos médicos de Copic Insurance en Denver. “Tenemos casos de fallos de diagnóstico en los que los pacientes se han saltado alguna visita o acuden al médico más tarde por otro tipo de molestias, y al no tener el médico el listado de problemas actualizado, no se sabe qué síntomas anteriores había y si se han solucionado o no”.

Otra máxima es tener un sistema interno de recordatorio de visitas, que puede ser un registro electrónico o un listado cronológico, y que debe indicar cuándo deben volver los pacientes para otra visita, qué pruebas necesitan y qué tipo de seguimiento hay que realizar. Todas y cada unas de estas acciones deben aparecer en el historial del paciente. “Para evitar problemas legales, es importante hacer constar que ha sido el paciente y no el médico quien no ha seguido las indicaciones”, dice Suzanne A. Fidler, doctora y abogada de Newport Beach, California.

El libro de visitas es tan importante a nivel legal como los informes médicos, y requiere una actualización adecuada. “Las anotaciones deben hacerse con bolígrafo”, advierte Fidler, “y los nombres de los pacientes que han cancelado la cita o que no han acudido no se deben borrar o eliminar”. En lugar de eso, sus

empleados deben tachar el nombre del paciente en cuestión y escribir al lado C (para cancelaciones) y NP (para no presentado). Escriba, por ejemplo, RP para indicar las visitas reprogramadas.

Qué se debe hacer con los ausentes habituales

Dejando aparte problemas con los horarios de las citas o el miedo al tratamiento, algunos de los pacientes que no se presentan a las visitas son realmente desconsiderados.

“Después de años llamando a los pacientes para recordarles la visita y de llamar a los que no habían acudido a la consulta para reprogramar la cita, ahora cobro 25 euros más si no llaman para cancelarla”, dice Eric J. Ruby, pediatra de Tauton. Esta nueva política le ha supuesto algún problema con los pacientes, pero afirma que la tasa de pacientes ausentes ha disminuido y que su sistema de programación es mejor.

Con el fin de cambiar el comportamiento de los mismos, la tasa para los pacientes que no acuden a la cita debe “escocer un poco”, algo que Sumana Reddy aprendió cuando la consulta en la que trabaja puso una tasa de 10 euros para aquellos que cancelasen. “Algunos pacientes se sentían menos culpables por no acudir a la visita porque habían pagado la tasa”, dice. “Por lo que la tasa pasó a ser de 25 euros”.

David L. Schechter, profesional y especialista en medicina del deporte en Los Ángeles, ha elaborado una gradación de las tasas: 20 euros si lo hacen por primera vez, de 35 a 50 euros para los que lo hacen por segunda vez y más de 100 para los que lo hacen habitualmente. Sin embargo, Ruby, Reddy y Schechter no aplican o ajustan esas tarifas si el paciente tiene una razón justificada para no acudir a la visita. Schechter afirma lo siguiente: “Quiero que los pacientes entiendan que el tiempo es muy valioso. No damos más citas de las que podemos atender para no crear tiempos de espera y creo que los pacientes recompensarán el esfuerzo acudiendo a sus citas puntualmente”.

Jeff Denning ve las cosas de manera distinta. “Los pacientes tienen vidas complicadas, igual que los médicos”, asegura. “No se debe considerar una falta de respeto por parte de los pacientes el hecho de cancelar una visita o no acudir a ella. Por lo que no considero oportuno multarles”.

“Los pacientes son clientes, no enemigos”, añade Denning. “Deshágase de los pacientes que suelen ser groseros, y no deje que deterioren la imagen de la consulta”.

Puntos clave

» Cuanto más tiempo pase desde la programación de la visita, más probable es que ésta sea olvidada.

» Asegúrese de documentar todas las ausencias y analizar la urgencia de visitar al paciente en cuestión.

» Anote las entradas en el libro de visitas. Comuníquese a su equipo que no deben borrar o eliminar los nombres de los pacientes que han cancelado la visita o que no han acudido a ella.

» Realice un informe de las visitas no realizadas para evitar problemas y reajustar el sistema de citas.

Consejos de los expertos

Hemos preguntado a nuestro grupo de médicos colaboradores cómo tratan ellos el tema de las ausencias en las consultas. Sus respuestas han sido muy valiosas y variadas. He aquí algunas de ellas:

"Cuando un médico de Atención Primaria deriva a un paciente a la consulta del especialista, informo antes detalladamente al paciente. De esa manera todo el mundo queda cubierto a nivel médico y legal".

John C. Lin, urólogo, Gubert, Arizona



"La política de nuestra clínica (informamos sobre ella a los pacientes por carta) es que después de tres ausencias al año el paciente en cuestión no vuelve a ser admitido en la consulta. Sabemos que existen razones justificadas para cancelar en el último minuto o para no acudir a una visita, pero los pacientes que sistemáticamente no acuden a las citas no sólo suponen un impacto negativo en nuestros ingresos y en el flujo de trabajo, sino que tienden a afectar a la moral del equipo por lo que ellos perciben como una falta de respeto. Francamente, podemos prescindir de ese tipo de pacientes".

Mitchell Cohen, médico de AP, Olimpia, Washintong

"Examinó los informes de los pacientes ausentados para asegurarme de su estado. Los que se han ausentado por primera vez reciben una carta educada. Si es la segunda vez, no se les programa visita, pero pueden ser atendidos mediante el sistema que llamamos "sentarse y esperar". Después de eso, permitimos a los pacientes volver a programar sus citas. En el caso de los pacientes reincidentes, se examina su situación individualmente".

John Machata, médico de AP, North Kingston, Rhode Island

"Nuestra recepcionista o nuestra enfermera llama a los pacientes que tenemos citados para el día siguiente y deja un listado con las respuestas de cada uno de ellos sobre mi mesa. A aquéllos a los que no se localiza o los que comunican que no podrán acudir a la visita se les advierte mediante una explicación. Muchos de mis pacientes son personas mayores, por lo que aprecian esta forma de recordarles las visitas. Este sistema mejora nuestros índices de asistencia, los ingresos y la satisfacción de los pacientes".

M.P. Ravindra Nathan, cardióloga, Brooksville, Florida

"Como nuestra consulta se encuentra en un pequeño municipio rural y es la única que hay, no expulsamos a los pacientes que suelen no acudir a las visitas. En lugar de eso, tratamos de llenar los huecos que éstos dejan para realizar visitas de urgencia o citamos a este tipo de pacientes justo después de alguien que creemos que necesita más tiempo de visita; de esa forma podemos aprovechar el tiempo si el paciente vuelve a ausentarse".

Scout Helmers, médico de AP, Sibley, Iowa

"Nuestro sistema electrónico nos permite conocer las cancelaciones y las ausencias. Cuando un paciente nuevo cancela su visita en el mismo día o no acude a la cita, su nombre aparece en el listado con una anotación hasta que escribo una nota a su médico informándole de la situación (lo que también sirve como una confirmación escrita de la visita no realizada). Los nuevos pacientes que cancelan dos o más veces, así como los ausentes habituales, tienen oportunidad de realizar su última visita un día cualquiera. De esa manera no tengo que esperar cerca de una hora (suelo dar a muchos de mis pacientes una hora de visita) en mitad de mi jornada laboral si de nuevo no se presentan".

Rahma Mustapha, especialista en rehabilitación y medicina física, Valatie, New York

"Cada día las personas de mi equipo me mandan un mensaje interno comunicándome las cancelaciones del día, visitas no realizadas y nuevas citas. Eso me permite poder decidir si acepto o no las nuevas fechas de las citas o si, por el contrario, debo enviar una carta para concertar la cita más tarde. Para reducir la tasa de ausentismo, hacemos un listado de las direcciones de e-mail de nuestros pacientes y les enviamos comunicados para recordarles sus citas, confirmar su asistencia y para actualizar la información de su seguro".

Sal Volpe, pediatra, Staten Island, New York



Richert Quinn dice que las cancelaciones y el ausentismo pueden ser indicadores del descontento de los pacientes o de que hayan cambiado de médico. Antes de caer en la tentación de decirles “adiós y buen viaje”, vea si puede determinar si los pacientes en cuestión tienen alguna queja. Como Quinn indica, “es más probable que una situación espinosa acabe en una reclamación, que aquéllas en las que la relación médico-paciente es cordial”.

“Siempre que podamos, debemos tratar de saber si el paciente o la familia tienen alguna queja”, dice Gerald Hickson, pediatra y director del Vanderbilt Centre for Patient & Professional Advocacy en Nashville. Aunque está de acuerdo en expulsar de las consultas a los pacientes que habitualmente no acuden a las visitas, afirma que los médicos no dedican el tiempo suficiente para saber el motivo de las cancelaciones o del ausentismo.

Una de las formas para responder a estas preguntas es realizar una encuesta a los pacientes sobre su nivel de satisfacción. Otra manera es conocer la aportación que hacen los miembros de su equipo. “A veces los empleados pueden hacer cosas por los pacientes que el médico olvida”, dice Hickson.

Dennnig añade que dedicar un tiempo a averiguar el porqué de las visitas no realizadas puede ayudarle a resolver problemas aislados y a mejorar el sistema de programación de las visitas. “Cada consulta debe elaborar un registro semanal de cancelaciones y de pacientes ausentados”, dice. “Y elaborar un sistema que permita ajustar las horas vacantes que dejan los ausentes, y así poder reprogramar las visitas para compensar su falta”.

“Si los documentos de control revelan que un médico tiene una tasa de pacientes ausentes más elevada que la de sus compañeros, éste es un indicador del nivel de servicio y actitud de dicho médico. Un asunto que debe ser tratado

antes de que afecte al conjunto de médicos de la consulta”.

La responsabilidad del médico

“El sistema legal concibe a los pacientes como un mero elemento en lo que se refiere a temas médicos”, dice Quinn, queriendo decir que es responsabilidad de los médicos avisar a los pacientes de los posibles problemas e instarles a seguir un tratamiento.

Frank Weinstock está de acuerdo. “Su consulta debe seguir la pista a todas las pruebas y documentos emitidos por el médico de cabecera para que el paciente sea enviado a su especialista, tomar medidas para ver si los pacientes (incluidos los que suelen ausentarse, los que tienen miedo o son negligentes) siguen lo que se les ha indicado y hacer constar todos esos pasos. En una relación médica, la responsabilidad del médico es primordial, y esa responsabilidad no acaba hasta que el paciente es dado de alta o deja de acudir definitivamente a su consulta”.

Hickson afirma que incluso los pacientes más perspicaces pueden no entender la urgencia de acudir a las visitas. Para evitarlo, Hickson recomienda una técnica que consiste en explicarles a los pacientes la necesidad de un seguimiento, dándoles la oportunidad de preguntar y, finalmente, diciéndoles que expliquen las razones y la importancia de realizar visitas médicas. “Escuchando sus respuestas, usted puede saber si hay algo que no han llegado a entender”, dice Hickson.

Desde una perspectiva de riesgo en la gestión, determinar por qué los pacientes se ausentan y animarles a que reprogramen sus citas reduce los malos resultados. “En ocasiones podremos equivocarnos en el diagnóstico”, dice Hickson, “y el paciente nos dará una segunda oportunidad. Hay pocas oportunidades para enmendar nuestros errores si nunca más se produce otra visita”. ■



nuevo

SALVA
SKIN

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS
CON **SILICONA**. TRATAN LA PIEL
CON LA SUAVIDAD DE UNA SEDA

SALVASKIN **oil**

ESPECIAL ZONAS DELICADAS
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKIN **milk**

ESPECIAL EXTREMIDADES
INFERIORES



- EXCELENTE EXTENSIBILIDAD
- EXCELENTE ABSORCIÓN
- OLOR NEUTRO
- NO DEJAN RESIDUOS ACEITOSOS

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

S
SALVAT

PROGRAMA AAP 2009

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

19 de Febrero de 2009
Hotel Silken Al-Andalus

ALICANTE

12 de Marzo de 2009
Hotel Meliá Alicante

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Cultura

LIBROS

Más de un millón de españoles están en situación de dependencia

La dependencia, cuyo marco legislativo está en proceso de aplicación efectiva en España, es un estado de incapacidad en el que se pueden encontrar las personas por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual. A día de hoy, afecta a más de cuarenta millones de ciudadanos europeos y al menos a un millón de españoles, si bien se prevé que esta cifra siga creciendo a causa del envejecimiento. Asimismo, el 80 por ciento de las personas que no pueden valerse por sí mismas tiene más de 65 años y son atendidas en el ámbito familiar. Todos estos datos, así como otros aspectos sociosanitarios, económicos, legales y asistenciales relacionados con la Dependencia son analizados en el libro *Salud y Dependencia*, una obra escrita por Julio Sánchez Fierro, miembro del Consejo de Expertos del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, e impulsada por el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social y Obra Social Caja Madrid.



Título: "Salud y Dependencia"
 Autor: Julio Sánchez Fierro
 Edita: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social y Obra Social Caja Madrid.
 183 páginas

EXPOSICIONES

Grabados de Goya

Los desastres de la guerra", una serie de 80 grabados que el pintor Francisco de Goya y Lucientes realizó entre 1810 y 1814 sobre la Guerra de la Independencia, se exhiben en la sala de exposiciones del Hospital de la Caridad de Sevilla (C/ Temprado, 3) hasta el 28 de febrero. La temática de los grabados aborda las consecuencias de la guerra, y constituyen una reflexión del artista sobre la violencia, la muerte y la miseria. El artista aragonés realizó los grabados en plena contienda, en los que transmitió las experiencias que él mismo vivió durante el enfrentamiento bélico.



Francis Bacon en el Prado

El Museo del Prado acoge hasta el 19 de abril una gran exposición retrospectiva sobre Francis Bacon (1909-1992) organizada por la Tate Britain de Londres, donde se presenta actualmente, y el Metropolitan of Art de Nueva York, donde se presentará tras su paso por España, con motivo del centenario del nacimiento del artista. Entre las obras figuran composiciones singulares y quince de los trípticos más importantes realizados por el artista, además de un importante material documental procedente de su taller, que muestra las fuentes de sus composiciones o sus ideas más decisivas.



TEATRO

'Arte' en el teatro Alcázar

Luis Merlo, Iñaki Miramón y Alex O' Doherty representan la obra "Arte", dirigida por Eduardo Recabarren, en el madrileño teatro Alcázar. La compra de un cuadro, sirve de detonante para que en cuestión de una semana, tres amigos hagan saltar por los aires una relación de quince años. Se trata de una obra admirablemente construida, con personajes que se revelan poco a poco hasta adquirir una complejidad insospechada. Ha sido traducida a treinta y cinco idiomas y ha supuesto un éxito en todos países en los que se ha representado. Su principal virtud es la de haber sido capaz de conjugar el éxito comercial y literario.



Internet

España se anticipa a la convergencia digital

Sección patrocinada por



En 2009, un año antes del objetivo fijado, España podría alcanzar la convergencia digital en el marco de la Unión Europea, dado que el indicador se ha situado en el 91,5 por ciento a finales de 2008. El objetivo no parece difícil de lograr si la crisis económica no se ceba en las Tecnologías de la Información, teniendo en cuenta que en el curso del último año el avance del conjunto de los indicadores ha sido superior a los 10 puntos porcentuales.

El de las Tecnologías de la Información es uno de los pocos

sectores que la crisis está respetando, como lo demuestra la previsión de crecimiento del 20 por ciento en la venta de ordenadores en 2009, gracias al auge de los miniportátiles y a la bajada obligada del precio medio unitario.

Tanto el conjunto de las administraciones como las empresas han previsto

fuertes inversiones en nuevas tecnologías para atender la implantación de la e-administración a lo largo de 2009 y para aplicaciones en hogares, empresas y banda ancha, una tecnología esta última en la que España se mantiene líder en Europa.

Uno de los aspectos que más ha mejorado en 2008 ha sido el equipamiento de las pymes, y sobre todo de la microempresa, dos "agujeros negros" en la implantación de Internet hasta la fecha; y es que en tan sólo un año se ha pasado de una penetración de Internet del 79

al 87 por ciento. Los principales retos que aguardan en 2009, según los expertos, se centran en el desarrollo de servicios "llave en mano", que respondan a las necesidades del cliente; es decir tecnologías que tengan en cuenta a los usuarios, como el iPhone, un buen ejemplo a seguir. ■



Uno de los aspectos que más ha mejorado en 2008 ha sido el equipamiento de las pymes.

El mundo en pequeño

Los miles de aficionados a las miniaturas, tienen en esta *web* la posibilidad de adquirir *on line* cualquiera de las figuras que ofrece su atractivo catálogo.

<http://www.andrea-miniatures.com/esp/Index.html>



Calendarios de diversas culturas

Chinos, judíos, árabes, incas, etíopes y como no, occidentales, con diversas fechas y tipos de calendarios de tradición milenaria. Aquí puedes enlazar con todos ellos.

http://www.peperodriguez.com/Anuncios_links/Links_miscelanea/Links_miscelanea_ano_nuevo.htm



CIBERCONSEJOS

Internautas contra la mafia

El movimiento antimafia italiano logró atraer a miles de usuarios de Facebook para asaltar y neutralizar las páginas en la red dedicadas a glorificar a dos antiguos jefes de la Cosa Nostra, Toto Riina (78 años, arrestado en 1993) con más de 3.200 inscritos y Bernardo Provenzano con más de 6.000, lo cual fue promovido por asociaciones de familiares de las víctimas y de dirigentes políticos.

Portátil de bolsillo

Sony ha presentado su nuevo miniordenador portátil, Vaio P Series, que tiene el tamaño de un sobre de correo que cabe en el bolsillo de una chaqueta y pesa 630 gramos. Saldrá a la venta a finales de enero y costará 900 dólares y fue presentado en CES (Consumer Electronic Show), la mayor feria del sector, que se celebra en Las Vegas. Tiene una pantalla LCD de ocho pulgadas, Bluetooth y GPS.



Los jueves de Medical Economics®

Ley de Biomedicina: ciencia, ética y práctica clínica

Jueves, 19 de Febrero de 2009, 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

Golf



Segundo Circuito Costa del Sol Masters Madrid

Venció el Club de Golf Olivar de la Hinojosa

El torneo se disputó en el Club de Golf Vall del Este en Andalucía.

El Club de Golf Olivar de la Hinojosa ha sido el vencedor del Segundo Circuito Costa del Sol Masters Madrid, evento promovido y organizado por el Área de Golf del Patronato de Turismo, que se ha disputado en el campo de golf Los Naranjos y cuya entrega de trofeos tuvo lugar en el hotel Guadalmina Spa & Golf Resort.

Por tercera vez, el complejo de Valle del Este fue la sede del evento, el primero que celebraba después de ganar el galardón de mejor *resort* de Andalucía en la Feria Internacional del Golf de Marbella. Con las dos rondas finales se cumplieron un total de 20 rondas de golf en 19 campos de toda España, lo que convierte a este circuito en el más importante de los benéficos a nivel nacional. Acudieron ganadores de los torneos clasificatorios, jugadores locales y numerosos amigos de la Fundación Síndrome de West (entre ellos los toreros Óscar Higuera, Javier Valverde y Juan José Padilla; los televisivos Paco Montesdeoca, Valentín Requena, Ángel Rodríguez y Elena Jiménez; los ex futbolistas Juan Carlos Arteché, Javier García Sanjuán y Alberto Belsúe y los artistas David de María, Leo Harlem y Sinacio). En primera categoría triunfó Miguel Ángel Pérez (73 puntos), se-

guido por Arteché (72), mientras que en segunda fueron los infantiles Lucas Ibáñez y Sergio Parriego (ambos con 74) los más destacados. También fue muy emocionante la resolución del Orden de Mérito, que se decidió en el último momento a favor de Alfonso Mansilla. La fundación se creó en 2004 para llevar formación, ayuda física y económica y, sobre todo, bienestar a los afectados por esta enfermedad rara, llamada también "de los Espasmos Infantiles".

En poco de más de cuatro años de vida ya se han ejecutado distintos programas de rehabilitación, fisioterapia, logopedia, estimulación precoz, hidroterapia, musicoterapia, terapia canina, hipoterapia, delfinoterapia, expresión corporal y deportes al aire libre para todos estos niños. Igualmente, la fundación subvenciona consultas médicas, compra de medicamentos y cuidadores especializados para que los padres puedan disfrutar de tiempo libre. ■



El Club de Golf Olivar de la Hinojosa ha sido el vencedor del Segundo Circuito Costa del Sol Masters Madrid.

Competición *amateur* del Europeo femenino

La primera edición de la European Amateur Cup, organizada por Deporte And Business, se presenta como un circuito de golf *amateur* por parejas a celebrar en doce campos de la Comunidad Valenciana y sirve como complemento de promoción a la European Nations Cup, competición de golf profesional femenino que este año cumple su segunda edición. La final que tendrá lugar en La Sella Golf, sede de la European Nations Cup. En el torneo, podrán participar los jugadores *amateurs*, sin limitación de edad, nacionales o residentes. Los participantes deberán inscribirse por parejas y al menos uno de los componentes será mujer. Las dos primeras parejas clasificadas en cada torneo ganarán la posibilidad de participar en la final, que se celebrará en La Sella Golf Resort (Denia-Alicante) el 5 de abril. La pareja ganadora de la final obtendrá sendas plazas para el Pro-Am de la European Nations Cup que se disputará en La Sella Golf el miércoles 22 de abril con las mejores jugadoras profesionales de Europa.



FICHA TÉCNICA EFFERALGAN 1 g. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: EFFERALGAN 1 g. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido efervescente contiene: Paracetamol (D.C.I.), 1 g. Para excipientes, ver sección 6.1. **FORMA FARMACEÚTICA:** Comprimidos efervescentes blancos y ranurados. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas.** Tratamiento sintomático del dolor de intensidad moderada, como dolor músculo-esquelético, artrosis, artritis reumatoide, cefalea, dolor dental o dismenorrea. Estados febriles. **Posología y forma de administración:** VIA ORAL. Adultos y niños mayores de 15 años: dosis de 1 gramo 3-4 veces al día. Las tomas deben espaciarse al menos 4 horas. No se excederá de 4 gramos cada 24 horas. **Insuficiencia renal grave:** Cuando se administra paracetamol en casos de insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min), se recomienda que el intervalo entre 2 tomas sea como mínimo de 8 horas. **Insuficiencia hepática** (véase epígrafe 4.3

Contraindicaciones). Está contraindicado. **Uso en ancianos:** En pacientes geriátricos se ha observado un aumento de la semivida de eliminación del paracetamol por lo que se recomienda reducir la dosis del adulto en un 25%. En alcohólicos crónicos no se debe administrar más de 2 g/día de paracetamol. Disolver totalmente el comprimido en un vaso de agua. Antes de ingerir el medicamento es necesario que cese la efervescencia. **Contraindicaciones:** Niños menores de 15 años. Hipersensibilidad al paracetamol o a cualquiera de los componentes de la especialidad. Pacientes con enfermedades hepáticas (con insuficiencia hepática o sin ella) o hepatitis viral. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** • Se debe administrar el paracetamol con precaución, evitando tratamientos prolongados en pacientes con anemia, afecciones cardíacas o pulmonares o con disfunción renal (en este último caso, el uso ocasional es aceptable, pero la administración prolongada de dosis elevadas puede aumentar el riesgo de aparición de efectos renales adversos). • En caso de insuficiencia renal grave, (aclaramiento de creatinina inferior a 10 ml/min.); el intervalo entre 2 tomas será como mínimo de 8 horas. • En caso de régimen sin sodio o hiposódico, hay que saber que cada comprimido de Efferalgan 1 g contiene aproximadamente 567 mg (24,66mEq) de sodio y tenerlo en cuenta en la ración diaria. • La utilización del paracetamol en pacientes que consumen habitualmente alcohol (tres o más bebidas alcohólicas al día) puede provocar daño hepático. • En alcohólicos crónicos no se debe administrar más de 2 g/día de paracetamol. • Se recomienda precaución en pacientes asmáticos sensibles al ácido acetilsalicílico, debido a que se han descrito ligeras reacciones broncoespásticas con paracetamol (reacción cruzada) en estos pacientes, aunque solo se manifestaron en menos del 5% de los ensayados. • Si el dolor se mantiene durante más de 10 días o la fiebre durante más de 3 días, o empeoran o aparecen otros síntomas, se debe reevaluar la situación clínica. • Este medicamento contiene 252,20 mg de sorbitol como excipiente por comprimido efervescente. Puede causar molestias de estómago y diarrea. No debe utilizarse en pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** El paracetamol se metaboliza a nivel hepático, dando lugar a metabolitos hepatotóxicos por lo que puede interactuar con fármacos que utilicen sus mismas vías de metabolización. Dichos fármacos son: **-Anticoagulantes orales** (acenocumarol, warfarina): La administración crónica de dosis de paracetamol superiores a 2g/día con este tipo de productos, puede provocar un incremento del efecto anticoagulante, posiblemente debido a una disminución de la síntesis hepática de los factores que favorecen la coagulación. Dada su aparente escasa relevancia clínica, se considera la alternativa terapéutica a salicilatos, cuando existe terapia con anticoagulantes. **-Alcohol etílico:** Potenciación de la toxicidad del paracetamol, por posible inducción de la producción hepática de productos hepatotóxicos derivados del paracetamol. **-Anticonvulsivantes** (fenitoina, fenobarbital, metilfenobarbital, primidona): Disminución de la biodisponibilidad del paracetamol así como potenciación de la hepatotoxicidad en sobredosis, debido a la inducción del metabolismo hepático. **-Cloranfenicol:** Potenciación de la toxicidad del cloranfenicol, por posible inhibición de su metabolismo hepático. **-Estrógenos:** Disminución de los niveles plasmáticos de paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo. **-Diuréticos del asa:** Los efectos de los diuréticos pueden verse reducidos, ya que el paracetamol puede disminuir la excreción renal de prostaglandinas y la actividad de la renina plasmática. **-Isoniazida:** Disminución del aclaramiento de paracetamol, con posible potenciación de su acción y/o toxicidad, por inhibición de su metabolismo hepático. **-Lamotrigina:** Disminución del área bajo la curva (20%) y de la vida media (15%) de lamotrigina, con posible inhibición de su efecto, por posible inducción de su metabolismo hepático. **-Probenecid:** Puede incrementar ligeramente la eficacia terapéutica del paracetamol. **-Propranolol:** El propranolol inhibe el sistema enzimático responsable de la glucuronidación y oxidación del paracetamol. Por lo tanto, puede potenciar la acción del paracetamol. **-Rifampicina:** Aumento del aclaramiento de paracetamol por posible inducción de su metabolismo hepático. **-Anticolinérgicos** (glicopirronio, propantelina): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por la disminución de velocidad en el vaciado gástrico. **-Resinas de intercambio iónico** (colestiramina): Disminución en la absorción del paracetamol, con posible inhibición de su efecto, por fijación del paracetamol en intestino. **-Zidovudina:** Puede provocar la disminución de los efectos farmacológicos de la zidovudina por un aumento del aclaramiento de dicha sustancia. **Interacciones con pruebas de diagnóstico.** El paracetamol puede alterar los valores de las siguientes determinaciones analíticas: • **Sangre:** aumento biológico de transaminasas (ALT y AST), fosfatasa alcalina, amoniaco, bilirrubina, creatinina, lactato deshidrogenasa (LDH) y urea; aumento (interferencia analítica de glucosa, teofilina y ácido úrico. Aumento del tiempo de protrombina (en pacientes con dosis de mantenimiento de warfarina, aunque sin significación clínica). Reducción (interferencia analítica de glucosa cuando se utiliza el método de oxidasa-peroxidasa. • **Orina:** pueden aparecer valores falsamente aumentados de metadrenalina y ácido úrico. • **Pruebas de función pancreática mediante la bentiromida:** el paracetamol, como la bentiromida, se metaboliza también en forma de arilamina, por lo que aumenta la cantidad aparente de ácido paraaminobenzoico (PABA) recuperada; se recomienda interrumpir el tratamiento con paracetamol al menos tres días antes de la administración de bentiromida. • **Determinaciones del ácido 5-hidroindolacético (5-HIAA) en orina:** en las pruebas cualitativas diagnósticas de detección que utilizan nitrosourea como reactivo, el paracetamol puede producir resultados falsamente positivos. Las pruebas cuantitativas no resultan alteradas. **Embarazo y lactancia.** **Embarazo:** No se han descrito problemas en humanos. Aunque no se han realizado estudios controlados, se ha demostrado que el paracetamol atraviesa la placenta, por lo que se recomienda no administrar salvo caso de necesidad (categoría B de la FDA). **Lactancia:** No se han descrito problemas en humanos. Aunque en la leche materna se han medido concentraciones máximas de 10 a 15 µg/ml (de 66,2 a 99,3 µmoles/l) al cabo de 1 o 2 horas de la ingestión, por parte de la madre, de una dosis única de 650 mg, en la orina de los lactantes no se ha detectado paracetamol ni sus metabolitos. La vida media en la leche materna es de 1,35 a 3,5 horas. **Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar maquinaria:** No se ha descrito ningún efecto en este sentido. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas del paracetamol son, por lo general, raras o muy raras. Frecuencia estimada: Muy frecuentes (>1/10); frecuentes (>1/100, <1/10); infrecuentes (>1/1.000, <1/100); raras (>1/10.000, <1/1.000); muy raras (>1/10.000). **Generales:** Raras: Malestar. Muy raras: Reacciones de hipersensibilidad que oscilan, entre una simple erupción cutánea o una urticaria y shock anafiláctico. **Tracto gastrointestinal:** Raras: Niveles aumentados de transaminasas hepáticas. Muy raras: Hepatotoxicidad (ictericia). **Metabólicas:** Muy raras: Hipoglucemia. **Hematológicas:** Muy raras: Trombocitopenia, agranulocitosis, leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica. **Sistema cardiovascular:** Raras: Hipotensión. **Sistema renal:** Muy raras: Piuria estéril (orina turbia), efectos renales adversos (véase epígrafe 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Sobredosis:** La sintomatología por sobredosis incluye, mareos, vómitos, pérdida de apetito, ictericia, dolor abdominal e insuficiencia renal y hepática. Si se ha ingerido una sobredosis debe tratarse rápidamente al paciente en un centro médico aunque no haya síntomas o signos significativos ya que, aunque éstos pueden causar la muerte, a menudo no se manifiestan inmediatamente después de la ingestión, sino a partir del tercer día. Puede producirse la muerte por necrosis hepática. Así mismo, puede aparecer fallo renal agudo. La sobredosis de paracetamol se evalúa en cuatro fases, que comienzan en el momento de la ingestión de la sobredosis: • FASE I. (12-24 horas): náuseas, vómitos, diaforesis y anorexia. • FASE II (24-48 horas): mejoría clínica; comienzan a elevarse los niveles de AST, ALT, bilirrubina y protrombina. • FASE III (72-96 horas): pico de hepatotoxicidad; puede aparecer valores de 20.000 para la AST. • FASE IV (7-8 días): recuperación. Puede aparecer hepatotoxicidad. La mínima dosis tóxica, en una sola toma, es de más de 6 g en adultos y más de 100 mg/Kg de peso en niños. Dosis superiores a 20-25 g son potencialmente mortales. Los síntomas de la hepatotoxicidad incluyen náuseas, vómitos, anorexia, malestar, diaforesis, dolor abdominal y diarrea. Si la dosis ingerida fue superior a 150 mg/Kg o no puede determinarse la cantidad ingerida, hay que obtener una muestra de paracetamol sérico a las 4 horas de la ingestión. En el caso de que se produzca hepatotoxicidad, realizar un estudio de la función hepática y repetir el estudio con intervalos de 24 horas. El fallo hepático puede desencadenar encefalopatía, coma y muerte. Niveles plasmáticos de paracetamol superiores a 300 µg/ml, encontrados a las 4 horas de la ingestión, se han asociado con el daño hepático producido en el 90% de los pacientes. Este comienza a producirse cuando los niveles plasmáticos de paracetamol a las 4 horas son inferiores a 120 µg/ml o menores de 30 µg/ml a las 12 horas de la ingestión. La ingestión crónica de dosis superiores a 4 g/día pueden dar lugar a hepatotoxicidad transitoria. Los riñones pueden sufrir necrosis tubular, y el miocardio puede resultar lesionado. **Tratamiento:** En todos los casos se procederá a aspiración y lavado gástrico, preferentemente en las 4 horas siguientes a la ingestión. Existe un antídoto específico para la toxicidad producida por paracetamol: N-acetilcisteína. Se recomiendan 300 mg/kg de N-acetilcisteína (equivalentes a 1,5 ml/kg de solución acuosa al 20%; pH: 6,5), administrados por vía IV. Durante un periodo de 20 horas y 15 minutos, según el siguiente esquema: **I) Adultos.** 1. **Dosis de ataque:** 150 mg/kg (equivalentes a 0,75 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH 6,5) lentamente por vía intravenosa o diluidos en 200 ml de dextrosa al 5%, durante 15 minutos. 2. **Dosis de mantenimiento:** a) Inicialmente se administrarán 50 mg/kg (equivalentes a 0,25 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 500 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 4 horas. b) Posteriormente, se administrarán 100 mg/kg (equivalentes a 0,50 ml/kg de solución acuosa al 20% de N-acetilcisteína; pH: 6,5), en 1000 ml de dextrosa al 5% en infusión lenta durante 16 horas. **II) Niños.** El volumen de la disolución de dextrosa al 5% para la infusión debe ser ajustado en base a la edad y al peso del niño, para evitar congestión vascular pulmonar. La efectividad del antídoto es máxima si se administra antes de que transcurran 4 horas tras la intoxicación. La efectividad disminuye progresivamente a partir de la octava hora y es ineficaz a partir de las 15 horas de la intoxicación. La administración de la solución acuosa de N-acetilcisteína al 20% podrá ser interrumpida cuando los resultados del examen de sangre muestren niveles hemáticos de paracetamol inferiores a 200 µg/ml. **Efectos adversos de la N-acetilcisteína por vía IV:** Excepcionalmente, se han observado erupciones cutáneas y anafilaxia, generalmente en el intervalo entre 15 minutos y 1 hora desde el comienzo de la infusión. Por vía oral, es preciso administrar el antídoto de N-acetilcisteína antes de que transcurran 10 horas desde la sobredosis. La dosis de antídoto recomendada para los adultos es: - una dosis inicial de 140 mg/kg de peso corporal. - 17 dosis de 70 mg/kg de peso corporal, una cada 4 horas. Cada dosis debe diluirse al 5% con una bebida de cola, zumo de uva, de naranja o agua, antes de ser administrada, debido a su olor desagradable y a sus propiedades irritantes o esclerosantes. Si la dosis se vomita en el plazo de una hora después de la administración, debe repetirse. Si resulta necesario, el antídoto (diluido en agua) puede administrarse mediante la intubación duodenal. **DATOS FARMACEÚTICOS. Relación de excipientes:** Ácido cítrico anhídrido, Bicarbonato sódico, Carbonato sódico anhídrido, Sorbitol, Docusato sódico, Polividona, Sacarina sódica, Benzoato de sodio. **Incompatibilidades:** No aplicable. **Periodo de validez:** 2 años. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25 °C. Conservar protegido de la humedad. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** BRISTOL-MYERS SQUIBB, S.A. c/ Almansa, 101. 28040 - MADRID. **PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Sin receta médica. Financiado por la Seguridad Social con aportación normal. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** 8 COMPRIMIDOS: PVP: 1,40 €. PVP IVA: 1,45 €. 20 COMPRIMIDOS: PVP: 3,38 €. PVP IVA: 3,51 €. 40 COMPRIMIDOS: PVP: 5,57 €. PVP IVA: 5,79 €. Texto revisado: Julio 2002. MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS. La Compañía dispone de una ficha técnica de Efferalgan 1g. Para más información dirigirse a BMS - Dpto. de Información Médica - Departamento Científico-, C/Almansa, 101 - 28040 Madrid.

EFFERALGAN® 1g

Paracetamol 1g • 40 comprimidos efervescentes

Más de
30 años
en tus manos



ESEF-K0001 12/08

Financiado por
la Seguridad Social