

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 113

5 de junio de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

## Tratar el dolor sin miedo

Pág. 38

**ADEMÁS**



**Club Médico Informativo**

(Ver págs. centrales)

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Estamos allí.  
**Cerca.**

**Cerca. Es nuestro compromiso con la sociedad.**

Nuestra responsabilidad social se demuestra a través de la donación de medicamentos, el patrocinio de la Alianza Gavi para la vacunación infantil y la colaboración con el Fondo de Ayuda Humanitaria de Emergencias de Farmamundi.

HTA

Oleada  
de **POTENCIA**

NUEVO

**DAFIRO** es el nuevo producto para la hipertensión arterial que **reduce la PA.**<sup>1,2,3</sup> **DAFIRO** ha demostrado **reducciones de hasta 43 mmHg PAS.**<sup>1,2,3</sup> En Esteve seguimos buscando soluciones para la HTA.



**DAFIRO**

amlodipino / valsartan

nuevo

SALVA  
SKIN

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

SALVASKINoil

ESPECIAL ZONAS DELICADAS  
(SACRO, TALÓN Y CODO)

SALVASKINmilk

ESPECIAL EXTREMIDADES  
INFERIORES



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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

S  
SALVAT





Real Academia Nacional  
de Medicina

Convoca: \_\_\_\_\_



# PREMIO CARLOS IV

## de Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública



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

Con la colaboración de:  **sanofi pasteur MSD**  
vacunas para la vida

## 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.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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

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


### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 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 El Termómetro
- 8 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 **Gestión Profesional**  
Cómo conseguir dinero para nuestros proyectos (III)
- 16 **Gestión de Calidad. Enfermería**  
Mejorar de seguridad de los profesionales
- 18 **Capital Riesgo**  
La valoración no lo es todo
- 20 **Internet y Medicina**  
Cómo visualizar grandes imágenes
- 48 **Renta 2009 (y VI)**
- 50 **Inversiones y Valores del Mes**

## Y ADEMÁS...

- 6 Atención al paciente
- 53 Tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Ha puesto en marcha medidas de reciclaje en su consulta?

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

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



## ENCUESTA EXCLUSIVA

Medical Economics le anima a participar a través de [www.medeco.es.com](http://www.medeco.es.com) 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
- Antiseptia 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.com](http://www.medeco.es.com)

## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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



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

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

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

© Copyright 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**  
Farmacéutico Abogado 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

**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 López**  
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 del 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

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

**Héctor Jausás Farré**  
Socio Director de Jausás Abogados

**Albert Jovell Fernández**  
Presidente del Foro Español de Pacientes

**Carlos Lens Cabrera**  
Consejero Técnico  
Dirección General de Farmacia

**Diego López Llorente**  
Presidente de Club Médico

**Ricardo de Lorenzo y Montero**  
Presidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

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

**Manuel Martín Cortés**  
Coordinador de Relaciones Institucionales  
Chiesi España

**Santiago Martínez-Fornés Hernández**  
Vicepresidente  
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

**Rafael Matesanz Acedos**  
Coordinador Nacional de Trasplantes

**Fernando Mesa del Castillo**  
Presidente de la Federación Nacional  
de Clínicas Privadas

**Teresa Millán Rusillo**  
Directora de Relaciones Institucionales  
de Lilly

**Basilio Moreno Esteban**  
Presidente de la Fundación SEEDO

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

**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 Geriátria  
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.

**Eugenio 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

**Vanessa Asenjo**  
Directora de Calidad y Atención  
al Paciente de USP Hospitales

# El Termómetro

## Una apuesta por las sinergias en salud

**E**n Europa se están desarrollando iniciativas en el campo del sarcoma, que son especialmente relevantes, ya que acrisolan el espíritu de unidad y que tratan de hacer frente a problemas de salud de primera índole, mediante el esfuerzo conjunto y la aportación de valor continuado. Cabe destacar, que la UE tomará como referencia los planteamientos españoles para mejorar la asistencia en este tipo de procesos, teniendo en cuenta que España tendrá en breve una estrategia frente a este tipo de patologías.

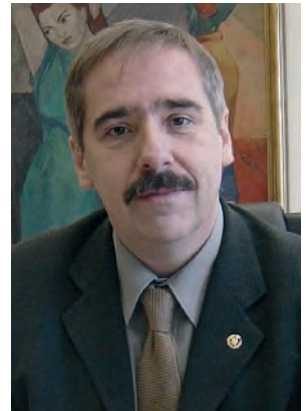
Con este objetivo, la Comisión Europea ha presentado hace poco una propuesta que anima a que los países miembros de la UE pongan en marcha antes de 2011 una serie de estrategias y planes de acción que sirvan para mejorar la situación de estos pacientes y sus familiares. Recientemente, hemos tenido la oportunidad de participar en Nueva York en un evento organizado por la Fundación Sarcoma (Sarcoma Foundation of America) en el que participaron expertos en ese ámbito concreto de la oncología, sociedades científicas, instituciones de diferente carácter y condición, centros de investigación, pacientes y familiares, medios de comunicación, entorno cultural y artístico, patrocinadores diversos e industria farmacéutica.

Este espíritu de aglutinar y compartir experiencias de todos aquellos que tienen un objetivo común, transpiraba la preocupación por un bien social, el de sensibilizar y servir de canal de transmisión y puesta en común de todo lo puede beneficiar de una forma u otra a las personas que tienen un proceso de estas características.

Cuando la sociedad se une en iniciativas de este calibre, cada cual según su grado de responsabilidad o de preocupa-

ción genera un potencial de estímulo en todos los ámbitos y facilita el acercamiento al conjunto de ciudadanos de un problema que atañe a un grupo concreto de personas.

El evento se inició con una conferencia monográfica encabezada por profesionales y expertos, que otorgaba un especial protagonismo a pacientes y familiares, que aportaban su visión, experiencias y expectativas. Durante el acto social del día siguiente se entregaron premios y agradecimientos a aquellos que han tenido especial relevancia en este ámbito y se fomentó el espíritu altruista mediante la captación de fondos y ayudas para todos los estratos de la enfermedad, desde la investigación, pasando por la educación sociosanitaria, hasta la mejora de las condiciones y calidad de vida de pacientes y familiares. Todo ello en un acto cargado de emotividad y no exento de realismo, pero bajo un cuidado exquisito en todos los aspectos.



Fernando Mugarza\*

**La Comisión Europea ha presentado hace poco una propuesta que anima a que los países miembros de la UE pongan en marcha antes de 2011 una serie de estrategias y planes de acción que sirvan para mejorar la situación de estos pacientes**

Si hemos de garantizar al máximo la igualdad de acceso y oportunidades a todos los pacientes independientemente del proceso que padezcan, un buen comienzo es la sensibilización de la sociedad mediante iniciativas que promuevan y favorezcan políticas de apoyo a la investigación en este tipo de procesos, y a la vez favorezcan el acceso a las nuevas terapias que nos pueda ofrecer el futuro. ■

\*Director de Comunicación de PharmaMar. (Grupo Zeltia). Miembro de honor de Forética. Coordinador de RSC del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

Fundación Española del Corazón (FEC)

## La primera causa de mortalidad en el mundo

*Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte y hospitalización en la población mundial. La hipertensión, la obesidad, la diabetes y las dislipemias son algunos de los motivos más frecuentes de consulta en Atención Primaria.*

Por Cristina García Blanco

» En 2007 las patologías cardiovasculares constituyeron el 32,2 por ciento de las muertes que se produjeron en España.

» Si no se sigue una alimentación equilibrada el riesgo de aparición de problemas cardiovasculares a partir de la mediana edad se multiplica.

La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en el mundo y en 2007, las patologías cardiovasculares constituyeron el 32,2 por ciento de las muertes que se produjeron en España y uno de cada tres españoles perdió la vida por un accidente cardiovascular. Así, en España, las ECV se cobran 80.000 vidas al año, siendo la primera causa de mortalidad nacional. En Europa, el coste global de las ECV asciende a más de 192.000 millones de euros al año.

La Fundación Española del Corazón (FEC) es una institución privada sin ánimo de lucro promovida por la Sociedad Española de Cardiología, sometida al protectorado del Ministerio de Educación y Ciencia, y cuyos objetivos principales son la prevención de las enfermedades cardiovasculares mediante la educación sanitaria y el apoyo a la investigación cardiovascular en España por medio de la concesión de becas a proyectos de investigación básica y clínica en cardiología. La historia de la FEC se remonta al año 1967, cuando nace como Fundación Hispánica de Cardiología, y no toma el nombre de Fundación Española del Corazón hasta el año 1995.

La FEC cuenta con más de 4.000 miembros, entre los que se incluyen los cardiólogos de la Sociedad Española de Cardiología, profesionales de Enfermería en cardiología, asociaciones de pacientes, entidades privadas y socios particulares. Además, la FEC es miembro de la World Heart Federation, la European Heart Network, la Asociación Española de Fundaciones y el Foro Europeo de la Salud, organizaciones que aportan valor y prestigio internacional a su labor.

En colaboración con la Sociedad Española del Corazón (SEC), la FEC participa en la

celebración de acciones tan destacadas como el Día Mundial del Corazón (último domingo de septiembre) y la Semana del Corazón, actividades que se desarrollan con el fin de prevenir las enfermedades cardiovasculares y divulgar hábitos de vida sana entre la población española.

Bajo el lema "Pónlo a punto: es el motor de tu vida", la FEC celebra desde el 31 de mayo la Semana del Corazón 2009 en varias ciudades españolas. Este año la FEC se ha marcado como objetivo que sus Semanas del Corazón sirvan a la población española como puesta a punto de sus corazones y de aprendizaje para conducirse de manera correcta en todas las edades de la vida, a través de un atractivo programa de actividades.

Entre los hábitos saludables, resulta fundamental sin duda, mantener una alimentación sana. Por este motivo, la FEC pone en marcha de una forma periódica actividades en este campo para concienciar a la población de la importancia de alimentarse bien, de una forma sana, y de hacer ejercicio de manera regular para prevenir enfermedades cardiovasculares. Y es que factores como la obesidad, el colesterol y la hipertensión son algunos de los principales desencadenantes en las enfermedades cardiovasculares y que pueden controlarse a través de la alimentación. De hecho, actualmente se sabe que si no se sigue una alimentación equilibrada el riesgo de aparición de problemas cardiovasculares a partir de la mediana edad se multiplica y éstos inducirán consecuencias más graves.

"Tu corazón es vital. Toma el control" es otra de las campañas puestas en marcha recientemente por la FEC, en colaboración con la Sociedad Española del Corazón, y tiene como objetivo evaluar la salud cardiovascular de los diputados de toda España. ■

## “Son necesarias más campañas de prevención cardiovascular”



*Leandro Plaza Celemín*

*Presidente de la Fundación Española del Corazón desde el pasado año, además, el doctor Leandro Plaza fue presidente de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) entre los años 1984 y 1986.*



### **PREGUNTA:** ¿Qué factores desencadenan la enfermedad cardiovascular?

**RESPUESTA:** La arteriosclerosis es causa inmediata de las enfermedades cardiovasculares. Es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida y se inicia desde los 10-15 años.

Por ahora no disponemos de un tratamiento médico que evite la enfermedad, y sin embargo, sabemos que además de una predisposición genética existen varios factores de riesgo que favorecen la aparición de la ECV: la hipertensión arterial, la elevación anormal del colesterol en la sangre, el tabaquismo y la diabetes. Existen también otros factores de menor importancia como la obesidad, el sedentarismo y la personalidad compulsiva y perfeccionista. En consecuencia, la mejor forma de frenar su desarrollo es educar a la población con medidas preventivas para disminuir en lo posible desde tempranas épocas de la vida los factores de riesgo referidos. Este es el principal objetivo de la Fundación Española del Corazón.

### **P.** ¿Está la clase política lo suficientemente concienciada de la importancia de las enfermedades cardiovasculares?

**R.** La clase política, aunque ya se ha iniciado a nivel sanitario gubernamental una eficaz lucha contra el tabaquismo, debe implementar más ayudas para campañas de prevención cardiovascular colectivas dirigidas a la población en general con la colaboración de las organizaciones civiles, fundaciones, asociaciones de pacientes, etc. En la clase política europea va creciendo la evidencia de la importancia de esta enfermedad, que constituye la primera causa de muerte en todos los países de la UE. En este sentido, la FEC colabora estrechamente con la European Heart Network, organismo dedicado a extender en todos los países estas medidas preventivas.

### **P.** ¿Qué tipo de actividades y/o jornadas organiza la FEC?

**R.** Desde hace varios años la FEC desarrolla diferentes actividades para atraer la atención de la población sobre la trascendencia para su salud de las medidas preventivas de los factores de riesgo cardiovascular. Las Semanas del Corazón –que durante este año se llevarán a cabo en siete ciudades españolas–, el Día Mundial del Corazón, la Campaña de Salud Cardiovascular en Parlamentos, –que también se realizará en todas las comunidades autónomas durante 2009 y 2010 con el objetivo de concienciar y sensibilizar a la clase política sobre la importancia de controlar los factores de riesgo–, y numerosas reuniones con otras asociaciones preventivas de la salud y organizaciones de pacientes cardíacos, son algunas de las actividades e iniciativas que la FEC viene desarrollando en la actualidad.

### **P.** ¿Cuáles son las actividades más inmediatas?

**R.** Durante el mes de mayo visitamos el Congreso de los Diputados para explicar en primera persona a la clase política cual es la realidad de las ECV en España, y lo importante que es el control de los factores de riesgo como prevención de las mismas. Estamos muy agradecidos por la participación y porque más de 200 personas, entre diputados y funcionarios del Congreso, realizaron el circuito médico para valorar su salud cardiovascular.

Además, el pasado 27 de mayo, celebramos una de las acciones más conocidas, el XXV Aniversario de la Semana del Corazón de Madrid, que este año se desarrolló en la zona de la Plaza de España, donde todos los ciudadanos pudieron participar en diferentes actividades a lo largo de los cuatro días de duración. ■

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

# 203.305

médicos colegiados hay en España.

# 30.359

médicos hay en Madrid.

# 30.410

en Cataluña.

# 187.414

del total de médicos españoles tienen menos de 65 años.

# 23-25

por ciento son médicos colegiados no asistenciales.

Fuente: Organización Médica Colegial (OMC).

## PROFESIÓN MÉDICA

### Sólo ocho facultades en España imparten Medicina de Familia

Sólo el 28 por ciento de las facultades imparten Medicina de Familia (MF), una especialidad que únicamente se contempla en ocho facultades de medicina de España, pese a que, como área científica y especialidad, resuelve el 90 por ciento de los problemas de salud. En este contexto, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) considera que una mayor presencia en los estudios de pregrado contribuiría a colocar la Medicina de Familia entre las más elegidas por los estudiantes. La situación actual de la Medicina de Familia ha sido uno de los temas debatidos en las XIII Jornadas Nacionales para Médicos Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria que se han celebrado recientemente en Logroño, y a las que han asistido cerca de 500 médicos residentes y jóvenes médicos de familia.



## FONDOS DE INVERSIÓN

### Vuelve el dinero a los fondos

Por primera vez en dos años, el patrimonio de los fondos de inversión creció el pasado mes de abril. Esto quiere decir que los reembolsos, la retirada de dinero, es menor que el dinero que entra. ¿Y a qué tipo de fondos va ese dinero? Por ahora, se constata que los inversores sacan sus ahorros de los depósitos bancarios y eligen, sobre todo, fondos garantizados de renta fija, en los que el cliente puede encontrar rentabilidades del 4 por ciento TAE, el doble que en los depósitos. Saldrán al mercado garantizados de renta variable, pero habrá que saber en qué activos en concreto invierten porque, de momento, "no todo el monte es orégano".



## ENTRE NOSOTROS

### Luis Verde, nuevo director de Área Sanitaria de Ferrol

Luis Verde Remeseiro, miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, es el nuevo director del Área Sanitaria de Ferrol (A Coruña). Verde Remeseiro (1960) fue director gerente de Atención Primaria en la entonces área única de A Coruña-Ferrol, y realizó un importante trabajo de consolidación de los Puntos de Atención Continuada. En la actualidad, ocupa su plaza de médico en Meicende (A Coruña) y preside también la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.

## DIFERENCIAS SALARIALES EN AP

## Existen diferencias retributivas de hasta 20.000 euros entre los médicos de Atención Primaria

**F**rancisco Miralles, presidente del sector de Atención Primaria de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), ha hablado de "extrema gravedad" al referirse a la situación de la Atención Primaria en España, y se ha referido a que, en el aspecto retributivo, la diferencia entre un profesional que presta sus servicios en una comunidad y el que lo hace en otra puede llegar a ser de "hasta 20.000 euros anuales". CESM se cuestiona la eficiencia del actual modelo y pide "una reforma urgente que incluya tres medidas concretas: un estudio demográfico de médicos, un aumento de la inversión presupuestaria; y reformas organizativas profundas que vuelvan a hacer ilusionante nuestro trabajo y donde la alta responsabilidad de los médicos sea valorada". Por otro lado, según CCOO los médicos de los hospitales nuevos de gestión privada cobran hasta un 16 por ciento menos que los pertenecientes al sistema público.



## INDUSTRIA FARMACÉUTICA

## Almirall elevó un 40,8 por ciento su beneficio en el primer trimestre

**A**lmirall elevó un 40,8 por ciento su beneficio en el primer trimestre, hasta 63,8 millones. La farmacéutica explicó que esta cifra se vio impulsada por la venta de trece productos no promocionados a la compañía Kern Pharma. Descontando el efecto de estos extraordinarios, el beneficio neto normalizado de la firma creció un 8,8 por ciento, hasta los 49,5 millones. Las ventas se incrementaron un 2,8 por ciento entre enero y marzo, hasta sumar 245 millones de euros, mientras que el beneficio bruto de explotación (Ebitda) se situó en 79,2 millones, un 8,5 por ciento más.



La compañía ha destacado que continúa su compromiso con la I+D destinando a este concepto recursos por valor de 33,4 millones de euros.

## CAPITAL RIESGO

## Barclays y Royal Bank of Scotland se hacen con el 65 por ciento de USP

**L**a firma de capital riesgo Cinven, que en el verano de 2007 pagó a Mercapital 675 millones de euros con financiación bancaria por el 65 por ciento de USP, el mayor grupo hospitalario de España, ha cedido ese porcentaje a sus acreedores a cambio de refinanciar la deuda del grupo, estimada en 500 millones de euros. El equipo directivo de USP mantiene el 25 por ciento de las acciones, mientras que el otro 10 por ciento restante, está en manos de Caixa Geral. El equipo directivo de la compañía, con Gabriel Masfurroll como presidente ejecutivo, continúa al frente de la gestión.



## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medecoes.com

## Medical Economics

¿Está preparado para evitar el fraude por parte de sus empleados?



La mayor parte de nuestros lectores, un **46** por ciento asegura que vigilan todos los pagos y facturas, mientras que un **23** por ciento dice investigar a su personal antes de las contrataciones. Un **17** por ciento asegura estar preparado para evitar el fraude porque sólo él tiene acceso a las finanzas, mientras que un **12** por ciento dice necesitar establecer más prácticas de control.

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

Presentación de las últimas novedades en medicina y cirugía cosmética

## La SEMCC clausura con gran éxito de asistencia las XVII Jornadas Mediterráneas

*Más de 1.200 personas asistieron a las XVII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina Estética auspiciadas por la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC). Por primera vez en nuestro país, las Jornadas han acogido el prestigioso BioBridge Event '09, un encuentro multidisciplinar en el que se unen sin fronteras los más célebres científicos e investigadores del mundo en el campo de la regeneración de tejidos mediante células madre*

Más de mil profesionales de la medicina y la cirugía estética nacionales e ilustres invitados internacionales, se dieron cita en Sitges en las XVII Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina Estética auspiciadas por la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC). “El destacado nivel de los conferenciantes venidos de todo el mundo, la celebración por primera vez en España de un certamen dedicado a la investigación en células madre –BioBridge'09– asociado a nuestro campo y contar con más de 1.200 asistentes y 150 expositores son el referente del avance de nuestro sector y la inquietud por la innovación y la formación de nuestros profesionales en España”, asegura el presidente de la SEMCC, el doctor J. Víctor García.

Por primera vez en nuestro país, las Jornadas han acogido el prestigioso BioBridge Event '09, un encuentro multidisciplinar en el que se unen sin fronteras los más célebres científicos e investigadores del mundo en el campo de la regeneración de tejidos mediante células madre y factores de crecimiento.

La mayoría de enfermedades que causan destrucción de tejidos representan un campo de aplicación posible para la terapia con células madre adultas, y todas ellas fueron expuestas en BioBridge Event '09 por expertos de referencia en cada materia. Esto incluye patologías como, por ejemplo, lesiones de la médula espinal, apoplejía, quemaduras, enfermedades cardiovasculares, diabetes, patologías corneales, artritis y artrosis, distrofias musculares, enfermedades hepáticas, Parkinson o



Más de mil profesionales de la medicina y la cirugía estética acudieron a las jornadas, en Sitges.

Alzheimer. “En un momento especial de controversia al respecto, muchas de las conferencias versaron sobre células madre fetales o adultas, que son distintas de las embrionarias”, asegura J. Víctor García. En este sentido, José María Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, volvió a participar en esta edición con una ponencia sobre la situación actual de la regulación de la concesión de patentes de inventos biotecnológicos.

### Terapia celular

Bernat Soria, director del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa CABIMER y ex ministro de Sanidad y Consumo, señaló que “una buena noticia es que las terapias celulares funcionan, aunque estamos lejos de tener una propuesta clínica para la diabetes”. En el futuro, “deberíamos hallar las claves de la regeneración celular para que los tejidos humanos que no se regeneran por sí mismos, aprendan a hacerlo”.

El doctor Augusto Silva, director general de Terapias Avanzadas y Trasplan-

tes del Ministerio de Sanidad y subdirector del Instituto de Salud Carlos III, fue el encargado de hablar sobre el marco legal en España de la investigación con células madre. Por su parte, el profesor Javier Arias, director general de Terapia Celular y Medicina Regenerativa del Instituto Carlos III, explicó las controversias éticas que rodean a la medicina regenerativa actualmente. “Es necesaria la investigación en seres humanos, donde no existe riesgo 0 para la salud, porque el beneficio potencial es tan brutal que cualquier debate ético debe ser muy riguroso, dejando de lado fanatismos”, y añadió: “Necesitamos un marco jurídico seguro”.

Tras la primera jornada dedicada íntegramente a la medicina regenerativa, el interés de los profesionales médicos se centró en el perfeccionamiento de técnicas más avanzadas y en la optimización de la aplicación de ciertos productos, como la toxina botulínica o aplicación de ultrasonidos focalizados (HIFU) como método novedoso para eliminar el exceso de grasa. ■

El nuevo presidente reflexionó sobre los desafíos de la institución en su toma de posesión

## Rodríguez Sendín apunta a la necesidad y obligación de autorregulación de la profesión médica

*El presidente del CGCOM, el doctor Juan José Rodríguez Sendín, se centró en la necesidad y obligación de autorregulación de la profesión médica en su discurso de toma de posesión oficial de su cargo en un acto al que asistió la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, entre otras muchas personalidades del ámbito sanitario español.*

**E**l presidente número 19 de la Organización Médica Colegial (OMC) ya es oficialmente Juan José Rodríguez Sendín tras su toma de posesión respaldada por la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez. El nuevo presidente de la OMC centró su intervención en tres aspectos fundamentales: el pensamiento corporativo, la estructura de la OMC y los futuros planes de actuación de la entidad. En relación al pensamiento corporativo, el presidente hizo referencia a la necesidad y obligación de autorregulación de la profesión médica, compartiendo la misma con el poder que otorga el Estado a las administraciones. “La gran justificación sobre la necesidad de autorregulación obligatoria de la profesión médica, dentro y fuera del sistema sanitario, es el acto médico”. La capacidad de autorregulación profesional, en su opinión, “debe ser universal y obligatoria porque, de no ser así, no podría garantizarse para todos, y la mejor forma de ejercer esa potestad la tienen los colegios de médicos, garantes como son de la mejor *praxis* médica”.

Con respecto a los colegios y a las ventajas de la colegiación, Rodríguez Sendín ha comentado que “son muchas”, tales como “la involucración y compromiso más activo de los profesionales en el sistema; mayor capacidad ante la complejidad del conocimiento especializado; mejor acepta-

ción profesional con reglas reguladoras que vengan desde dentro; interés de la profesión por mantener su reputación; mayor flexibilidad y adaptación ante situaciones de cambio constante; mayor facilidad para detectar incumplimientos profesionales; y, mayor efectividad para vehicular quejas profesionales o de pacientes”.



Trinidad Jiménez, con Juan José Rodríguez Sendín.

Sobre el segundo aspecto analizado en profundidad por el presidente en su discurso, la estructura de la organización, señaló que “es necesario poseer unas herramientas de regulación y de buen gobierno, como son los Estatutos, el Código Deontológico y los sistemas de comunicación, que permitan alcanzar la transparencia suficiente y llegar a todas las audiencias”. Rodríguez Sendín ha defendido que “queremos una organización comprometida con la defensa de la salud y con la obligación de paliar el sufrimiento y la enfermedad, una OMC con vocación de servicio y comprometida con humanizar el ejercicio profesional”.

En relación a los planes de actuación que la entidad va a proponer a la Asamblea General, destacan la revisión de los Estatutos, del Código Deontológico, el refuerzo de las vías de comunicación, la acreditación de la formación médica continuada, la limitación de la variabilidad de la práctica médica, un modelo de relación estable con las asociaciones de pacientes, el carnet de médico con firma electrónica y un impulso a los servicios basados en las TICs pues para todo lo que es la *e-medicina* la certificación electrónica profesional es la piedra angular que la hace posible y fiable.

Las soluciones operativas en las que se deben centrar los esfuerzos de la OMC de forma inmediata “son el registro y distribución de médicos, la homologación y ordenación de títulos, la participación de la profesión en la formación de grado, la participación de los estudiantes de medicina en la vida colegial, la atención al médico enfermo, discapacitado y/o dependiente, el programa para el estudio y prevención de las agresiones y de la violencia en el ámbito sanitario, la recolección y reconocimiento periódico de la competencia profesional, la objeción de conciencia y consentimiento informado”, aseguró Sendín.

Para ello, según él, “es muy conveniente definir y alcanzar un Pacto de Estado por la Sanidad que debe seguir con más energía si cabe”. ■

Fernando Mesa del Castillo López, presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

## “Mi principal reto es enseñar a la sociedad lo que hacemos”

*Hijo, nieto y hermano de cuatro médicos, Fernando Mesa del Castillo López (Murcia, 1954), especialista en Aparato Digestivo y director del Hospital Mesa del Castillo, es el presidente, desde el pasado 1 de abril, de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, en sustitución de Antonio Bartolomé. Ante sí tiene una tarea ambiciosa y complicada y problemas que resolver. Confiesa que su principal reto "es darnos a conocer más a la sociedad: explicar quiénes somos, qué es lo que estamos haciendo y cómo lo hacemos".*

Por Gonzalo San Segundo



**PREGUNTA:** *¿Cuáles son los principales retos a los que tiene que enfrentarse como presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas?*

**RESPUESTA:** El principal reto que tenemos es darnos a conocer más a la sociedad: explicar quiénes somos, qué es lo que estamos haciendo y cómo lo hacemos. En definitiva, enseñar a la sociedad qué es lo que hacemos, pues tenemos la sensación de que hay una visión de la sanidad privada un poco gris, turbia, rara. ¿Cómo vamos a hacer esto? Lo estamos estudiando, pero hay que hacer una importante labor de comunicación y coordinar mejor las clínicas que componen la Federación, que son más de 270. Otro de los objetivos es potenciar las asociaciones de clínicas privadas en las comunidades autónomas, pues cada comunidad tiene su propia problemática. Y quere-

mos también abrirnos al exterior, tener una sección internacional. Europa es la que dice cómo va ser la Sanidad en los próximos años y hay que estar ahí, con las nuevas directrices que van saliendo día a día.

**P.** *Y de cara al interior, un asunto que está de actualidad y sin resolver es la laborización de los profesionales sanitarios que trabajan en las clínicas privadas...*

**R.** Este problema lo tenemos en vías de solución. Hemos tenido varias reuniones en el Ministerio de Trabajo con el director general de Inspección, Aragón Bombín, y creo que le hemos sabido explicar cuál era el problema, muy complejo, pues la mayor parte trabajan en la pública. Ellos lo han entendido y están estudiando unas directrices nuevas para solucionar el problema. Dentro de un hospital, deben coexistir los laborales con los autónomos. La solución que tomen debe ser muy parecida a la situación actual, en la que no hay fraude. Nuestro asesor es Ricardo de Lorenzo, que ha redactado un informe muy bueno y está llevando el tema a buen puerto.

**P.** *Otro de los retos a los que se tiene que enfrentar es intentar mejorar la relación con las administraciones autonómicas, o sea, con la sanidad pública...*

**R.** Sí. Hay comunidades que tienen muy concertada la sanidad pública con la privada. En Murcia, por ejem-

plo, el 30 por ciento de la actividad sanitaria se realiza en clínicas concertadas. Y está funcionando muy bien. Y en otras comunidades esa relación es muy inferior. Y aquí queremos potenciar los conciertos para reducir listas de espera y programar otro tipo de actividades.

**P.** *Otra cuestión pendiente es mejorar o normalizar esa relación de amor-odio con las aseguradoras médicas...*

**R.** El caballo de batalla que tenemos con las compañías de seguros es la negociación de las tarifas, tanto de médicos como de hospitales. Cada hospital tiene unas tarifas y condiciones distintas. Nosotros les prestamos el servicio, pero siempre tenemos un tira y afloja con los precios importante. Y, por otro lado, también son compañeros nuestros en la actividad privada, pues muchas compañías de seguros tienen hospitales. El que las compañías negocien con cada hospital es bueno. De hecho, uno de los objetivos que tenemos a medio y largo plazo es la acreditación de las clínicas, pues no todas son iguales en servicios, calidad asistencial y seguridad del paciente. Hay clínicas que son cinco estrellas y otras que tienen tres. Nosotros decimos que somos empresas tecnológicamente muy avanzadas y con unos profesionales muy cualificados. Pero hay que seguir haciendo esfuerzos en la formación continuada de nuestros profesionales.

**P.** *Y en esa relación clínica privada-compañía asegurada, ¿cómo se protegen los datos personales de los pacientes?*

**R.** Ahí hay un problema que está sin resolver. Estamos cumpliendo la Ley de Protección de Datos por medio del Proyecto Mercurio (implanta un modelo innovador de integración de la gestión de recursos humanos y la seguridad de la información). De esta forma, la sanidad privada dispone de una solución para cumplir todos los estándares de confidencialidad y protección de datos sin menoscabo de su competitividad empresarial.

**P.** *Cuestión pendiente también es la integración de todas las clínicas privadas en la Federación...*

**R.** Sí. Cataluña, por ejemplo, no está en la Federación. El resto de comunidades autónomas sí están integradas aquí. A las tres asociaciones catalanas importantes de clínicas privadas habrá que convencerlas para que se unan a nosotros.

**Cada año tenemos un crecimiento sostenido y en nuestra actividad se interesan cada vez más los inversores extranjeros**

**P.** *Usted ha afirmado que "a la sanidad pública le sale más barato usar las clínicas privadas que sus propios hospitales"...*

**R.** Le sale más barato porque estructuralmente las clínicas privadas están montadas para hacer un tipo de medicina determinada y muy especializada, lo que abarata los costes y mejora la eficiencia.

**P.** *Entonces, ¿por qué no privatizar los hospitales públicos? Saldría mucho más barato, ¿no?*

**R.** Yo creo que sí. ¡Je, je, je! Eso deberían de hacer, pero no estoy convencido de ello. Están haciendo pruebas de privatizar la gestión, están haciendo hospitales públicos con gestión privada, y están funcionando muy bien. De manera que puede ser un camino. Lo que pase en el futuro yo lo veremos.

**P.** *¿Qué aporta la Federación Nacional de Clínicas Privadas al sistema sanitario español?*

**R.** Más de 270 centros, 310.000 trabajadores de los que 79.000 son médicos (el 40 por ciento trabaja también en la sanidad pública), una facturación que representa el 2,5 por ciento del PIB sin contar la farmacia, el 20 por ciento de la actividad sanitaria total. Cada año tenemos un crecimiento sostenido y en nuestra actividad se interesan cada vez más los inversores extranjeros

**P.** *¿Qué habría que hacer para que las clínicas privadas mejoren su gestión y sus servicios al paciente?*

**R.** Nosotros intentamos tener una gestión estupenda y un servicio al paciente extraordinario. Podemos mejorarlo, pero el listón lo tenemos ya muy alto. Uno de los retos constantes que tenemos en la medicina privada es mejorar la atención al paciente porque en la pública se están poniendo las pilas en ese tema.

**P.** *Usted ha señalado que las clínicas privadas "han sido un ejemplo empresarial en la incorporación de las nuevas tecnologías"...*

**R.** Son más dinámicas que la sanidad pública a la hora de invertir en nuevas tecnologías. La primera resonancia en España estuvo en la Ruber. El primer láser verde de próstata, también. Y muchas otras técnicas. La medicina de muy alto nivel suele ser cara, y ésta también está en las clínicas privadas.

**P.** *Un paciente o cliente acude a distintas clínicas privadas y, sin embargo, en este sector no existe una historia clínica electrónica unificada...*

**R.** Igual que en la sanidad pública hay hospitales que tienen historia clínica electrónica y otros que no la tienen. Hombre, lo mejor sería una historia clínica universal, pero, por ahora, en el sector de clínicas privadas no se está haciendo nada en ese sentido. Cada grupo hospitalario funciona por su cuenta. Este es un tema muy complejo, y tendremos que hablar de ello para buscar una solución conjunta y compatible.

**P.** *¿Y qué hacer para que la sanidad privada hospitalaria tenga más peso en el conjunto del Sistema Nacional de Salud?*

**R.** Cada año, nuestro crecimiento es lento, sostenido, pero seguro. Y pensamos que así va a seguir siendo. Lo importante del crecimiento es la estabilidad y la confianza que damos a los inversores extranjeros.

**Uno de los retos constantes que tenemos en la medicina privada es mejorar la atención al paciente**

**P.** *Una de las preocupaciones principales del sector es la necesidad de una gestión más clínica y menos económica, según el informe Aliad 2007...*

**R.** El problema que hay en las clínicas es muchas veces al revés, que los gestores son más clínicos que gestores. Tal vez el sentido de la pregunta haya que enfocarlo hacia una mayor preocupación de las clínicas privadas por la calidad asistencial (que, por supuesto, en eso estamos) en vez de por los objetivos empresariales, dicho esto como mensaje a los ciudadanos.

**P.** *Usted es un médico emprendedor, igual que lo fue su padre. ¿Son favorables las condiciones que se dan en España para ello?*

**R.** Un médico, o grupo de médicos, que quiera montar una clínica con hospitalización, claro que tiene nuestra ayuda.

**P.** *¿Cómo está afectando la crisis económica actual al sector?*

**R.** Ha aumentado la morosidad, pero todavía no ha habido cierres de empresas ni despidos. El problema que tenemos en la sanidad privada son las clínicas concertadas con la pública que, a pesar de la crisis, tienen que mantener la misma calidad y el mismo servicio. La actividad de la medicina privada ha bajado bastante en casi todas las comunidades autónomas, pero ahora estamos remontando, aunque sin alcanzar los niveles de antes de la crisis. ■

# Gestión Profesional

## Conseguir dinero para nuestros proyectos (III)



Jose María Martínez García\*

**C**ontinuando con este breve recorrido en cuatro etapas que venimos realizando en esta columna, a través de las ayudas europeas que pueden beneficiarnos en nuestros proyectos innovadores para clínicas en el territorio nacional, debemos incidir, una vez más, en que el principal objetivo es sensibilizar sobre una vía existente que, trabajándola adecuadamente, nos puede dar grandes satisfacciones económicas y de prestigio, aún no exenta de grandes dificultades, sobre todo ante el rigor y meticulosidad que se exige para la elaboración de los expedientes apropiados. Pero tampoco podemos olvidarnos de que se pueden buscar proyectos conjuntos entre varias clínicas interesadas en compartir beneficios y trabajo, tema éste que, aunque a algún lector le pueda parecer descabellado, le invito a que comentemos a través de mi dirección electrónica. Estoy seguro y encantado de poder aportarle alguna idea apropiada a sus intereses.

El Banco Europeo de Inversiones (BEI), tiene como objetivo principal contribuir a la protección del medio ambiente y mejora de la calidad de vida, mediante el fomento de inversiones de pymes. Estos préstamos se asemejan a líneas de crédito otorgadas a instituciones financieras que prestan dichos fondos para realizar pequeñas y medianas inversiones. Para solicitar uno de estos créditos no se acudirá al BEI, sino directamente al banco que lo administra, y la clínica tendrá que cumplir los siguientes requisitos: sus activos fijos netos antes de la realización del proyecto estarán dentro del marco de una pyme, su plantilla no será superior a 500 trabajadores y no estará participada en más de un tercio por una gran empresa.

Es muy importante el aprovechamiento del instrumento pyme, pues añade beneficios importantes por parte de la UE a las inversiones de capital de pequeñas y medianas empresas, en forma de préstamos bonificados. Y ahora ya estamos en condiciones de

comenzar a abordar aquéllos programas que, proviniendo también de fondos europeos son gestionados desde España. Son de dos tipos: los generados por el Plan Nacional de Investigación, con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y los de otros organismos, entre los que sólo vamos a mencionar los del Centro para el Desarrollo Tecnológico Industrial.

El Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica, tiene vigencia para cuatro años y ha tenido ya dos renovaciones, cada vez con mayor magnitud y siempre previendo un mecanismo de actualización dinámica de sus contenidos mediante la aprobación, por la Comisión Permanente de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (CICYT), dependiente de la Oficina de Ciencia y Tecnología de la Presidencia del Gobierno, de programas de trabajo anuales que, básicamente, van orientados a actualizar líneas temáticas, revisar acciones estratégicas, revisar calendarios, distribuir presupuestos, etc. Este plan establece cuatro tipos de programas: nacionales, sectoriales, de las comunidades autónomas y de formación del personal investigador.

Independientemente de cual sea nuestra actividad clínica concreta, las principales áreas en las que si nuestros proyectos están encuadrados podremos solicitar ayudas económicas al CICYT siguiendo sus definiciones, son las siguientes: Programa Nacional de Biomedicina, Programa Nacional de Biotecnología, Programa Nacional de Diseño y Producción Industrial, Programa Nacional de Materiales, Programa Nacional de Procesos y Recursos Químicos, Programa Nacional de Tecnologías de la Información y Programa Nacional de Socioeconomía. Y, seguro, en todas estas áreas científico-tecnológicas, resulta fácil situar alguna de nuestras iniciativas o proyectos actuales, a nada que lo pensemos un poco, y teniendo en cuenta que las definiciones son muy amplias. ■

» El Banco Europeo de Inversiones (BEI), tiene como objetivo principal contribuir a la protección del medio ambiente y mejora de la calidad de vida, mediante el fomento de inversiones de pymes.

» El Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica establece cuatro tipos de programas: nacionales, sectoriales, de las comunidades autónomas y de formación.

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## AMA recurrirá ante la Audiencia Nacional las sanciones impuestas por Economía y Hacienda

Además, la entidad, tal como ha informado, va a solicitar la suspensión cautelar de las sanciones, ya que espera que éstas queden en suspenso hasta el efectivo pronunciamiento de los tribunales.

**E**l Consejo de Administración de la Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) va a recurrir ante la Audiencia Nacional las sanciones impuestas por el Ministerio de Economía y Hacienda que suponen la inhabilitación durante 80 días para su presidente Diego Murillo, su secretario Manuel Campos, y su consejero y anterior secretario Manuel Sánchez, así como una multa económica de 225.000 euros para cada miembro del Consejo de Administración.



Diego Murillo.

Además, la entidad, tal como ha informado, va a solicitar la suspensión cautelar de las sanciones, ya que espera que éstas queden en suspenso hasta el efectivo pronunciamiento de los tribunales, tal como corresponde al ejercicio de sus derechos constitucionales y de acuerdo con la doctrina que al respecto viene manteniendo el Tribunal Constitucional. "De acuerdo con esa doctrina constitucional, no es posible la ejecución de una sanción administrativa mientras no recaiga un pronunciamiento judicial firme sobre su suspensión, como por otra parte ha reconocido la Dirección General de Seguros en una resolución de 4 de marzo de 2009, por cuanto la ejecución, pendiente de resolución judicial sobre su suspensión, ocasionaría una lesión del derecho fundamental a la tutela judicial efectiva de los sancionados que no se corresponde con las exigencias del artículo 24 de la Constitución". Por lo tanto, según AMA, "Economía debería esperar y no considerar ejecutiva su resolución hasta que recayera una resolución judicial firme de la solicitud de suspensión".

Asimismo, el Consejo de la aseguradora ha recordado que, tanto la semiintervención a la que AMA está sometida por Seguros desde 2008, como las sanciones impuestas ahora a sus miembros y la inhabilitación de tres de ellos, se deben a unas supuestas malas prácticas inexistentes. ■



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

# cristalmina

ANTISEPTICO CON  
GLUCONATO DE  
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico  
transparente, eficaz,  
seguro y rápido

#### PROSPECTO DE CRISTALMINA

**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN FARMACOLÓGICA:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 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. **INDICACIONES Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **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: Enfermería

## Mejorar la seguridad de los profesionales



Charo Vaquero Ruipérez\*

**L**a preocupación por la seguridad y protección de la salud de los profesionales mediante la prevención de los riesgos derivados del trabajo es algo general en los sistemas sanitarios. En España, existe un marco jurídico, con diferentes normas legales y reglamentarias, que desarrollan esta preocupación.

La exposición accidental a sangre y/o material biológico es uno de los riesgos más importantes a los que se enfrentan diariamente los profesionales sanitarios en la realización de sus funciones. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los 35 millones de trabajadores de salud de todo el mundo sufren cada año dos millones de lesiones por agujas y otros objetos punzantes de uso clínico (Memorándum de la OMS, 2003).

En nuestro país, según datos de un Estudio Multicéntrico realizado por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, sobre el riesgo biológico en el personal sanitario (EPINETAC), los enfermeros y las matronas, junto con los MIR, son los profesionales sanitarios que padecen con mayor frecuencia exposiciones accidentales a sangre y/o material biológico, afectando mayoritariamente a personal de enfermería entre 35 y 45 años con más de 10 años de experiencia profesional. La mayor parte de los accidentes se producen durante la utilización (37 por ciento) o la recogida del material (30,6 por ciento), principalmente agujas huecas utilizadas para inyecciones subcutáneas o intramusculares. Un dato a tener en cuenta es que el 7,1 por ciento de las exposiciones percutáneas se producen por reencapuchar la aguja.

Según este estudio, durante el año se producen en España 13,83 pinchazos y cortes accidentales por cada 100 camas. Asimismo, hay que decir que de cada 100 exposiciones accidentales declaradas, en 1

de cada 10 el paciente padece hepatitis C; en 1 de cada 20, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/sida); y en 1 de cada 50, hepatitis B.

Para prevenir y minimizar la incidencia de pinchazos accidentales con material sanitario susceptible de estar contaminado por alguna enfermedad de transmisión sérica, se han puesto en marcha, en algunas comunidades autónomas, algunas medidas importantes, entre las que cabe destacar la implantación de los dispositivos punzantes de seguridad en los centros de trabajo. Se trata de material punzante como jeringuillas, lancetas, vías intravenosas, etc., cuyas agujas quedan inhabilitadas una vez que se han utilizado con los pacientes. Hasta el momento ya son cinco las comunidades autónomas que han implantado estos dispositivos en sus centros sanitarios: Madrid, Castilla-La Mancha, Baleares, Galicia y Valencia.

Al mismo tiempo, se ha implantado un sistema de registro y vigilancia unificado de accidentes con riesgo biológico en el ámbito sanitario para el seguimiento epidemiológico de dichos accidentes y por el que se ha constatado que estos dispositivos sanitarios que incorporan sistemas de seguridad o protección reducen en más de un 85 por ciento el riesgo de pinchazo accidental y, por tanto, el riesgo de contagio de infecciones y enfermedades transmisibles por vía sérica por parte del personal sanitario.

No obstante, el profesional tiene la responsabilidad de conocer y aplicar las normativas básicas sobre prevención de riesgos laborales y biológicos, estar formado en el manejo y uso de los materiales que utiliza y aplicar los protocolos y guías elaboradas en sus centros de trabajo para minorizar el riesgo laboral, si se quiere conseguir una gestión de calidad total del riesgo. ■

» El profesional tiene la responsabilidad de conocer y aplicar las normativas básicas sobre prevención de riesgos laborales y biológicos.

» La exposición accidental a sangre y/o material biológico es uno de los riesgos más importantes a los que se enfrentan diariamente los profesionales.

\*Secretaría de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

# JORNADA DE DEBATE



## Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis

Madrid, 22 de septiembre de 2009

Organiza:

**Medical Economics**

Con la colaboración de:



**Información e inscripción:** Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 • [info@medeco.es](mailto:info@medeco.es)



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-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofurural (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de fistulas y trayectos de drenaje. Lesiones fungoides postoperatorias. Mastitis. Desgarros de periné, etc. Posología: Extiéndase una capa delgada de pomada sobre la lesión. Las curas pueden renovarse dos o más veces al día, previo lavado con agua de los residuos anteriores. En algunos casos conviene introducir la pomada por debajo de las escaras o instilarla directamente en cavidades y trayectos fistulosos. Contraindicaciones y precauciones: No se han descrito. Incompatibilidades: La mayoría de los antibióticos, principalmente la penicilina, retardan el proceso cicatrizal y disminuyen la actividad de los enzimas tripsina y quimotripsina, lo cual deberá tenerse en cuenta cuando, juntamente con DERTRASE®, 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.

**InfoSalvat**  
900 80 50 80  
[infosalvat@salvatbiotech.com](mailto:infosalvat@salvatbiotech.com)

**SALVAT**  
innovación y calidad

# Capital Riesgo

## La valoración no lo es todo



Luis G. Pareras\*

» Cuando los inversores analizan una operación de capital riesgo, buscan fundamentalmente obtener el máximo retorno para la inversión que han realizado.

» Las posibilidades de que la negociación acabe con éxito dependen sobre todo de si ambas partes son capaces de alcanzar un buen "marco de relaciones".

Uno de los aspectos fundamentales en el proceso de negociación con el capital riesgo es la valoración de la compañía. ¿Cuánto vale nuestro proyecto? De esta cuestión, y de la cantidad de dinero que solicitemos al capital riesgo se derivará el porcentaje de nuestra compañía que tendremos que ceder a los inversores. Sin embargo, la valoración no lo es todo. Muchos emprendedores sanitarios entienden muy bien los aspectos económicos de la negociación. Pero existen otros aspectos igual o más importantes que no deben de pasar por alto. Cuando los inversores analizan una operación de capital riesgo, buscan fundamentalmente obtener el máximo retorno para la inversión que han realizado, minimizar el riesgo de su inversión y controlar los posibles conflictos de interés que inevitablemente pueden surgir durante su relación con los emprendedores.

Por todo ello, además de tratar del tema de la valoración de la compañía en la que están invirtiendo, inversor y emprendedor deben de tratar también una serie de cuestiones que permitan al inversor alinear los intereses de ambas partes para empujar todos en la misma dirección (incentivos, *stock-options*,...), proteger su inversión y controlar las decisiones que se toman en la compañía participada (aquella en la que han invertido dinero).

Por lo tanto las posibilidades de que la negociación acabe con éxito dependen sobre todo de si ambas partes son capaces de alcanzar un buen "marco de relaciones", y regular su "convivencia" futura en base a una serie de acuerdos que disminuyan los conflictos de interés. A estos mecanismos e instrumentos financieros que los inversores y los emprendedores utilizan para diseñar y estructurar los acuerdos de inversión se les conoce como

"estructura del acuerdo", y una vez negociados y consensuados, permiten por fin plasmar contractualmente la relación que se inicia.

Como es lógico, cada parte tiene sus puntos de vista y sus objetivos a defender, y no es una negociación fácil. Desde el punto de vista del inversor, el mejor acuerdo es aquel que proporciona incentivos comunes a ambas partes, para por un lado hacer que la compañía crezca y tenga el máximo beneficio posible, y por otro, debemos tenerlo siempre presente, permita una salida de la compañía (desinversión) en el momento oportuno para que los inversores puedan recoger los frutos de su esfuerzo.

Desde el punto de vista de los emprendedores, existe preocupación por retener el mayor porcentaje posible de propiedad de la compañía para sí mismos. Contrariamente al temor de muchos emprendedores, esto resulta aceptable y deseable también para el capital riesgo, dado que si el emprendedor pierde demasiada propiedad de la compañía y acaba con un porcentaje muy pequeño de participación, puede perder motivación y compromiso con el proyecto. Y esto no beneficia a nadie, los inversores saben que el liderazgo de los emprendedores es fundamental para el éxito de la futura compañía y como veremos tratan de no estirar más allá de lo razonable en este punto.

A todo esto hay que añadir, que si la compañía va bien, la relación de confianza que se establece entre ambos genera un vínculo de respeto que permite un trabajo en equipo muy satisfactorio. Tanto el capital riesgo como el emprendedor están muy motivados para llevarse bien y colaborar, y una buena alineación de los incentivos y las obligaciones de cada parte, sin duda contribuirá al éxito. ■

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

## La evaluación económica en farmacogenómica oncológica y hematológica

Medical Economics y el Instituto Roche organizan una jornada sobre el impacto socioeconómico y asistencial de la farmacogenómica.

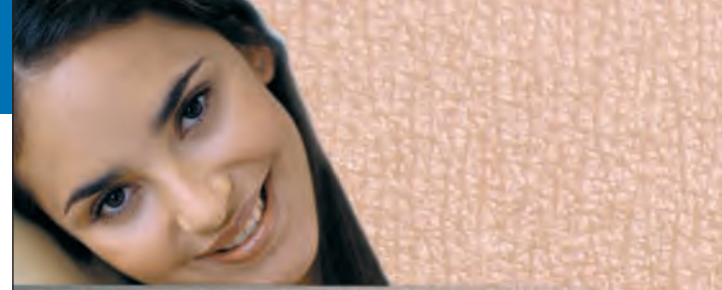
Los recientes progresos en el diagnóstico y el tratamiento oncológico se caracterizan por tener un coste comparativamente elevado respecto a los recursos clásicos. Esto plantea cuestiones de difícil pero necesaria resolución, especialmente relacionadas con el coste-efectividad de determinadas investigaciones. Para tratar de responder a estas dudas, un grupo multidisciplinar de profesionales, procedentes de campos tan diversos como la Economía, la Investigación Básica, la Oncología Clínica y la Hematología han plasmado en un extenso documento distintos aspectos relacionados



De izda. a dcha., Mercedes Punte, coordinadora general del Instituto Roche; Juan C. Cigudosa, del CNIO; Juan del Llano, de la Fundación Gaspar Casal; y Jaime del Barrio, director general del Instituto Roche.

con la evaluación del impacto sanitario y económico, actual y previsible, de las tecnologías farmacogenómicas en Oncología y Onco-Hematología, todo ello con el objetivo de garantizar la sostenibilidad financiera y la equidad en el Sistema Nacional de Salud.

Bajo el título “La evaluación económica en Farmacogenómica oncológica y hematológica”, el Grupo para la Evaluación Económica de la Medicina Individualizada (GEEMI), impulsado por el Instituto Roche, que ha contado en esta ocasión con la colaboración de la Fundación Gaspar Casal, ha efectuado una importante labor de revisión, análisis y actualización sobre los diferentes aspectos que inciden en la farmacoeconomía de la Medicina Individualizada. El documento será entregado a todos los asistentes en la jornada que se celebrará en septiembre en Madrid, organizada por *Medical Economics* y el Instituto Roche, con la colaboración de la Fundación Gaspar Casal. ■



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

SKIN FOAM

el apósito de espuma que mimas la herida y su entorno



Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo del paciente

InfoSalvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT  
innovación y calidad

# Internet y medicina

## Cómo visualizar grandes imágenes



Marcial García Rojo\*

» Afortunadamente, existen herramientas que permiten publicar imágenes de resolución muy alta en Internet, sin tener que enviar una versión reducida de las mismas.

» Una de las limitaciones de Internet es la dificultad de visualizar imágenes de gran calidad por su gran tamaño.

Existen numerosos recursos y servicios multimedia gratuitos en Internet que permiten disponer no sólo de álbumes sencillos de imágenes o vídeos, sino también de portales completos dedicados al intercambio y difusión de vídeos, siendo el más conocido de éstos últimos YouTube.com. La generación de médicos que se han formado en la época de YouTube y redes sociales demandan nuevas funcionalidades para la gestión de datos e imágenes en el ámbito de la salud.

Una de las limitaciones de Internet es la dificultad de visualizar imágenes de gran calidad por su gran tamaño. Por ejemplo, una imagen radiológica de excelente calidad puede llegar a ocupar hasta 100 MB y una imagen microscópica de una sola preparación totalmente digitalizada puede ocupar 10 GB, incluso una vez comprimida.

Afortunadamente, existen herramientas que permiten publicar imágenes de resolución muy alta en Internet, sin tener que enviar una versión reducida de las mismas y sin tener que esperar a descargar toda la imagen, ofreciendo además una visualización de las mismas muy cómoda y con una calidad excelente, independientemente del tamaño de la imagen, con velocidad de desplazamiento extraordinaria, incluso cuando la velocidad de conexión a Internet no es muy elevada.

Cabe destacar tres de estas herramientas, por su posible aplicación en imágenes médicas: Google Maps Image Cutter, Zoomify y Microsoft Deep Zoom Composer. Google Maps Image Cutter se usa para poder crear imágenes de gran formato y enviarlas a un sitio *web* para visualizarlas mediante Google Maps Viewer, utilizando el sistema del conocido servicio Google Maps y sus funcionalidades, como realizar anotaciones y marcar las posiciones de los sitios de interés en nuestras propias imágenes.

Zoomify es una aplicación Flash habitualmente utilizada desde hace algunos años para visualizar imágenes médicas, por ejemplo en microscopios virtuales que permiten simular en una página *web* el comportamiento de un microscopio óptico. Sólo precisa instalar el visor gratuito Adobe Flash Player. Otros fabricantes de microscopios, como Olympus, han desarrollado su propios visores de imágenes de gran tamaño, también basados en Adobe Flash.

Para facilitar la visualización de grandes imágenes en Internet, Microsoft ha desarrollado una herramienta para la plataforma Silverlight llamada Microsoft Deep Zoom Composer que, al igual que Zoomify, crea una estructura jerárquica de directorios con fragmentos de la imagen a diversos aumentos y resoluciones.

Es necesario instalar Microsoft Silverlight para poder disfrutar en la *web* de las imágenes creadas con Microsoft Deep Zoom Composer. Microsoft PhotoZoom es un servicio gratuito de publicación de imágenes en Internet en el cual las imágenes pueden ser enviadas directamente al servidor desde el disco duro local o a través del programa de composición y edición de imágenes Microsoft Deep Zoom Composer.

La principal diferencia del visor Deep Zoom de Microsoft Silverlight, con los otros dos sistemas de visualización de grandes imágenes (Google Maps y Zoomify) es el efecto de movimientos suaves y progresivos tanto en los desplazamientos verticales y horizontales como en el *zoom*, que dan un aspecto dinámico muy agradable a la solución de Microsoft.

Los usuarios serán los que decidan cuál de estas herramientas de visualización de imágenes médicas de gran calidad en Internet es la más eficiente para el uso en el ámbito de la salud. ■

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

# Nuevos horizontes en la I+D+i sanitaria y biomédica en la Comunidad Valenciana



## Salón de Actos Conselleria de Sanitat

C/ Micer Mascó, 31-33

Valencia, 10 de junio de 2009

Organizado por

 Medical Economics

 GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

Con la colaboración de



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



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  Salvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

  
**SALVAT**  
innovación y calidad

# ESCÁPESE... con

Con la colaboración de  
**pullmantur**



## Certamen de Artículos 2009



**E**scriba su historia más interesante, a partir de su propia experiencia, y *Medical Economics*, en colaboración con Pullmantur, 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](mailto: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](http://www.medeco.es)*



# Economía de la Salud

## en el Área Respiratoria (XI)

### Fijación de precios de medicamentos



José Manuel Rodríguez Barrios\*

» En los últimos años, cada vez más países de nuestro entorno han incorporado la evaluación económica como herramienta de análisis del coste-efectividad de los tratamientos.

» La regulación del precio de un medicamento previa a su entrada en el mercado es una competencia estatal que recae en nuestro país en la Comisión Interministerial de Precios.

Entendemos por evaluación económica (EE) en sanidad el estudio de los efectos, tanto clínicos como económicos, de dos o más alternativas de tratamiento, programas o tecnologías sanitarias aplicadas a un grupo de pacientes definido.

En general, entendemos por precio de cualquier bien o servicio el coste de dicho bien (un medicamento, en nuestro caso) expresado en unidades monetarias y que supone una expresión del valor de dicho bien.

Ante la necesidad de expresar el valor aportado por dicho producto, nos encontramos en un escenario de comparación de alternativas en el que tendremos que valorar beneficios clínicos y económicos, es decir, ante la EE.

En nuestro país, el sistema sanitario es público, con cobertura universal y el derecho a la atención sanitaria es un derecho constitucional fundamental, lo cual, unido al aumento poblacional y al envejecimiento de dicha población en nuestro país en los últimos años, ha supuesto un aumento en el coste sanitario y farmacéutico, que genera preocupación en las administraciones, las cuales intentan controlar dicho gasto.

El gasto farmacéutico de un país viene determinado por dos componentes: el precio de los medicamentos y su volumen de consumo. Para gestionar el gasto total, los gobiernos tienden a desarrollar medidas en el lado de la demanda de medicamentos. Aunque también existen barreras sobre la demanda orientadas al volumen de medicamentos consumidos, la mayoría de ellas suelen estar dirigidas al control de precios.

Además del envejecimiento poblacional antes planteado, existen otros elementos que debemos considerar respecto a la EE, estos son: los recursos sanitarios son escasos en relación a los deseos de salud de la población; dichos recursos permiten usos alternativos; además, asignar recursos a una actividad determinada implica un coste de oportunidad de no poder utilizar esos recursos para otras

actividades con un potencial beneficio sanitario. Por último, para hacer eficaces las políticas de uso racional es necesario que todas las decisiones relacionadas con los nuevos medicamentos se tomen basándose, no sólo en datos de eficacia, seguridad y calidad, sino también en datos de eficiencia.

Centrándonos en el uso de la EE en los mecanismos de regulación de precio, podríamos decir que en los últimos años, cada vez más países de nuestro entorno han incorporado la EE como herramienta de análisis del coste-efectividad de los tratamientos previa a la fijación de su precio (Finlandia, Francia, Portugal, Suecia o Reino Unido). La forma varía según los países, así mientras que en Portugal o Suecia la evaluación puede ser solicitada si la compañía opta a un precio superior (*Premium Price*), respecto a los tratamientos similares.

Respecto a nuestro país, el uso de la EE como herramienta de ayuda a las decisiones en la fijación de precios, no tiene en estos momentos un papel preponderante como en los países anteriormente mencionados.

La regulación del precio de un medicamento previa a su entrada en el mercado es una competencia estatal que recae en la Comisión Interministerial de Precios (dependiente de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios), recogida en el Real Decreto 271/1990 de 23 de febrero sobre la reorganización de la intervención de precios de las especialidades farmacéuticas de uso humano. Su aplicación no ha avanzado. No estamos pues, ante un requerimiento legal nuevo, ya que La Ley del Medicamento de 1990 ya establecía que la prestación de medicamentos por el SNS se debería realizar mediante la financiación selectiva de los medicamentos en función de los recursos disponibles (gasto público presupuestado). Posteriormente, la nueva Ley de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (28 julio de 2006) abrió las puertas (art. 92) a la inclusión de aspectos financieros y de

EE como medida de soporte para la fijación de precios. Además, refuerza el papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) en colaboración con otros organismos designados por las comunidades autónomas.

El Real Decreto 1030/ 2006, por el que se establece la cartera de servicios del SNS, en su artículo 5 sobre criterios y requisitos que es necesario evaluar para la incorporación de una nueva tecnología sanitaria, perfila el criterio de eficiencia como requisito a valorar en el proceso de decisión. Así mismo, se incide en el papel informativo de las AETS.

Este mayor papel en la decisión de precio y financiación, es algo ya planteado en países como Suecia, Holanda, Reino Unido, Alemania y recientemente, en Portugal. Así por ejemplo, desde la última modificación del sistema de precios en el Reino Unido la Office of Fair Trading, propuso un aumento de competencias del National Institute for Clinical Excellence (NICE) en el uso del análisis coste-efectividad como herramienta para la información de precios.

Las políticas de precio basado en el valor o *Value Based Pricing* (VBP), se han planteado como un elemento de nacionalización para priorizar aquellos productos con una mejor ventaja clínica incremental, premiando a los productos realmente innovadores. Estas medidas tendrían los siguientes efectos: dismi-

nución del coste al consumidor, incentivos a las compañías innovadoras, asignación prioritaria de fondos públicos a productos y áreas terapéuticas donde el beneficio clínico marginal se maximice (permitiendo además comparaciones, si usamos herramientas de medida como los QALYS), ayuda a la asignación de recursos a partir de presupuestos fijos (en combinación con herramientas como los modelos de impacto sobre el presupuesto de los nuevos fármacos). De esta manera, en aquellos países donde la compra o inclusión de productos en el sistema público esté determinada por una disponibilidad a pagar dada, se disminuirían los incentivos a productos no innovadores o copias (*me-too drugs*).

En definitiva, en España, el sistema de precio y financiación está ligado a la aprobación del producto y su autorización de comercialización. Existe un control de precios en los que la EE entra sólo nominalmente a jugar parte. Para mejorar la eficiencia de los recursos asignados a los medicamentos y favorecer la innovación importante frente a la marginal, las decisiones relacionadas con la asignación de precios de los nuevos medicamentos deberían basarse, no sólo en datos de eficacia, seguridad y calidad, sino también en datos de eficiencia. Estrategias en exploración en otros países como el VBP o los contratos de riesgo compartido pueden tener un papel en las futuras políticas de precios. ■

Sección patrocinada por:



### Para saber más:

López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, Puig-Junoy J. *Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC.

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2008.

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2006/22.

D. Webb, A. Walker. *Value-based pricing of drugs in the UK*,  
The Lancet, 369, (9571); 1415-1416

Arjun Jayadev and Joseph Stiglitz. *Two Ideas to Increase Innovation And Reduce Pharmaceutical Costs And Prices*, Health Affairs, January/February 2009; 28(1): w165-w168.



# I+D+i y aplicación de las TICs en la Sanidad de las Illes Balears



medical  finders

“de médico a médico”



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

¿Está dispuesto a mejorar?

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

## Col·legi Oficial de Metges Illes Balears

Passeig de Mallorca, 42  
Palma, 10 de julio de 2009

Organizado por

 Medical Economics

  
Govern de les Illes Balears  
Conselleria de Salut i Consum

Con la colaboración de

 **astellas**  
Leading Light for Life

Información e inscripción: Rosana Sánchez  
Tel.: 91 500 20 77 - [info@medeco.es](mailto:info@medeco.es)



# Club Médico

## Informativo

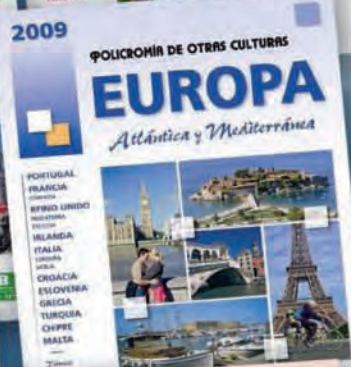
CLUB MEDICO: Leganitos, 35—28013 MADRID—TELS. 91 5410279—91 5481866 Fax: 91 5410009—Email: club-medico@arrakis.es Web: www.club-medico.com

### ACTIVIDADES

- **Vacaciones de Verano**
- **Residencia de San Juan**
- **Residencias Asistidas**
- **Politours Viajes**
- **Viajes Olympia**
- **Pullmantur Cruceros**
- **Apartamentos Club Médico**
- **Centro Médico Gran Vía**
- **Guía de Establecimientos Recomendados**

# Viajes de Calidad por todo el Mundo

**35 AÑOS**  
HACIENDO HISTORIA



**SELECCIÓN VENTA ANTICIPADA**

## Los "mejores Tours" y Cruceros Fluviales del Mundo

**2009**

Descuentos aplicables todo el año

**Bonificaciones**

7% (50) 12% (90)

**Bonificaciones**

5% (50) 8% (90)

**POLITOURS**



# POLITOURS

C.A.A. 19

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

Información y reservas en su Agencia de Viajes

CLUB MÉDICO • Leganitos, 35 - 28013 Madrid Telfs.: 91 541 02 79 - 91 548 18 66 / Fax: 91 541 00 09

E-mail: [club-medico@arrakis.es](mailto:club-medico@arrakis.es) • Cicma 1448

# pullmantur

## Isla: (del lat. *insŭla*.)

1. f. Porción de tierra rodeada de agua por todas partes. || 2. Residencia ocasional de los Dioses alrededor de la que es posible hacer un Crucero Pullmantur.



Salida 7 septiembre

**ISLAS GRIEGAS Y TURQUÍA**

8 DÍAS/7 NOCHES en el buque EMPRESS

DESDE SÓLO

**840€**

Y CON TODO INCLUIDO A BORDO

Tasas no incluidas (180€ tasas puerto y aeropuerto, Tasas gubernamentales de entrada en Turquía)

Visita tu agencia de viajes



### Un Crucero **Pullmantur** es sano por definición.

Queremos ser la parte más relajante de tu vida.

Sumérgete en la experiencia Pullmantur.

Disfruta de un merecido descanso durante Semana Santa.

**Reserva tu crucero Pullmantur ahora. Consulta en tu agencia de viajes.**

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

CLUB MÉDICO • Leganitos, 35 - 28013 Madrid Telfs.: 91 541 02 79 - 91 548 18 66 / Fax: 91 541 00 09

E-mail: club-medico@arrakis.es • Cicma 1448



# OFERTA ESPECIAL CIRCUITOS EXCLUSIVOS CORAZONES DE EUROPA



## Corazón de Escocia

1150 € (JUN y SEP)  
1260 € (JUL y AGO)

- SALIDAS 16 DE JUNIO, 7 JULIO, 25 AGOSTO, 1 SEPTIEMBRE
- HOTELES 3\* Y 3\* SUP - 8 DÍAS - 7 NOCHES, 2 NOCHES GLASGOW, 1 NOCHE ISLA DE SKYE, 2 NOCHES INVERNESS, 2 NOCHES EDIMBURGO. AVIÓN + PENSIÓN COMPLETA (EXCEPTO GLASGOW Y EDIMBURGO) + EXCURSIONES, VISITAS, ENTRADAS Y GUÍAS.
- VISITAREMOS: Glasgow, Castillo de Stirling, Trossachs, Oban (Destilería de Whisky), Fort Williams, Isla de Skye, Inverness, Wester Ross, Inverewe Gardens, Castillo de Blair, Pitlochry, Dunkeld, Edimburgo, Palacio de Holyrood, Castillo de Edimburgo, Dean Village, etc.



## Corazón Alsacia - Selva Negra

890 €  
Todas las salidas

- SALIDAS 16 Y 23 JULIO, 8 Y 15 AGOSTO, 1 Y 8 SEPTIEMBRE
- HOTEL STERNEN 3\* SUP (KIRCHEN-HAUSEN) 8 DÍAS - 7 NOCHES (MISMO HOTEL), AVIÓN + PENSIÓN COMPLETA + EXCURSIONES, VISITAS, ENTRADAS Y GUÍAS.
- VISITAREMOS: Estrasburgo, Freundstadt, Baden-Baden, Lago Titisee, Uhren Museum, Triberg, Freilicht Museum, Stuttgart, Museo Mercedes Benz, Friburgo, Rotweil, Tren Selva Negra, nacimiento del Danubio y Frankfurt.



## Corazón Holanda

1240 € (JULIO)  
1350 € (AGOSTO)

- SALIDAS 16 DE JULIO, 8 Y 15 DE AGOSTO
- HOTEL PURMEREND \*\*\*\* (SITUADO A 10 KM. DE AMSTERDAM) 8 DÍAS - 7 NOCHES (MISMO HOTEL), AVIÓN + PENSIÓN COMPLETA + EXCURSIONES, VISITAS, ENTRADAS Y GUÍAS.
- VISITAREMOS: Utrecht, Oudewater, Gouda, Amsterdam, Rijksmuseum, Paseo en barco por los Canales, Lelystad, Enkhuizen, Binnenmuseum, Rotterdam, La Haya, Scheveningen, Madurdamm, Markem, Volendam, Parque Nacional de Hoge Veluwe y Museo Kröller Möller.



## Tirol - Salzburgo - Corazón Austria

895 €  
Todas las salidas

- SALIDAS, 1, 8 Y 31 DE JULIO, 7, 22 Y 29 DE AGOSTO
- HOTEL LUKASHANSL 3\* (BRUCK A.D. GROSSGLOCKNER) 8 DÍAS - 7 NOCHES (MISMO HOTEL), AVIÓN + PENSIÓN COMPLETA + EXCURSIONES, VISITAS, ENTRADAS Y GUÍAS.
- VISITAREMOS: Bruck, Cataratas Krimml, Salzburgo, Ruta Alpina del Grossglockner, Heiligenblut, Glaciar Pasterze, Desfiladero de Taxenbach, Kitzbühel, Innsbruck, Museo Swarovski, Salzkammergut, St. Gilgen, St. Wolfgang, Hallstadt, Bad Ischl, Zell Am See, Alteralm (refugio alpino) y Lienz.

### INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES

#### VIAJES OLYMPIA MADRID

Puerta del Sol 14, 2º  
28013 Madrid  
www.olympiamad.com  
grupos@olympiamad.com  
Tel. 915224501 Fax. 915324418



# La salud en la prensa: asesore a su paciente

**E**n 2002 mi familia pasaba unas felices vacaciones en Nevada hasta que nuestra idílica dicha se vio interrumpida por la llamada de una de mis enfermeras. “¿Qué les decimos a todas las mujeres que llaman preguntando por sus hormonas?” Lejos de la civilización, yo no tenía ni idea de qué me estaba hablando. Mi enfermera me explicó que los informes de noticias acerca de los resultados de la Iniciativa de Salud de la Mujer (Women’s Health Initiative) provocaron que varias de mis pacientes, después de sufrir sofocos de calor y temer morir en el acto, quisieran abandonar repentinamente la terapia hormonal durante un agobiante episodio de calor.

Cuando volví a la consulta les aclaré que solamente existía un pequeño riesgo de que sufrieran algún efecto secundario grave. Además, les expliqué que los beneficios de la terapia hormonal en pequeñas dosis, durante un período breve de tiempo en mujeres con bajo riesgo y síntomas graves, pesaban mucho más que los peligros.

Dejando de lado los resultados de la Iniciativa de Salud

de la Mujer, los médicos han superado un chaparrón de controversias sanitarias: retirada de medicamentos, advertencias de riesgo, gripe aviar, remedios milagrosos, todos ellos reflejados en las noticias de la noche. Los pacientes se ven bombardeados con los detalles de los estudios que respaldan esas informaciones.

¿Cómo explicar las noticias sanitarias y los datos “de actualidad” en términos que nuestros pacientes puedan comprender? En primer lugar, tenemos que entender toda esa información nosotros mismos para poder interpretarla correctamente cuando estamos frente al paciente.

## Descifrar los resultados de los estudios

La medicina basada en las pruebas (EBM) ha llegado a los medios de comunicación y, de este modo, al lenguaje de nuestros pacientes.

La medicina basada en las pruebas integra la experiencia clínica del médico, que es la mejor prueba de investi-

Por Elizabeth A. Pector

Hagamos que sus pacientes comprendan los estudios y noticias que le traen a la consulta.



gación actual, y los valores y expectativas del paciente, para tomar decisiones acerca de la asistencia médica de cada paciente individual. Es un buen principio, pero los números nos pueden ahogar. Sólo al discutir la fiabilidad de las pruebas diagnósticas, ya nos vemos inundados por un mar de cifras: sensibilidad, especificidad, exactitud, número de falsos positivos y negativos, y proporciones probables. Para determinar si los resultados de una investigación se pueden aplicar a nuestro paciente, primero debemos mirar la población sometida al estudio y medir los resultados antes de hacer frente a la nueva ola de números: la importancia estadística y práctica, el poder estadístico, la re-

«Al discutir los efectos secundarios de un medicamento, es importante hacer hincapié en su frecuencia»

ducción de riesgos absoluta y relativa y los números necesarios para tratar o dañar.

En busca de ayuda para entender estos términos y cifras acudí a la segunda edición de *News & Numbers: A Guide to Reporting Statistical Claims and Controversies in Health and Other Fields* (Blackwell Publishing, 2001), del difunto periodista Victor Cohn y de Lewis Cope. Este libro aclara el sentido que hay detrás de las estadísticas médicas y científicas en términos que podemos utilizar con nuestros pacientes. (Expertos de la primera edición están disponibles en [www.facsnet.org/tools/ref\\_tutor/new-sandnumbers](http://www.facsnet.org/tools/ref_tutor/new-sandnumbers)).

### Los pacientes y los estudios médicos

Además de entender los datos es necesario comprender a los pacientes. Sus valores y experiencias son una parte esencial, a menudo ignorada, del proceso de toma de decisiones. Los pacientes tienen una lista de todos los temas que influyen en lo que sienten con respecto al tratamiento, el miedo, la familia, la religión, el coste y resulta importante discutir estas cuestiones. Veamos qué es lo que impac-

ta en la visión que el paciente tiene de la investigación médica. A continuación, resumiremos los conceptos erróneos más frecuentes.

**El riesgo es inminente.** Los pacientes temen aquellos problemas que son raros, devastadores o que están más allá de su control. Las noticias acerca de las toxinas medioambientales como el mercurio o las enfermedades infecciosas como la gripe aviar o el VIH alimentan estas preocupaciones. Nuestro trabajo consiste en poner el riesgo real del paciente dentro de contexto.

**La asociación es igual a la causalidad.** Muchos pacientes no conocen la diferencia entre asociación y causalidad. Que dos cosas sucedan al mismo tiempo no significa que una sea la causa de la otra. Por ejemplo, si alguien toca un sapo y luego desarrolla una verruga no es obligatoriamente culpa del sapo.

**Si lo dice la prensa es verdad.** La gente tiende a creerse todo lo que lee. Aunque los autores pueden ser realistas, no sólo los presentadores de los programas de entrevistas, sino también los propios editores de publicaciones médicas pueden verse engañados por las invenciones de los autores.

Además, hay diferentes matices de la verdad. Por ejemplo, cualquier ranking de médicos o de hospitales hay que tenerlo en cuenta con reservas. Recuerde a sus pacientes que los mejores médicos en los hospitales universitarios atenderán a los pacientes más enfermos. Las complicaciones o las tasas de mortalidad de esos pacientes son siempre mayores que las de los pacientes de los hospitales locales de cualquier comunidad. Igualmente, los planes de seguros médicos no pueden juzgar con exactitud la tasa de exploraciones médicas de un médico si sólo están disponibles historiales médicos incompletos.

**La tecnología es genial.** Ningún test es exacto. Los pacientes deben comprender el riesgo de resultados falsos o no concluyentes antes de hacerse un “simple” análisis de sangre, un TAC o una prueba de esfuerzo. También deberían tener en cuenta cómo actuarán con respecto a los resultados. No vale la pena encargar una costosa prueba de esfuerzo si el paciente rechazará una angiografía,

una cirugía cardíaca o tomar medicamentos como tratamiento.

Recuerde a sus pacientes que los médicos interpretan los resultados de las pruebas médicas según la probabilidad que tiene el paciente de padecer una enfermedad, además de la fiabilidad de la propia prueba. Una prueba de esfuerzo anormal en una mujer sana de 30 años sin factores de riesgo cardíacos tendrá como resultado un falso positivo. De la misma manera, una prueba de esfuerzo negativa en un fumador diabético de 94 años con dolor de pecho será un falso negativo.

**Los fármacos son malos.** A menudo se discute acerca de los efectos secundarios de un medicamento, pero no se hace hincapié en lo infrecuentes que son. No se habla lo suficiente de lo mucho que un medicamento puede mejorar la calidad de vida y la supervivencia o prevenir catástrofes. Es necesario saber, y así comunicárselo a los pacientes, que siempre se toman medidas lógicas al recetar un medicamento: se sopesan la seguridad, la tolerancia, la eficacia, el precio y la simplicidad.

**Lo natural es saludable.** La prensa profana abunda en resultados de estudios médicos que "ofrecen" los beneficios milagrosos de los productos naturales. El arsénico y el plomo son naturales, y sin embargo, no es recomendable ingerirlos. Estos metales pesados pueden contaminar algunos medicamentos, de manera que los pacientes lleguen a cuestionarse la calidad de los productos de herbolario que consumen. Lo más importante es que los pacientes deben comprender que las hierbas son productos activos con beneficios buenos y malos, y que pueden no actuar como se espera.

**Los tratamientos son remedios absolutos.** A la hora de responder a estos conceptos erróneos ayuda discutir con los pacientes la manera en la que determinamos las medidas a tomar para su enfermedad concreta. Las decisiones deberían tomarse junto a los pacientes, sopesando los beneficios y los riesgos. Ningún tratamiento es eficaz al 100 por cien sin efectos secundarios, pero si el médico y el paciente están seguros de que los beneficios pesan más que los riesgos, los efectos secundarios se ven como algo más soportable.

Un médico bien informado es la mejor fuente de información de un paciente. Para instruir al paciente acerca de su enfermedad, yo utilizo copias impresas de familydoctor.org, medlineplus.gov, www.mayoclinic.com, www.intelihealth.com, www.kidshealth.org, sociedades especializadas y sitios *web* no lucrativos. Cuando los pacientes traigan a su consulta estudios de boletines informativos o de sitios *web*, entréguelos folletos sobre el tema para ayudarles a juzgar la calidad de los estudios y de los sitios *web* y para tomar decisiones en conjunto. ■

## LA REALIDAD DE LA DEPRESIÓN: clínica y farmacoeconomía

Barcelona, 7 de julio de 2009



COLEGIO DE MÉDICOS DE BARCELONA  
Paseo de Bonanova, 47

Organiza

Medical Economics

Con la colaboración de:





# ¡Arriba la ecología!

La aplicación de algunas medidas ecológicas pueden mejorar su consulta y su entorno.

Por **Brandon Glenn**

**P**akhi Chaudhuri ha mejorado su relación con el medio ambiente desde que abrió su consulta pediátrica en Durango, Colorado, hace tres años.

Compra productos de limpieza ecológicos y muebles para su consulta respetuosos con el medio ambiente. Sus mesas de reconocimiento y sus taburetes con ruedas están libres de polícloruro de vinilo (PVC), un plástico que puede emitir químicos tóxicos al aire.

Los médicos juran “no producir ningún daño”, pero muchos de ellos, como Chaudhuri, cada vez se preocupan más del daño que su industria causa en el medio ambiente y en sus pacientes. “Como médicos, no hay demasiado que podamos hacer”, dice, pero sabe que su consulta es un buen ejemplo para sus pacientes y también para otras consultas. Para Chaudhuri, esa es razón suficiente para justificar sus esfuerzos.

Para abordar la creciente preocupación medioambiental, cada vez más médicos siguen los pasos necesarios para crear consultas ecológi-

cas. Algunos lo hacen simplemente porque parece que es lo correcto, otros porque quieren reducir costes y aumentar la eficiencia y otros porque ser respetuosos con el medioambiente ha mejorado sus relaciones públicas y los ha colocado como modelos a imitar en sus comunidades.

Sea cual sea la motivación, los médicos partidarios del ecologismo aseguran que puede ser bueno para su negocio, y puede dar como resultado pacientes y empleados más sanos y felices.

Y cada grano de arena cuenta, según los ecologistas, incluso iniciativas tan rudimentarias como animar a los empleados a que viajen en coches compartidos o añadir papeleras de reciclaje en la cocina y zonas de descanso.

“La gente puede ver eso y decir, ‘¡Dios mío, menudos detalles!’ Pero en verdad se trata de cuánto sobre el pensamiento sostenible llega a tu manera de actuar”, dice Charles Kilo, un internista que fundó la clínica médica Greenfield Health situada en Portland, Oregón, en 2001.

Para Kilo, ser ecologista cuadra en su objetivo de dirigir una consulta innovadora. Greenfield intenta hacer “una consulta de médicos completamente diferente”, dice, en parte ofreciendo consultas por correo electrónico y por teléfono, citas en el mismo día, acceso en Internet del historial médico y visitas a domicilio.

“Creemos que precisamos explorar la manera de reducir nuestro impacto medioambiental global y mejorar la sostenibilidad, junto con la necesidad de centrarnos en la forma de mejorar la atención y la forma en que innovamos en esa mejora de la atención”, añade.

Kilo no es el único que relaciona la ecología con una atención al paciente mejorada. En su reunión anual, la Asociación Médica Americana votó la aprobación de una resolución que apoya las consultas con una gestión de la basura “responsable”, el uso de productos ecológicamente sostenibles y la construcción de consultas que “colaboren con el medioambiente.” En los últimos años, se han adoptado políticas que fomentan el reciclaje en la comunidad médica y animan a los médicos a que se alcen como portavoces de la administración medioambiental.

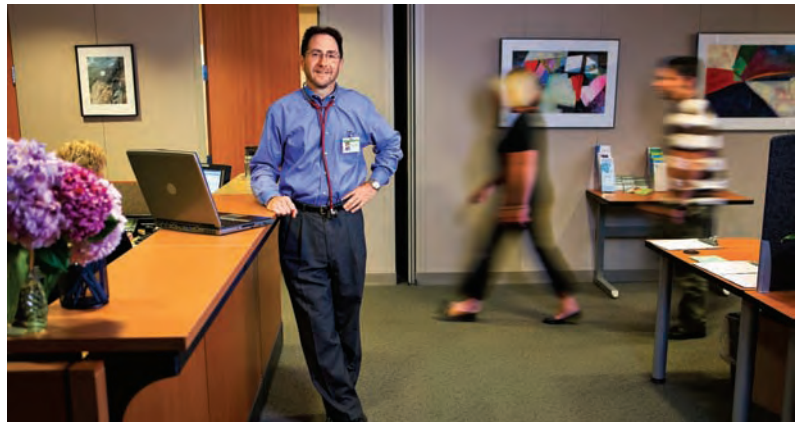
Antes de que la mayoría de los médicos puedan llegar a ser ecologistas, será preciso que lleven a cabo algunos cambios en sus propias consultas. ¿La buena noticia? La mayoría de las técnicas ecologistas, al menos aquellas que no implican invertir en sistemas de registro del historial médico electrónico, no requieren grandes inversiones de tiempo y dinero, sólo un poco de esfuerzo y compromiso por su parte y de la de sus empleados. A continuación, le presentamos una guía para conseguir una consulta ecológica, empezando por unos pasos simples y económicos y siguiendo con unas opciones más complejas y costosas.

## No se complique

La manera más fácil de hacerse ecologista consiste en centrarse en “las frutas que cuelgan más bajas del árbol, es decir en las decisiones que tome acerca de qué productos comprar”, por ejemplo, dice Cecilia Deloach de la Consulta Greenhealth, situada en Arlington, Virginia, que no obtiene beneficios por ayudar a las organizaciones de asistencia sanitaria a que consigan ser respetuosas con el medioambiente.

“En primer lugar, piense en los productos de limpieza que se utilizan en su consulta, como detergentes y limpiadores de vidrio, suelo y baño. Muchos de estos productos emiten compuestos orgánicos volátiles, químicos tóxicos

que pueden dañar la calidad del aire y suponer un riesgo para los pacientes que padecen enfermedades respiratorias”, explica Deloach. Una pobre calidad del aire en el interior de la consulta provoca complicaciones en el organismo como náuseas e irritaciones oculares, nasales y de garganta, según la Agencia de Protección del Medioambiente, que utiliza el término “síndrome del edificio enfermo” para des-



**Greenfield Health intenta hacer “una consulta de médicos completamente diferente”, en parte ofreciendo consultas por correo electrónico y por teléfono.**

cribir los síntomas que se sufren como resultado de una pobre calidad del aire en los espacios cerrados.

Una búsqueda en la red con el criterio “productos de limpieza ecológicos” muestra un número de páginas que venden productos de limpieza respetuosos con el medioambiente y también sitios que ofrecen instrucciones para poder mezclar sus propios productos. Consulte con su distribuidor actual para saber si proporciona productos de limpieza ecológicos.

Chaudhuri, partidaria de la teoría de que cualquier cosa que se mantenga fuera del vertedero beneficia al medioambiente, cuenta en su consulta con objetos que ya poseía, como sillas, armarios archivadores, teléfonos, monitores de ordenador y básculas. Comprar objetos usados le ha ahorrado a su consulta miles de dólares, según calcula.

Además, utiliza pañuelos y toallas de papel, incluso las tarjetas de visita están hechas a partir de papel reciclado. Adquiere instrumentos médicos reutilizables en la medida de lo posible, destacando que en su consulta se utilizan escalpelos reutilizables y equipos para retirar los puntos.

“Hay un montón de productos desechables que intervienen en el sistema, e intentamos utilizar las menos posibles”, añade Chaudhuri.

Usted puede cosechar considerables beneficios en rendimiento de la energía simplemente incorporando a su consulta medidas comunes en los hogares. Apague las luces en las salas de reconocimiento vacías, no se pase con el aire acondicionado y utilice bombillas de bajo consumo siempre que sea posible.

Mike Romeo, cofundador de una consulta formada por cuatro médicos en Turlock, California, anima a sus empleados a compartir coche hasta el trabajo o a ir en bicicleta. Su consulta ha instalado detectores de movimiento en muchas de las luces de la oficina, así como un termostato programable que permite ahorrar calor o frío cuando no se utiliza. Los empleados abren las persianas siempre que hace sol para aprovechar la luz natural y el calor. Aparte del ahorro en luz y calefacción, dejar que la luz natural entre en la oficina aumenta la moral del personal.

Para Romeo, el ecologismo es similar a la medicina. Los médicos no esperan a que los pacientes estén enfermos para atenderlos, y no deberían esperar a que se agoten los recursos naturales del planeta para pensar en la manera de protegerlos. "Nuestro objetivo es atender a cuantos menos pacientes sea posible, y pagar

nuestras facturas", dice. "Reduciendo nuestros gastos generales, podemos pasar más tiempo con nuestros pacientes, ya que necesitamos generar menos ingresos".

Muchos médicos que han empleado la tecnología para aumentar la eficiencia y mejorar el cuidado al paciente informan que también ahorran miles de dólares en los costes de suministro a la vez que contribuyen con el medioambiente. El inconveniente: las nuevas tecnologías no son baratas.

Richard Schoor, de Smithtown, Nueva York, calcula que su sistema de registro del historial médico electrónico ahorra unos 6.000 dólares al año en gastos relacionados con el papel, carpetas y cuadros médicos. Y eso aparte de lo que ahorra quedándose en su consulta actual, algo que no podría permitirse de otra manera. Si no fuera por el espacio de almacenamiento que el sistema de registro del historial médico electrónico deja disponible, "no podría continuar en esta consulta", comenta.

Pero cuando se trata de estos sistemas, es necesario pagar antes de ahorrar. Schoor dice que se encuentra a punto de comprarse otro que le costaría 600 dólares al mes durante tres años. Calcula que cubrirá los gastos del nuevo sistema después de incluir una reducción en los gastos de las nóminas y las ganancias generadas por la eficiencia.

Romeo también da parte de grandes ahorros. Ha reducido unos 24.000 dólares al año en gastos de papel y almacenamiento gracias a su sistema de registro del historial médico electrónico. Pero el precio del sistema es alto. Su consulta, que cuenta con cuatro médicos a jornada completa y dos a media jornada, se asoció con otra consulta del mismo edificio para pagar los 20.000 dólares de los costes iniciales del sistema. Además, su consulta paga unos 40.000 dólares al año en actualizaciones del *software* y en gastos de soporte técnico.

Pero no es necesario soltar decenas de miles de dólares por el último sistema de registro del historial médico electrónico para disfrutar de los efectos ecológicos de la tecnología. Kilo ahorra tiempo a sus pacientes y empleados y reduce los gastos de combustible de sus pacientes llevando a cabo consultas por correo electrónico y por teléfono. A los pacientes les encanta la comodidad y a Kilo le compensa no tener que usar el coche para llegar hasta sus hogares.

"Siempre es algo bueno evitar que un paciente conduzca hasta tu consulta", concluye. ■

## Monte un "equipo ecológico"

Los grupos que apoyan una asistencia sanitaria ecológica recomiendan establecer un "equipo ecológico", un grupo de empleados que dirija iniciativas ecológicas y que eduque a los demás.

El Teolosis Institute de San Francisco, no lucrativo, aconseja que el grupo cuente con empleados de todos niveles de la organización y que trabajen para establecer lo que se conoce como los objetivos "SMART", es decir, aquellos que son concretos, perceptibles, alcanzables, realistas y de duración determinada.

Elizabeth Hays, internista de Greenfield Health en Portland, Oregón, dirige un grupo formado por cuatro personas que según ella fue iniciado por empleados que compartían un interés en la sostenibilidad y querían ayudar a que la consulta fuera más respetuosa con el medioambiente.

"Nuestras responsabilidades consisten en reunir y generar ideas que puedan mejorar la sostenibilidad medioambiental de nuestra consulta médica, en difundir información sobre más comportamientos responsables con el medioambiente y respaldar eventos que aumenten la conciencia acerca de estos temas", comenta.

Ahora, el equipo ha retirado los vasos de agua y café desechables y los ha sustituido por versiones biodegradables, ha aumentado la cantidad de papel reciclado que adquiere la consulta y ha animado a los empleados a compartir coche o a utilizar el transporte público en lugar de conducir en solitario.



## Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras

### Temario

#### Unidad 1

Piel. Aspectos generales del cuidado  
Úlceras por Presión (UPP)

#### Unidad 2

Úlceras Vasculares  
(UV)  
Pie Diabético

#### Unidad 3

Quemaduras

### Coordinadores científicos

#### Justo Rueda

Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord.  
Consorti Sanitari de Terrassa. Barcelona.

#### Luis Arantón

Enfermero. Supervisor de Calidad del Área Sanitaria de Ferrol.  
A Coruña.

#### Esther Armans

Enfermera. Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona.

#### Josep M. Petit

Enfermero. Unidad de Quemados.  
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

#### Xavier Teixidó

Enfermero. Unidad de Quemados.  
Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.



## antisepsia y desbridamiento

### TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

Unidad 2 Desbridamiento

### COORDINADOR

**Justo Rueda**

Enfermero de Atención Primaria  
CAP Terrassa Nord (Barcelona)  
Miembro Director del GNEAUPP

### AUTORES

**Raúl Capillas.** Enfermero. Adjunto de Enfermería ABS Sant Josep, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

**Fernando Martínez.** Enfermero. Vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Miembro Director del GNEAUPP. Miembro del Instituto de Investigación Clínica en Heridas Crónicas. Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores La Vega Mieres (Asturias)

**José Luis Micó.** Enfermero del Hospital Arnau de Vilanova (Lleida). Supervisor de Calidad e Higiene Preventiva

**Jesús Portas.** Enfermero del Centro de Curas de Úlceras Vasculares, Fontcoberta (Gerona)

**Justo Rueda.** Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord (Barcelona). Miembro Director del GNEAUPP

**Teresa Segovia.** Enfermera. Miembro Director del GNEAUPP. Supervisora de la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)

**Jorge Vázquez.** Facultativo Especialista de Área del Hospital de León. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Miembro del Capítulo Español de Flebología

Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por




ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN  
ya puede inscribirse a través de la página web:

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

donde encontrará información adicional sobre este curso.

# Tratar el dolor sin miedo



En Estados Unidos la prescripción de opioides por parte de los médicos está sometida a férreos controles de vigilancia y a una estricta regulación. Los especialistas del dolor temen ser perseguidos, e incluso el cierre de sus consultas. Mientras en nuestro país, los expertos consultados por MEDICAL ECONOMICS aseguran que “los opioides son los mejores analgésicos disponibles” y que es necesario lograr un equilibrio razonable entre la necesidad legítima de los pacientes para acceder a los opioides y la amenaza de un mal uso de los mismos.

## Por Mark Crane

La idea de que prescribir opiáceos para tratar el dolor provocará una vigilancia especial por parte de la Drug Enforcement Administration (DEA), la oficina antidroga de Estados Unidos, es falsa. La cantidad de dosis prescrita nunca será motivo de investigación para la gran mayoría de médicos. La DEA no quiere que se tenga una idea equivocada sobre que la agencia ha emprendido una campaña cuyo objetivo son los médicos. Eso es lo que ha declarado la DEA en un tono más conciliador en declaraciones ante el Congreso de Estados Unidos durante los dos últimos años. No hace demasiado tiempo, la agencia de gobierno, acusada por los médicos de gran un hostigamiento, emprendió una nueva era de cooperación con líderes médicos sobre el tratamiento de dolor. La DEA mantiene que el miedo de los médicos a una persecución es exagerado. “Menos de uno de cada 10.000 médicos al año pierden su registro de sustancias controladas debido a de una investigación de la DEA por una prescripción impropia”, dijo el año pasado un alto funcionario en el Congreso el año pasado.

Los recientes comentarios de la agencia suponen un gran cambio respecto a la amenazante postura de 2004, cuando proclamó que el gobierno “puede investigar (a los médicos) basándose simplemente en la existencia de sospechas de que la ley está siendo violada, o sólo porque quiere asegurarse que no lo está siendo”. Esas declaraciones supusieron un mensaje claro y escalofriante: los médicos que prescriben narcóticos para aliviar el sufrimiento serán investigados.

Líderes médicos y especialistas dicen que el progreso se ha hecho conjuntamente con la DEA y con reguladores federales, que ahora son más tolerantes ante el consumo de narcóticos por parte de algunos pacientes para aliviar su dolor. “El 80 por ciento de pacientes con dolor crónico toma menos de 200 miligramos de oxicodona al día”, dice Russell Portenoy, presidente del Departamento de Medicina de Dolor y el Cuidados Paliativos del centro médico Beth Israel de Nueva York. “En mi consulta tenemos algunos pacientes que necesitan 2,5 gramos al día. Hay un número de pa-

cientes que sólo experimenta mejorías mediante estas altas dosis. Y al final los reguladores han empezado a entenderlo”.

En septiembre de 2006 ocurrió un gran cambio: la DEA modificó su decisión de prohibir a los médicos proporcionar múltiples prescripciones a largo plazo. Ahora, los pacientes que usan analgésicos poderosos pueden tener suministro para 90 días.

### ¿Pueden cambiar las cosas?

¿Cómo ocurrió? Después de la crítica mordaz de líderes médicos, los miembros de la DEA pidieron consejo a organizaciones profesionales y escucharon a los 600 médicos que se pusieron en contacto con la agencia. La directora de la DEA, Karen Tandy, consciente de la reputación que la agencia tiene entre algunos médicos, reconoció que ésta se había equivocado en lo que respecta al tema de los 90 días. “Los miembros de la DEA tienen padres e hijos afectados y sabemos de la necesidad de tener un remedio para el dolor que sea accesible y efectivo para prevenir sufrimientos innecesarios”, dice Tandy.

“Ahora tenemos una buena relación con la DEA”, dice Rebecca J. Patchin, una anestesióloga y especialista en el tratamiento del dolor en Loma Linda, CA, y miembro del Consejo de Administración de la Asociación Médica Americana (AMA). “Karen Tandy invitó en varias ocasiones a la AMA y a otros grupos profesionales a hablar con su equipo”.

“Aún así, el dolor todavía no se trata adecuadamente. La falta de conocimientos sobre el tratamiento del dolor es una de sus causas, pero muchos médicos continúan temiendo prescribir sustancias controladas por miedo a perder sus licencias”, dice Patchin.

¿Pueden los médicos confiar en la “nueva” política de la DEA de equilibrio y cooperación? ¿Cuál es el límite entre la práctica de un buen tratamiento médico para aliviar el dolor y la violación de la ley? La respuesta ha sido cambiante en los últimos años y de alto riesgo para los médicos.

“Hay una crisis pública sobre el tratamiento del dolor”, dice Scout M. Fishman, jefe de la División de Medicina del Dolor de la Universidad de California y autor de *Responsible*

*Opioid Prescribing: A Physician Guide*. El libro ha sido distribuido por la Federación Estatal de Tribunales Médicos, que ha dictado modelos de pautas adoptadas por 32 estados en Estados Unidos.

“Todos los médicos deben tratar el dolor. Es el motivo más común que lleva a los pacientes a ir al médico”, dice Fishman.

El peso recae en su mayoría en los médicos de Atención Primaria. A escala nacional, hay menos de 10.000 especialistas del dolor en Estados Unidos. Además del miedo a una regulación estricta, “existe el problema del tiempo”, dice B. Eliot Cole, médico y director ejecutivo de la Asociación Americana de Educadores del Dolor. “La mayoría de los médicos no dispone del tiempo suficiente para cada paciente. Cuanta más gente haya en un sistema tan lleno como el nuestro más difícil será atender estas necesidades”.

Las autoridades competentes observan una crisis en el abuso de prescripción de narcóticos en EEUU. Según la DEA, mientras que 75 millones de americanos conviven con el dolor, los abusos en la prescripción de opiáceos causan más muertes por sobredosis que la cocaína y la heroína juntas. El número de visitas a urgencias por abuso de narcóticos para calmar el dolor ha crecido más de un 160 por ciento desde 1995, según los reguladores y las autoridades

ceptible de levantar sospechas, por lo que muchos tienen miedo de asumir ese riesgo.

Micke Brown, director ejecutivo de la Asociación Americana del Dolor está de acuerdo. “El ambiente hace cuatro años era completamente tóxico y el daño sigue ahí. Los médicos aún se acuerdan. Aunque es verdad que los profesionales que siguen rigurosamente las pautas no deben tener tanto miedo, no hay garantías. Los altos cargos de la DEA deben mostrar una nueva actitud. Por desgracia, los médicos temen el cierre de sus consultas, y muchos no recetan los medicamentos que sus pacientes necesitan”.

### Cuando los médicos tienen miedo

A pesar de los recientes progresos, todavía existen casos horribles de pacientes que no han conseguido aliviar su dolor. “Una mujer nos escribió hablándonos sobre su padre, de 85 años, con cáncer de próstata”, dice Micke Brown. “Seguía un tratamiento de larga duración con opiáceos y otros medicamentos. Le dijo a su médico que había perdido las recetas y éste le acusó de abusar de los fármacos. No le quiso prescribir la medicación adecuada.

“La retirada supuso un golpe fatal”, continúa. “Se descubrió que su nieto le estaba robando los narcóticos y que el paciente le estaba encubriendo. Si el proveedor hubiese hecho las preguntas adecuadas o hubiese establecido un mejor protocolo, podría haberse evitado su muerte. Los médicos tienen la necesidad de estar protegidos, pero me preocupa esa actitud intolerante en la que a los pacientes se les despacha demasiado fácilmente. Los pacientes reales pueden perder las recetas”.

Davis VanDercar, un anestesiólogo de Tampa, se retiró cuando su hija, una jinete, sufrió una lesión en su columna cervical tras varias caídas. Sus médicos optaron por practicar operaciones muy caras, pero no le suministraron la medicación adecuada. VanDercar se retiró para fundar la Clínica del Dolor de Tampa, donde receta fuertes analgésicos a 800 pacientes. Dice que a su clínica en Estados Unidos acuden pacientes de los 50 estados porque sus respectivos médicos se niegan a recetarles las medicinas apropiadas.

“Cuando mis pacientes van a un hospital y los especialistas descubren que están tomando narcóticos para el dolor crónico les llaman adictos, no atienden a sus quejas y creen, equivocadamente, que son unos adictos. Es duro creer que la medicina se practica de esta forma”.

«Si los médicos siguen las pautas y una base lógica, ninguna investigación podrá ir más allá»

—*Rusell Portenoy, MD*

competentes. “Hay un solapamiento de objetivos”, dice Fishman. “Los médicos, obviamente, tratan de mejorar la salud. Las autoridades se centran en la salud pública. Pero hay soluciones compatibles”.

Otros sectores se muestran escépticos ante las intenciones de la DEA a causa de una larga historia de excesivo celo entre ambas partes.

“¿Cómo se va a convencer a los médicos para que sean agresivos en el tratamiento del dolor cuando todo el sistema está lleno de trampas contra ellos?”, se pregunta Cole. Notables arrestos y persecuciones han asustado a muchos médicos, algunos de ellos han perdido sus puestos o han ido a la cárcel por llevar a cabo lo que ellos consideraban un tratamiento adecuado. A pesar de lo que dice la DEA, un médico que prescribe un gran número de opiáceos es sus-

Lynne Carr Columbus, anestesiista, dirige el Centro de Tratamiento del Dolor de la Costa del Golfo, cerca de Palm Harbor, en Florida “Tratamos a pacientes con un dolor claro, como el causado por el cáncer o por la estenosis lumbar, que nos cuentan que sus médicos no les recetan los medicamentos adecuados. Su actitud muestra claramente que no van a poner en riesgo nuestra licencia por prescribir narcóticos”.

La guía de prescripción de opiáceos de Scout Fishman ofrece estrategias muy prácticas para el tratamiento del dolor haciendo compatibles las pautas de la Federación de Estudios Médicos de Estados Unidos (FSMB) y la práctica clínica actual. No se trata de decir a los médicos cómo tienen que hacer algo o indicar lo que tienen que prescribir. Más bien habla de las preguntas que se deben hacer a los pacientes y de la documentación requerida para mantener todo en orden. “La DEA y otros reguladores han apoyado esta iniciativa”, dice Lisa Robin, vicepresidenta de la FSMB. “Cuando los políticos, los médicos, los pacientes y las autoridades competentes se unen para ir en una dirección, esto supone un poderoso mensaje para toda la comunidad médica”.

“Los médicos siempre buscan la curación, pero no hay cura para el dolor crónico”, dice Fishman. “Por lo tanto, lo que hay que saber es qué impacto tiene el dolor en la vida del paciente y cuál es la mejor forma de mitigarlo. Es necesario preguntar a los pacientes: “¿Qué le impide hacer el dolor o qué quiere que la medicina haga por usted?”.

“La respuesta del paciente es su objetivo. No podemos saber si un paciente tiene o no tiene dolor”, dice. “Pero podemos ver cómo mejora o empeora su calidad de vida durante el tratamiento médico. La base de todo ello es el riesgo. No hay opciones seguras, por lo que los médicos deben hacer un balance de la situación. Si el dolor está arruinando la vida de un paciente, se debe tomar más riesgo en su prescripción. Pero la respuesta no es la misma en todos los individuos.

“Siempre es prudente consultar. Pero no hay suficientes especialistas en el dolor. Los médicos de Atención Primaria deben hacer más por el tratamiento del dolor”, afirma Fishman.

Las pautas pueden ayudar. “Enseñan a evaluar y a observar cuidadosamente a los pacientes”, dice Russell Portenoy. “Cuando se da un comportamiento relacionado con la ingesta de fármacos/narcóticos, se indica cómo documen-

## ¿Qué atrae la atención de la DEA?

No existen criterios específicos y cada caso debe considerarse por sí solo. Aún así, hay patrones recurrentes expuestos en el manual de la DEA que pueden indicar una prescripción inadecuada. Entre ellos se incluye:

- ▶ Una inusual y notable cantidad de sustancias controladas prescritas o un gran número de prescripciones realizadas en comparación a otros médicos de la misma área.
- ▶ No haber realizado un examen médico.
- ▶ Advertencia de que un mismo paciente adquiere recetas en distintas farmacias.
- ▶ Recetar sabiendo que el paciente entrega los medicamentos a terceros.
- ▶ Recetar a cambio de favores sexuales o dinero.
- ▶ Recetar sustancias controladas en períodos de tiempo inconsecuentes con el tratamiento médico.
- ▶ Usar argot en lugar de terminología médica en las recetas.
- ▶ Relación ilógica entre los medicamentos prescritos y el tratamiento alegado.

Fuente: Manual Médico de la DEA.

tarlo y tratarlo de la manera correcta. Si los médicos siguen estas pautas y siguen una base lógica, ninguna investigación podrá ir más allá”.

¿Qué preguntas deben realizarse a sí mismos los médicos y a sus pacientes? “Los médicos deben considerar el uso de opiáceos como una prueba para los pacientes que sufren un dolor crónico moderado o severo”, dice Portenoy. “Pero hay que analizar las reacciones. ¿Qué es una práctica convencional? ¿Existe otra terapia más segura y quizás más efectiva? ¿Se trata de un paciente susceptible de sufrir daños colaterales? ¿Este paciente es responsable a la hora de tomar este tipo de fármacos?

“El médico de Atención Primaria debe hacer un inventario de sus propias habilidades. ¿Debería hacer una consulta o una referencia?, se pregunta Portenoy. “En la ajetreada consulta, con pacientes esperando, algunos médicos dirán que es más fácil escribir las recetas que hacer una consulta. Otros las hacen demasiado deprisa. Es algo de lo que hay que hacer balance”.

Los médicos deben tener un cuidadoso historial con el fin de evaluar si el paciente puede caer en un abuso de estas sustancias. “Los médicos deben estructurar la terapia de manera que puedan detectar estas situaciones”, dice. “Algunos pacientes podrían pasar consulta cada tres meses, otros podrían hacerlo cada dos semanas. Algunos pacientes deberían someterse

a examen mediante análisis de orina, otros no necesitarían ser examinados”.

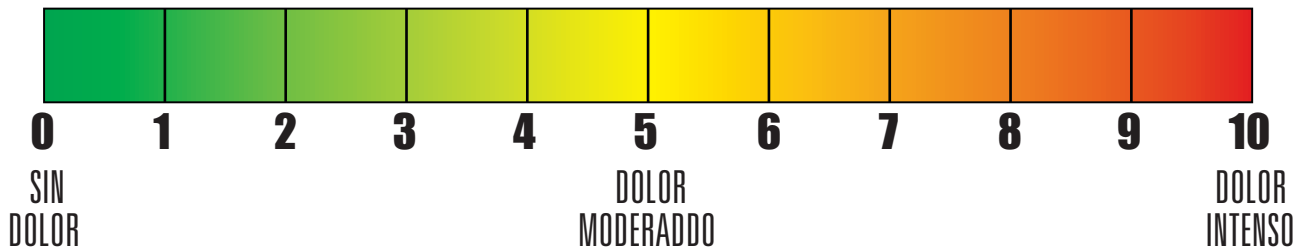
“En mi consulta tenemos pacientes con un historial de abuso de drogas y alcohol. Pero sienten un dolor real, por lo que les realizamos análisis de orina y les hacemos firmar un acuerdo. Pero para una persona de 75 años con artritis que no puede tomar antiinflamatorios un opiáceo podría ser la mejor opción y el riesgo es mínimo”.

David VanDercar nos cuenta que en los años anteriores ha echado de su consulta a 264 pacientes por no haber cumplido el acuerdo de no abusar de este tipo de sustancias. Ha escrito ese número en la sala de espera de su consulta a modo de advertencia para los otros pacientes.

ces da clases a otros médicos sobre cómo prescribir este tipo de sustancias y evitar ser engañado por drogadictos y traficantes.

Aún así, los médicos pueden ser engañados. Columbus recetó metadona a una mujer de 80 años con la columna torcida. Seis meses después de su primera visita, un test aleatorio no mostró ni rastro de metadona en su organismo. Se supo que la mujer había estado vendiéndosela a su vecino porque la pensión de su marido no les llegaba para vivir.

Columbus sigue un protocolo de 15 puntos a la hora de tratar con nuevos pacientes que debe ser seguido si el paciente va a su consulta. Por ejemplo, los pacientes que hayan perdido sus recetas o necesiten recetas anticipadas, deben ir en persona. “Deben rellenar un formu-



Además, sabe del riesgo que comportan estas sustancias. Cuatro de sus pacientes murieron por sobredosis, algo que siempre les cuenta a sus pacientes.

“A veces es difícil para los médicos distinguir entre pacientes normales y los que persiguen estas sustancias”, dice. “Requerimos que los nuevos pacientes nos aporten un retrato de sí mismos. Pido sus historiales anteriores. Obtenemos un listado de sus farmacias habituales. Entonces, me siento a evaluar al paciente. Grabo la sesión y le pido al paciente que firme un contrato donde consta que va a usar la medicación de forma adecuada y responsable. Les realizamos análisis de orina para asegurarnos de que siguen nuestras indicaciones y que no toman nada que no deben tomar. Este protocolo nos protege a ambos, al médico y al paciente”.

Lynne Columbus sigue unas pautas similares. Insiste en la realización de tests aleatorios, exámenes psicológicos y acuerdos firmados en los que el paciente promete tomar las pastillas, según lo indicado.

“Cuando prescribo narcóticos pienso en mis hijos”, dice. “No quiero ver ninguna de mis recetas en las manos de algún adolescente”. A ve-

lario explicando su situación, que será revisado por el médico que le atiende. A partir de ahí se decide si procede o no hacer una nueva receta. Los pacientes podrán obtener una única receta adelantada”.

La política sobre drogas ilícitas es clara. “El paciente puede decidir seguir o no con el consumo de drogas ilícitas, dato que será determinado mediante un simple análisis de orina. No se realizará ningún tipo de prescripción en la primera consulta. Si deciden interrumpir el consumo de drogas y sus análisis de orina dan negativo, se podría considerar el tratamiento a base de sustancias controladas. Sin embargo, tiene que saber que los análisis siguientes a la primera visita deben seguir siendo negativos. Si son positivos, el paciente no podrá seguir asistiendo a esa consulta y no se le suministrará ningún tipo de fármaco”.

“Son sustancias que conllevan un riesgo y un posible abuso”, dice Columbus. “Pero si se siguen las medidas de precaución y unas pautas y se demuestra que se hace un uso racional de ellas, no habrá ningún tipo de problema con las regulaciones o con las autoridades competentes. No seguir estas normas es, simplemente, irresponsable”. ■

# América contra los opioides: ¿y nosotros qué?

**E**l dolor crónico intenso es uno de los mayores problemas sanitarios actuales, que se está agravando conforme aumenta la edad de los pacientes y las enfermedades degenerativas. Sabemos además que para el dolor intenso los fármacos más eficaces son los opioides, pero a pesar de ello y por razones más históricas que científicas, su prescripción está altamente restringida en todo el mundo, siendo en muchos países, especialmente en el tercer mundo, casi imposibles de obtener. Por ello el incremento en la prescripción de opioides es uno de los objetivos fundamentales del tratamiento del dolor, y cada vez hay más evidencias de que son fármacos más seguros que los antiinflamatorios, además de más baratos.

Por ello nos causa estupefacción las noticias llegadas desde EEUU, donde la prescripción de opioides puede llegar a ser motivo de vigilancia de la propia policía especial: la famosa Drug Enforcement Administration (DEA) y causar a los médicos prescriptores vigilancia, multas o incluso la cárcel.

Se pretende imponer nuevas recomendaciones a los médicos para prescribir estos fármacos esenciales para el tratamiento del dolor. También la Food and Drug Administration (FDA) se ha unido a la DEA para desarrollar un nuevo programa de prescripción de opioides. En EEUU se hacen 21 millones de prescripciones de opioides al año. El programa se implementará en este año. El primer paso será una reunión entre la FDA y las farmacéuticas. Los pasos adicionales incluirán dis-



Prof. Dr. Luis M. Torres\*

\*Dr. Luis M. Torres

cusiones con otras agencias federales, asociaciones de pacientes y de consumidores, representantes de la Asociación Internacional del Dolor (IASP) y otras sociedades científicas implicadas y colegios de médicos. Dada la complejidad y trascendencia del problema, el doctor John. K. Jenkins, de la FDA, espera que la implantación sea lenta e incluya un programa de formación para que los médicos aprendan los riesgos de los opioides y cómo reducirlos al mínimo.

En una rueda de prensa, el doctor Bob Rappaport, director de la División de Anestesia y Analgesia de la FDA, subrayó la preocupación cada vez mayor de la agencia por el uso inadecuado de opioides, citando varias estadísticas alarmantes. Por ejemplo, que en 2007, un total de 5,2 millones de mayores varones habían empleado mal los opioides, de modo que el

uso no médico en mayores creció desde el 2 por ciento en 2002 al 2,6 por ciento, mientras que no hubo cambios en mujeres y la situación va empeorando. El uso erróneo de opioides entre adultos jóvenes aumentó de un 4,1 por ciento en 2002 hasta el 4,6 por ciento en 2007.

Eric Broderick, administrador de la agencia SAMHSA, encargada del control del abuso de medicamentos y de la salud mental, dio a conocer los datos de la encuesta realizada sobre 405.000 pacientes y que se llevó a cabo entre 2002 y 2007 comprobando que el uso no médico de opioides por adolescentes ha disminuido desde el 3,2 por ciento en 2002 al 2,7 por ciento en 2007.

El doctor Jenkins afirmó en la rueda de prensa que se hicieron 21 millones de prescripciones para 3,7 millones de pacientes en 2007, registrándose centenares de muertes cada año y que esto ocurre porque los pacientes están mal informados sobre cómo tomar los opioides, o porque fueron prescritos de forma inadecuada o porque estos fármacos fueron consumidos por personas cercanas al paciente.

Jenkins concluyó que “los índices del uso erróneo y de abuso se están incrementando en la última década”.

entre la sociedad americana y la española, toda esta problemática quieren exportarla a Europa, como pudimos comprobar en la mesa que tuvimos en año pasado en Lisboa y la discusión que tuve con el doctor Portenoy.

Es evidente que los opioides pueden ocasionar problemas sobre todo si se usan con fines no médicos o mal indicados o por personas carentes de control médico y familiar lo cual es frecuente en EEUU, pero no en nuestro país donde además los índices de prescripciones están muy por debajo de EEUU, y nuestro entorno social y nuestros requisitos para la prescripción casi eliminan las opciones del mal uso.

En aquella discusión le manifesté al doctor Portenoy mi preocupación, ya que estas noticias pueden truncar el trabajo de años para hacer que los opioides sean prescritos adecuadamente y luchar contra la opiofobia que ha dificultado durante décadas el adecuado tratamiento del dolor.

Nuestra posición es que aunque nos unimos a los deseos de conseguir un “equilibrio razonable” entre la necesidad legítima de los pacientes para acceder a los opioides y la amenaza de un mal uso de los mismos, estamos seguros, que en términos gene-

«Los índices del uso erróneo y de abuso se están incrementando en la última década»

—John. K. Jenkins



La FDA intenta lograr un “equilibrio razonable” entre la necesidad legítima de los pacientes para acceder a los opioides y la amenaza de su abuso y uso erróneo intencional o no. Entre los requisitos que se plantean están modificaciones en las fichas técnicas, avisos adicionales, materiales educativos para el personal sanitario y criterios de indicación más estrictos.

El problema para nosotros es que a pesar de las diferencias sociales abismales

rales, los opioides son los mejores analgésicos disponibles y que además son más seguros en términos globales que los AINEs, y es evidente que es la única alternativa para los pacientes con dolor intenso. Debemos establecer claramente las diferencias entre los países y evitar el “seguidismo” de algunas ideas norteamericanas que nada tienen que ver con nuestro entorno. Como se suele decir “no se puede estar de vuelta de un sitio, sin haber ido”. ■

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).

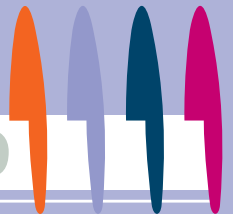
En 2009 se presentan nuevos temas, también acreditados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que estarán disponibles en los Centros de Salud con los habituales materiales (póster, manual de formación adicional y casos clínicos en la web de Idepro).

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 6 Hiperplasia Benigna de Próstata. Tratamiento

**Autor:** Francisco Brenes Bermúdez  
Médico de Familia. ABS Lleftà, Badalona  
Tutor de Medicina de Familia UD Barcelonès Nord i Maresme, Barcelona

### Póster 7 Salud Mental en Atención Primaria

**Autor:** Vicente Gasull Molinera  
Médico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte-Vedat Torrent  
Miembro del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN

### Póster 8 Depresión en Atención Primaria

**Autor:** Vicente Gasull Molinera  
Médico de Familia. Consultorio Auxiliar Monte-Vedat Torrent  
Miembro del Grupo de Salud Mental de SEMERGEN

### Póster 9 Profilaxis de la ETV en Atención Primaria

**Autor:** Eduardo Carrasco Carrasco  
Médico de Familia. Centro de Salud Abarán  
Miembro del Grupo de Vasculopatías 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

# Rectificación de autoliquidaciones

## Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany\*

### Errores en perjuicio de Hacienda

*¿Cómo corregir los errores u omisiones en las autoliquidaciones del IRPF ya presentadas y que perjudican a la Hacienda Pública?*

En aquellos supuestos en los que los errores u omisiones padecidos en las autoliquidaciones por el IRPF hayan supuesto un ingreso inferior al que legalmente hubiera correspondido o una devolución superior a la procedente, el contribuyente debe regularizar su situación presentando una autoliquidación complementaria a la originalmente presentada. La autoliquidación complementaria deberá recoger la totalidad de los datos que deban ser declarados, incorporando, junto a los correctamente reflejados en la autoliquidación originaria, los de nueva inclusión o modificación. Una vez regularizada la situación, el contribuyente deberá ingresar, en el momento de presentación de la autoliquidación complementaria, la cantidad que dejó de ingresar cuando presentó la autoliquidación originaria, o en su caso, la diferencia entre el importe de la cantidad devuelta y el que efectivamente le deberían devolver como resultado de la autoliquidación complementaria.

Así, en el caso de un médico que, una vez presentada su autoliquidación con resultado a ingresar de 1.000 euros, comprueba que no ha incorporado las rentas percibidas por el alquiler de un apartamento que tiene en la playa, estará obligado a presentar una autoliquidación complementaria. Autoliquidación que deberá incorporar todos los datos declarados en la autoliquidación originaria, más los rendimientos de capital inmobiliario percibidos por el alquiler del apartamento de la playa. En el momento en que el médico presente la autoliquidación complementaria deberá ingresar la diferencia entre el resultado de la autoliquidación complementaria y el de la originaria.

» Si por error u omisión usted ha declarado indebidamente alguna renta exenta, podrá solicitar la rectificación de su autoliquidación.

» Una vez regularizada la situación, el contribuyente deberá ingresar la cantidad que dejó de ingresar cuando presentó la autoliquidación originaria.

Si la autoliquidación complementaria presenta fuera del plazo de declaración, la Agencia Española de Administración Tributaria girará los recargos y, en su caso, intereses oportunos, en función de los meses de retraso.

### Detección de errores en la autoliquidación

*¿Qué debo hacer si una vez presentada mi autoliquidación con resultado a devolver, pero sin que Hacienda me haya devuelto aún, compruebo que he olvidado declarar unos rendimientos de capital mobiliario y que la devolución debería ser inferior?*

En este caso, deberá presentar una autoliquidación complementaria, marcando la casilla 123 de la página 2 de la declaración. Dado que Hacienda aún no le ha devuelto, no tendrá que hacer ningún ingreso en el momento en que presente la autoliquidación complementaria.

### Atrasos por rendimientos del trabajo

*¿Qué tengo que hacer si una vez presentada mi autoliquidación del ejercicio 2008, percibo, el 30 de mayo de 2009, 1.500 euros en concepto de atrasos del ejercicio 2008?*

De conformidad con lo dispuesto en la Ley, los 1.500 euros de atrasos abonados en el año 2009, pero correspondientes a trabajos efectuados en el año 2008, estará obligado a declararlos, mediante la presentación de una autoliquidación complementaria del año 2008, antes de que finalice el período voluntario de presentación, en este caso, el 30 de junio de 2010.

Esta autoliquidación se practicará sin sanción ni intereses de demora ni recargo alguno. Si los atrasos de 2008 los percibe antes de iniciado el plazo de declaración normal del impuesto, deberá incluirlos en la autoliquidación correspondiente a dicho año.

## Pérdida de la exención por reinversión en vivienda

*¿Y si una vez aplicada la exención por reinversión en vivienda habitual no he adquirido una nueva en los dos años siguientes a la transmisión?*

Dado que no ha reinvertido el importe de la transmisión en la adquisición de una nueva vivienda en el plazo de dos años a contar desde fecha de la transmisión, ha perdido el derecho a la exención por reinversión en vivienda habitual. En este caso, estará obligado a declarar la ganancia patrimonial obtenida en la venta de su vivienda habitual mediante la presentación de autoliquidación complementaria del IRPF del ejercicio en que se produjera la transmisión. Esta autoliquidación complementaria deberá incluir los intereses de demora desde el fin del plazo de presentación de la autoliquidación original, y deberá presentarla en el plazo que medie entre la fecha en que se produzca el incumplimiento y la finalización del plazo voluntario de declaración correspondiente al período impositivo en que se produjo el incumplimiento.

Así, en el caso de un profesional sanitario que, con fecha 2 de febrero de 2006, transmite su vivienda habitual y aplica la exención por reinversión en vivienda habitual, y que, a fecha 3 de febrero de 2008, no ha adquirido una nueva, estará obligado a presentar autoliquidación complementaria del ejercicio 2006 donde declarará la ganancia patrimonial obtenida por la venta de su vivienda habitual. En este caso, la autoliquidación complementaria deberá presentarla antes del 30 de junio de 2009.

## Omissiones en perjuicio del contribuyente

*¿Cómo solicitar la devolución del importe pagado en exceso o de la devolución solicitada de menos?*

Si por error u omisión usted ha declarado indebidamente alguna renta exenta, computando importes en cuantía superior a la debida, olvidando deducir algún gasto fiscalmente admisible u omitiendo

alguna reducción o deducción a la que tenía derecho y, en consecuencia se ha producido un perjuicio de sus intereses legítimos, podrá solicitar en la Delegación o Administración de la Agencia Tributaria que corresponda a su domicilio habitual, la rectificación de su autoliquidación. Esta solicitud podrá presentarla,

### La autoliquidación complementaria deberá recoger la totalidad de los datos que deban ser declarados, incorporando los de nueva inclusión o modificación

siempre y cuando la Administración no le haya practicado por el mismo ejercicio una liquidación definitiva o provisional.

La solicitud de rectificación de su autoliquidación deberá presentarla mediante un escrito haciendo constar claramente los errores u omisiones padecidos y acompañando justificación suficiente de los mismos. Este escrito podrá presentarlo en el plazo de cuatro años a contar desde:

- a) El día siguiente a la finalización del período voluntario de presentación de la autoliquidación. En el caso del IRPF del 2008, este plazo empieza a contar el 1 de julio de 2009 y finaliza el 1 de julio de 2013.
- b) El día siguiente a su presentación, en el caso de que la hubiese prestado fuera de plazo. Así, si la autoliquidación del IRPF del 2008 se presentase, por ejemplo, el 5 julio de 2010, la solicitud de rectificación de autoliquidación podría presentarla entre el 6 de julio de 2010 y el 6 de julio de 2014.

En el caso de que su solicitud de rectificación de autoliquidación sea considerada procedente, la Administración Tributaria practicará liquidación provisional rectificando la declaración presentada y le devolverá, en su caso, la cantidad indebidamente ingresada más los intereses de demora correspondientes. ■

# Inversiones

## Lo barato puede resultar caro



Natalia Aguirre Vergara\*

» El riesgo claro para una economía como la rusa es la búsqueda y el hallazgo de una fuente alternativa de energía al petróleo.

» Varios indicadores de transparencia internacional sitúan a Rusia en un mal lugar en lo que a países desarrollados y emergentes se refiere.

Las bolsas emergentes se han recuperado fuertemente desde sus mínimos de principios de marzo, apoyadas por la percepción de cierto suelo en el deterioro económico (China), las materias primas (Rusia, Brasil) y la menor aversión al riesgo (Polonia). Asimismo, ha servido de fuerte apoyo el compromiso del G-20 para acudir en ayuda de las economías emergentes con nuevos fondos. En este contexto, y a nivel de inversión, siguen siendo preferibles zonas geográficas emergentes como Latinoamérica o Asia frente a Europa del Este, fundamentalmente por una menor dependencia de financiación externa y de materias primas.

Queremos en esta ocasión destacar la evolución de la bolsa rusa, una de las grandes damnificadas por la actual crisis, habiendo llegado a acumular recortes superiores al 80 por ciento desde máximos, aunque en la reciente recuperación ha conseguido subir cerca de un 90 por ciento. Si bien es cierto que los niveles de valoración de las compañías rusas son atractivos, consideramos que hay ciertos factores que siguen haciendo del mercado ruso una inversión sólo tolerante para perfiles de riesgo alto. Hay así varios asuntos de vital importancia en la vida económica rusa que deberían tenerse en cuenta.

**1) Sustitutivos del petróleo:** El riesgo claro para una economía como la rusa, tan dependiente del oro negro, es la búsqueda y el hallazgo de una fuente alternativa de energía al petróleo. En el actual contexto político mundial, con una nueva administración americana proclive a las energías alternativas y en medio de un continuado debate acerca de la eficiencia de estas nuevas energías “más limpias”, parece que el riesgo para el petróleo es más patente.

**2) Depreciación del rublo y fuga de capitales extranjeros:** En los últimos me-

ses ha sido el caballo de batalla de la economía rusa; ser percibido como un foco de problemas ha llevado a los inversores a abandonar el país, con la consiguiente salida de divisas que ha traído aparejada. Frenar estos episodios de pánico debería estabilizar los mercados.

**3) Bajos dividendos:** Otra fragilidad clara del mercado de acciones ruso es el bajo nivel de dividendos pagados y por pagar en el futuro por las grandes compañías, lo que ha llevado a afirmaciones como “Rusia, donde los bonos son las nuevas acciones”, reflejando que los bonos corporativos de empresas como Gazprom son más interesantes en un entorno como el actual que esperar a cobrar los dividendos de la compañía.

**4) Gobierno corporativo y corrupción:** Varios indicadores de transparencia internacional sitúan a Rusia en un mal lugar en lo que a países desarrollados y emergentes se refiere. Estos altos niveles de corrupción son un claro freno al desarrollo de la economía, el miedo de los inversores a que el gobierno se entrometa en determinados sectores y/o empresas es alto y lógicamente desanima las inversiones extranjeras.

**5) Política:** La política y sus entresijos pueden poner en peligro la economía rusa.

Por todos estos aspectos, y a pesar de que los números en otro momento invitarían a entrar en el país, quizás la recomendación más prudente pasaría por invertir en fondos emergentes con una filosofía más diversificada en lo que a países se refiere, con preferencia por otros grandes emergentes como Brasil, cuya bolsa seguirá viéndose beneficiada por sus acertadas políticas macroeconómicas, un fuerte sistema financiero, una política benigna y unas normativas de inversión seguras. ■

# Valores del mes

## Ventajas competitivas

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

Por **N. A. V.**

### Qué ofrecen

Red Eléctrica de España fue la primera empresa en el mundo dedicada en exclusividad al transporte de electricidad y a la operación de sistemas eléctricos. En su condición de operador del sistema, garantiza la continuidad y seguridad del suministro eléctrico y la correcta coordinación del sistema de producción y transporte, ejerciendo sus funciones bajo los principios de transparencia, objetividad e independencia. Además, Red Eléctrica es el gestor de la red de transporte y actúa como transportista único, desarrollando esta actividad en régimen de exclusividad. Red Eléctrica debería seguir viéndose favorecida por el carácter regulado de sus ingresos y crecimiento de doble dígito en BPA y DPA,

apoyado por la necesidad de fuertes inversiones en infraestructuras de electricidad (con el fin de garantizar la seguridad del suministro) y un marco regulatorio estable y atractivo.

A pesar de que este ejercicio y previsiblemente el próximo serán complicados para el sector textil y aún cuando es previsible que Inditex crezca en el corto plazo por debajo de su potencial, su modelo de negocio, basado en la fuerte expansión geográfica, precios asequibles, economías de escala y gran eficiencia logística, permitirá a la compañía sortear la crisis mejor que la competencia y captar cuota de mercado adicional. Estas ventajas competitivas deberían seguir reflejándose en su cotización.

### Los elegidos

**Red Eléctrica.** Ha presentado unos sólidos resultados del primer trimestre del año, apoyados por el crecimiento de los ingresos regulados (mayor base de activos a retribuir por las instalaciones puestas en servicio en 2008) y la contención de costes operativos (en términos homogéneos +3,4 por ciento. A nivel de beneficio neto, ha aumentado un +13,7 por ciento, en línea para cumplir con el objetivo anual de +15 por ciento. La presión de posible salida de papel debería estar en buena medida recogida en precio, tras un comportamiento mucho peor que el Ibex en 2009 y con unos multiplicadores en línea con sus homólogas europeas a pesar de un mayor crecimiento esperado (+11 vs +5 por ciento).

**Inditex.** Espera alcanzar un crecimiento de las ventas comparables "positivo", con España comportándose peor que la media del mercado y Asia y Europa del Este mejor. Asimismo, mantendrá el crecimiento del espacio

en tienda en tasas del + 10,5 por ciento, con el 95 por ciento del total de aperturas en el extranjero, por lo que continuará reduciendo su exposición al mercado español. La compañía se centrará en la generación de flujo de caja libre (recortes de gastos y mayor eficiencia de las inversiones), algo muy apreciado por el mercado en los momentos actuales. Los últimos resultados de Inditex han superado las previsiones y refuerzan la idea de su gran capacidad para resistir en un escenario macroeconómico muy débil. ■

| Concepto              | Red Eléctrica | Inditex |
|-----------------------|---------------|---------|
| Ticker                | REE           | ITX     |
| PER 2009              | 13X           | 17x     |
| Rentab. dividendo (%) | 4,6           | 3,3     |
| Precio actual         | 32,60         | 31,19   |
| Precio objetivo       | 39            | 36,7    |

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 21/5/2009

# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



**BURGOS**  
24 de Septiembre

**BARCELONA**  
29 de Septiembre

**SANTIAGO DE COMPOSTELA**  
29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



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

**LIVE MED**

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

# Cultura

## LIBROS

### Médicos españoles del siglo XX

La lectura de *Médicos españoles del siglo XX* sumerge al lector en la propia historia de la medicina española del siglo XX, en la forma de entender la misma, —dadas las distintas corrientes que se han ido sucediendo—, así como en los cambios que se han ido produciendo. Este es el tercer volumen de la obra, cuyo autor es el profesor Manuel Díaz-Rubio, actual presidente de la Real Academia Nacional de Medicina. En los tres volúmenes, que distribuye AstraZeneca, el autor ofrece información contrastada de médicos españoles de nuestro tiempo que han dejado recuerdo de sus nombres avalados por una labor, docente o científica en unos, profesional en otros, cumplida en campos distintos del quehacer curador, la vida universitaria o científica. De cada biografiado se ofrece al lector su retrato, se valora el quehacer cumplido en el campo al que orientó su valor como médico, la obra que recoge su aportación al saber recibido y la referencia bibliográfica a la que puede acudir quien desee ampliar la información.



Título: *Médicos españoles del siglo XX*.  
Distribuye: AstraZeneca  
220 págs

## EXPOSICIONES

### España según Sorolla

Organizada por el Ministerio de Cultura, la exposición *Sorolla y su idea de España*, reúne las pinturas al óleo que fueron realizadas como preparación para los 14 paneles que el mecenas Archer Milton Huntington, le encargó para decorar las paredes de la biblioteca de la Hispanic Society de Nueva York.

La muestra, que ofrece una precisa perspectiva de la percepción de la realidad española que tenía Sorolla, se articula en torno a tres ejes: el pueblo español, el paisaje natural de España y los monumentos. La muestra se puede visitar hasta el mes de septiembre en el Museo Sorolla (Pº General Martínez Campos, 37. Madrid).



### Goya y la guerra

La exposición *Goya, cronista de todas las guerras* incluye la serie de "Los Desastres", en su primera edición realizada por la Academia en 1863, y dos de sus planchas originales, un resumen audiovisual sobre la historia de la fotografía de guerra, además de una selección de imágenes del archivo fotográfico sobre la Guerra Civil Española. Las estampas de Goya contienen una anticipación de la visión fotográfica, al adelantar el lenguaje de la instantánea con recursos plásticos que anuncian la estética del fotoperiodismo y suponen un "punto de inflexión" en la guerra. La muestra se puede visitar hasta el 15 de septiembre en el Centro Atlántico de Arte Moderno de las Palmas de Gran Canaria (C/ Los Balcones, 9).



## CINE

### El guitarrista Vicente Amigo presenta nuevo disco

El guitarrista Vicente Amigo estrena nuevo disco: "Paseo de Gracia". Con este nuevo trabajo, el artista reivindica "la fusión sin etiquetas" y el "sueño" de acercar el flamenco a todo tipo de público. Pero también hay flirteos con la rumba, el pop y tiempo para los violines y mandolinas, como metáfora de la fusión que lleva dentro de su cuerpo el guitarrista. Le acompañan en esta aventura Enrique y Estrella Morente, Niña Pastori, Alejandro Sanz, Rafael de Utrera, Pedro Heredia y Miguel Ortega, entre otros. "Es un disco de colaboraciones" y "sin prisas" explica Vicente Amigo, quien reconoce que ya tenía la mayoría de los temas escritos, e incluso algunos con nombre propio. Es el caso del tema "Y será verdad", que cuenta con la voz de Alejandro Sanz y el maestro Enrique Morente y Pedro Heredia a las voces.



# 1 FORO CIENTÍFICO SEXOLOGIA INTEGRAL

Valencia, 12 y 13 de Junio de 2009

Colegio Oficial de Médicos de Valencia

## PROGRAMA

### 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



1,6 créditos



Comisión de Formación Continuada  
de los Profesiones Sanitarios de  
la Comunidad de Madrid

Enseñanza no reglada sin carácter oficial

#### COMITÉ ORGANIZADOR

**Felipe Hurtado Murillo**  
*Presidente*

Ramón González Correales  
María Lameiras Fernández  
Froilán Sánchez Sánchez  
Elena Villalva Quintana

#### COMITÉ CIENTÍFICO

**Carlos San Martín Blanco**  
*Presidente*

Francisco Cabello Santamaría  
Antonio Casaubón Alcaraz  
José Díaz Morfa  
Olatz Gómez Llorens

Con la colaboración de:



AEES



FLASSES



AEES



APISS

Secretaría Técnica

**DRUG FARMA**  
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249-1º • 28041 Madrid  
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75

Información e inscripción  
[www.sexologiaintegral.es](http://www.sexologiaintegral.es)

# Internet

## La 'nueva gripe' dispara el número de búsquedas

Sección patrocinada por

Web de I@  
MUJER

**Y**a se acercan a 300.000 las consultas efectuadas por los internautas españoles para conocer en distintos sitios de la red la evolución de la gripe A o "nueva gripe"; y un estudio de Nielsen Online establece que lo que más preocupa a los internautas es el alcance de la enfermedad, sus formas de contagio, la medicación para afrontar la epidemia y la evolución territorial de la hipotética pandemia.



La información sobre la gripe ha desbancado en la red a las búsquedas habituales.

La realidad estadística es elocuente, dado que se han más que triplicado las búsquedas de la F1, los horóscopos, el tiempo o las noticias, que suelen encabezar los *ranking* de audiencia en nuestro país. En la encuesta de la multinacional de medición de audiencias en

Internet se concluye que los términos "crisis porcina" y "fiebre porcina" llegaron a ocupar la decimoséptima posición en las búsquedas más reiteradas, por delante de competiciones deportivas como el Conde de Godó o la actuación de Fernando Alonso en el circuito de Shakir.

En sólo una jornada, se llegaron a contabilizar en *blogs* españoles 1.600 comentarios (*posts*) en los que se volcaban acusaciones a las autoridades políticas o sanitarias, y se aprovechaban las prestaciones de Internet para trasladar opiniones alarmistas, miedosas, escépticas, humorísticas, etc., demostrando que Internet ha vuelto a convertirse en plataforma de información y comunicación ante un acontecimiento de trascendencia global.

Es la prueba de que las Tecnologías de la Información, incluidas las aplicaciones sanitarias, avanzan más rápido que los remedios médicos. Recientemente, la empresa española GMV ha llegado a un acuerdo con la Asociación HL7Spain, cuyo estándar HL7 tiene como objetivo promover la utilización de protocolos de comunicaciones para el intercambio de información entre diferentes sistemas de información de salud. ■

### Todo sobre la gripe A

Esta *web* oficial de la Organización Mundial de la Salud, nos mantiene informados puntualmente sobre todo lo acontecido en este brote epidémico extendido a nivel mundial.

<http://www.who.int/es/>



### Todos con Madrid 2016

Desde aquí queremos sumarnos al gran respaldo popular en la candidatura olímpica de la ciudad de Madrid hacia la elección definitiva del próximo mes de octubre.

[http://www.madrid2016.es/es/a\\_poyacandidatura/voluntarios/Paginas/haztevoluntario.aspx](http://www.madrid2016.es/es/a_poyacandidatura/voluntarios/Paginas/haztevoluntario.aspx)



## CIBERCONSEJOS

### Nuevo buscador de respuesta inmediata

**W**olfram Alpha es un motor de búsqueda capaz de responder directamente a las preguntas que hace el usuario, en vez de remitirnos a enlaces como Google. Dispone de un gran listado de respuestas y es capaz de calcularlas a partir de una serie de bases de datos y de algoritmos. El buscador empezó a funcionar a finales de mayo y será accesible para todo el mundo.

### El nuevo Windows 7, vuelve a XP

**M**icrosoft acaba de lanzar la versión 'Release candidate' de Windows 7, el sucesor de Vista, a la venta después del verano. El sistema incluye a partir Windows XP Mode y Virtual PC, con lo que es posible arrancar el ordenador con la versión XP, y la compatibilidad con programas actuales será total. Windows 7 incluye una versión mejorada para netbooks, el programa ACF, para ayudar a resolver problemas de compatibilidad en Windows 7.



# Los jueves de Medical Economics®

## Sanidad Autonómica: ¿quiebra o fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud?

**Jueves, 25 de Junio de 2009, 19.30h**

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

Con la colaboración de

---



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



# Golf

Comunitat Valenciana European Nations Cup

## Holanda fue la sorpresiva ganadora

En la segunda edición del torneo, el equipo español terminó, de nuevo, en séptima posición.

**R**ecién aterrizadas en el profesionalismo, las holandesas Marjet Van der Graaf y Christel Boeljon, con dos golpes de desventaja a primera hora de la mañana con respecto a Francia, pasaron como un rodillo sobre



Las holandesas Van der Graaf y Boeljon, ganadoras por primera vez de esta Copa de Europa de golf femenino.

la contrastada calidad de las galas Gwladys Nocera y Anne Lise Caudal, enzarzadas en una sucesión de errores que incluso hizo peligrar su segunda plaza, que acabaron compartiendo con

Australia e Italia. Holanda dio el zarpa-zo definitivo con una actuación tremendamente sólida, únicamente empañada con un *bogey* en el hoyo 12, pero repleta de acierto tanto al principio –*birdies* en el 3, en el 5 y en el 8– como al final, para acabar a lo grande, con más *birdies* en el 17 y en el 18.

Semejante concatenación de aciertos llevó a Francia –un manojo de nervios toda la jornada– a deslizarse hasta la segunda plaza, donde se encontró con Australia y, sobre todo, con Italia, la otra gran protagonista del día merced a los 10 bajo par (8 *birdies* y un eagle en el hoyo 9) con que culminó su participación en esta Copa de Europa, el mejor resultado parcial de largo de toda la competición. Por su parte, las españolas Paula Martí y Tania Elósegui mejoraron en un puesto su actuación de 2008. El mal resultado de la primera jornada pesó como una losa desde ese instante a pesar de que su juego experimentó una sobresaliente mejoría en las rondas sucesivas. Su notable escalada encontró tope en la sexta plaza en una actuación que, tras un madrugador *bogey* en el hoyo 2, resultó acertada, con 5 *birdies*

en el camino que dejaron a España a tan sólo 2 golpes de la segunda plaza, un mínimo trecho en el marco de una remontada espectacular.

Nikki Garrett apeló a su querencia a jugar bien en España para que, junto a su compañera Joanne Mills, Australia tomase la delantera en la primera jornada. La australiana, con dos títulos en nuestro país en su currículum, llevó a su equipo en volandas hasta el liderato. Garrett se echó a su equipo sobre las espaldas, cincelando una inmaculada faena a base de aciertos: rubricó 6 de los 7 *birdies* de Australia, dejando la gloria a su compañera Mills únicamente en el hoyo 9. Las estadounidenses Beth Daniel y Meg Mallon respondieron a la fama que les precede y que se plasma en 51 títulos en el Circuito Americano Femenino. Algo más discretas en la primera vuelta, las norteamericanas le cogieron el ritmo a partir del hoyo 10.

Al final, el equipo holandés se llevó el gato al agua sacando cuatro golpes a las francesas. En segunda posición terminaron empatadas Francia, Australia e Italia aunque las francesas tuvieron su opción de romper el empate en el hoyo 18. ■

## Gabriel Cañizares, brillante campeón

**G**abriel Cañizares es el nuevo campeón de la PGA de España Trofeo LanzaFuerte Fuerteventura, que ha celebrado en Las Salinas de Antigua su 24ª edición. Cañizares salió a la final a dos golpes del líder, Ignacio Garrido, pero compensó con buen juego una jornada decisiva y cuando necesitó el apoyo de la fortuna le acompañó la suerte del campeón, como en el eagle del 9, un par 4 que comenzó su lanzamiento definitivo hacia el título. "Salí sin expectativas, a ver lo que pasaba –aseguró Cañizares tras recibir el trofeo– porque no podía empezar a jugar pensando en el resultado. He jugado bien y he pateado muy bien y esa ha sido la clave. Cuando me puse 22 bajo par, sin embargo, lejos de relajarme, me sentí raro. Y tuve problemas. En el 15 piqué un socket del que me pude recuperar luego con un gran golpe.

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NR» en una cara y «CE» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NR» en una cara y «IC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decúbito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardiaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardiaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardiaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, fosfenitoína, primidona], rifampicina, hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucemiantes orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidrocortizol, amlodipino, glibenclamida. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfa-bloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. anti-depresivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligohidramnión, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hiperpotasemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo frecuencia. **Trastornos cardiacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Sincope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaringeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Distensión eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso sin haberse observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, mialgia, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis** **Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistémica marcada, y, probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardiaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloque de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Croscopolidona Tipo A, Sílice coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento: Dafiro 5 mg/160 mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Rojo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase**

| Amlodipino (mg)                                      | Valsartán (mg) |     |     |     |     |
|--|----------------|-----|-----|-----|-----|
|  | 0              | 40  | 80  | 160 | 320 |
| (% de pacientes que experimentaron edema periférico) | 0              | 40  | 80  | 160 | 320 |
| 0  | 3,0            | 5,5 | 2,4 | 1,6 | 0,9 |
| 2,5  | 8,0            | 2,3 | 5,4 | 2,4 | 3,9 |
| 5  | 3,1            | 4,8 | 2,3 | 2,1 | 2,4 |
| 10   | 10,3           | NA  | NA  | 9,0 | 9,5 |

**BIBLIOGRAFÍA:** 1. ESH-ESC Guidelines Committee. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007; 25: 1105-1187. 2. Poldermans et al. Tolerability an Blood Pressure-Lowering Efficacy of the Combination of Amlodipine Plus Valsartan Compared with Lisinopril Plus Hydrochlorothiazide in Adult Patients with Stage 2 Hypertension. Clin Ther. 2007; 29: 279-289. 3. Smith et al. Amlodipine and Valsartan Combined and as Monotherapy in Stage 2, Elderly, and Black Hypertensive Patients: Subgroup Analyses of 2 Randomized, Placebo-Controlled Studies. J Clin Hypertens. 2007; 9: 355-364.