

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 119

23 de octubre de 2009

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

 Hospital Infantil Leonor 

Hospitales del s. XXI

## De máquinas de curar al 'wellness hospital'

**ADEMÁS**

JORNADA

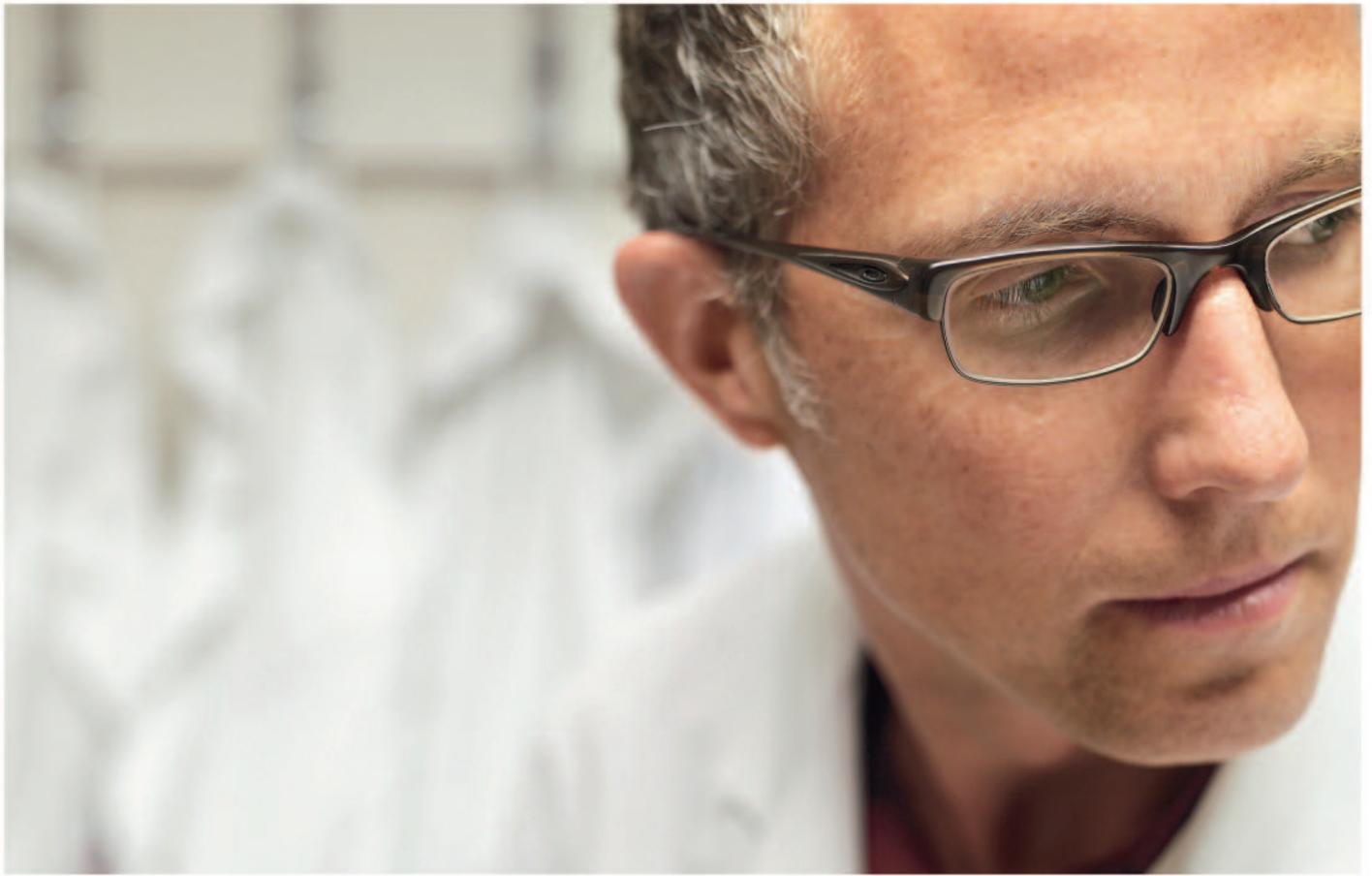
Desafíos de gestión  
sanitaria en época  
de crisis

 MERCK

(págs. centrales)

SPA

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.



# ¿Cuál es el mejor tratamiento?

La vida escribe las preguntas.  
Nosotros buscamos respuestas.

Nuestras innovaciones  
benefician a millones de personas:  
alivian el dolor y mejoran  
la calidad de vida.  
Proporcionamos esperanza.



*Innovación para la salud*

# PROGRAMA AAP 2009

## Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA  
19 de Febrero

ALICANTE  
12 de Marzo

BADAJOS  
26 de Marzo

BILBAO  
23 de Abril

ZARAGOZA  
14 de Mayo

VALENCIA  
28 de Mayo

MADRID  
3 de Junio

BURGOS  
24 de Septiembre

BARCELONA  
29 de Septiembre

SANTIAGO DE COMPOSTELA 29 de Octubre

CON LA GARANTÍA DE:



Revised by:



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

  
**LIVEMED**<sup>®</sup>

ESPAÑA

*Educación Médica Continuada*

nuevo

SALVA

SKIN

ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS  
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

  
**SALVAT**

## 42 | EN PORTADA

Los hospitales del siglo XXI, especialmente los públicos, precisan de un abordaje arquitectónico global si lo que se pretende es conseguir edificios sanitarios de alta eficiencia. Es decir, un diseño adaptado a la comodidad del paciente y sus familiares, a la implantación de las nuevas tecnologías y a la inclusión de medidas medioambientales. Todo ello con el fin último y primordial de proporcionar, desde modelos adecuados de gestión, la máxima calidad asistencial. En definitiva, cambiar el modelo actual de "máquinas de curar" por el concepto de *wellness hospital*.



## De máquinas de curar al 'wellness hospital'

### ECONOMÍA DE LA SALUD

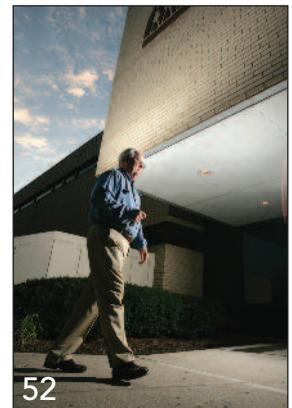
#### 22 Nuevos desarrollos de evaluación económica aplicados al asma

Se estima que el coste anual del asma en España es de 1.480 millones de euros o de 3.022 millones de euros, considerando el diagnóstico por hiperreactividad bronquial o sólo sintomático, respectivamente.

### PRÁCTICA PRIVADA

#### 52 Un médico que abre todos los días

Poco a poco las clínicas van adaptando sus horarios a los de sus pacientes para lograr una mejor atención y una mayor calidad de la misma. Siga los consejos del autor.



52

### JORNADA

#### 25 Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis

MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de Merck, organizó una jornada en la que expertos en gestión sanitaria y altos cargos de las administraciones sanitarias autonómicas exponen las medidas tomadas y las reformas necesarias para garantizar la sostenibilidad del sistema.

#### Jornada

Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis



Acto organizado por:  
Medical Economics

Con la colaboración de:  
MERCK

25



Changing tomorrow

Astellas aspira a cambiar el mañana. A través de nuestro compromiso de ofrecer a los pacientes la esperanza de un futuro mejor, queremos liderar el camino en las áreas terapéuticas donde ya somos expertos, concentrándonos en aquellas necesidades médicas que aún no han sido satisfechas. Astellas, en su búsqueda constante de la innovación, continuará identificando y desarrollando nuevas formas de mejorar la salud de los pacientes.

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

TRASPLANTE  
UROLOGÍA  
DERMATOLOGÍA  
ANTI-INFECIOSOS

 **astellas**  
Leading Light for Life

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaria 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

- 6 Mi punto de vista
- 8 Opinión de los lectores
- 10 Profesión/Finanzas

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 **Gestión Profesional**  
Información al paciente:  
cuestión de psicología
- 16 **Gestión de Calidad. Enfermería**  
Instrucciones previas
- 18 **Capital Riesgo**  
Tipos de innovación sanitaria (I)
- 20 **Tribunales**  
La demanda contra el ICS  
y la enfermera no prosperó
- 22 **Economía de la salud**

## Y ADEMÁS...

- 60 Tres de últimas



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que los nuevos hospitales que se están construyendo son más eficientes?

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

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



## ENCUESTA EXCLUSIVA

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

## PREMIOS MEDICAL ECONOMICS 2010

Medical Economics celebra la VI edición de los galardones, que llevan su nombre y que premian a las entidades y organizaciones que más han destacado en el sector sanitario en 2009.  
[www.medeco.es](http://www.medeco.es)

## SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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



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

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

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

© Copyright 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 Asoc. Española de Derecho Farmacéutico

### Honorio Bando Casado

Consejero de Dirección Instituto de Salud Carlos III

### José María Barahona Hortelano

Catedrático de Oftalmología. Fac. de Medicina. Univ. de Salamanca

### Carlos Belmonte Martínez

Director de 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 Delegado de Xanit H.C.M

### Ana Céspedes Montoya

Directora de Comunicación y Asuntos Corporativos de Merck Farma y Química

### Felipe Chavida García

Presidente de Idepro

### José Cortina Orriós

Director Adjunto de Bancaja

### Enrique de Porres Ortiz de Urbina

Consejero Delegado de Asisa

### Jaime del Barrio Seoane

Presidente del Instituto Roche

### Manuel Díaz-Rubio García

Presidente Real Academia Nacional de Medicina

### José Antonio Dotú Roteta

Presidente de la Fundación Medicina y Humanidades Médicas

### Sergio Erill Sáez

Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

### Joaquín Estévez Lucas

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud

### 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 Angel García Rodríguez

Presidente Sociedad Española de Quimioterapia

### Enrique Gargallo Santa Eulalia

Director Médico Clínica Medinorte de Valencia

### José Antonio Gutiérrez Fuentes

Director de la Fundación Lilly

### Abraham Herrera

Jefe de RRHH y Política Sanitaria de Bayer Schering Pharma

### 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 Abuin

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 Geriatria Hospital Clínico San Carlos, Madrid

### Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad PricewaterhouseCoopers

### Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

### Cristina Roldán F. de Gamboa

Asesora Externa de Allergán

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

Dirección de Desarrollo Profesional y Estratégico Orden Hospitalaria San Juan de Dios

### Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica Facultad de Medicina. UAM.

### Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente Asociación Española de Derecho Sanitario

### Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

### Luis Truchado Velasco

Director EuroGalenus-Executive Search Consultants

### Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

### Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

## Expertos

### Gestión Profesional

#### Felipe Chavida García

Médico de Familia Presidente de Idepro

#### Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho Ambiental

#### Jose María Martínez García

Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad

#### Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

#### Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario Facultad de Medicina UCM

#### Ricardo de Lorenzo y Montero

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

#### Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

#### Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia Renta 4 Sociedad de Valores

#### José Ignacio Alemany

Socio Director Bufete Alemany Escalona & Escalante

### Capital Riesgo

#### Luis G. Pareras

Médico Gerente Incubación Proyectos Empresariales –MediTecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad PricewaterhouseCoopers

### Atención al Paciente

#### Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitales

**Premios  
2010**

**Medical Economics**

**VI  
Edición**

- ◆ **Medical Economics celebra la VI edición** de los galardones que llevan su nombre y que premian a las entidades y organizaciones del mundo de la Sanidad cuya labor ha sido más destacada a lo largo de 2009.
- ◆ **Estos galardones fueron instituidos para reconocer** públicamente a las citadas entidades, considerando en la distribución de las diferentes categorías el lema que rige la publicación, centrada en la información al médico sobre estrategias para la mejor gestión profesional de su ejercicio clínico, con especial preocupación por la atención al paciente, eje fundamental de la asistencia sanitaria.
- ◆ **En la página web de Medical Economics, [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com),** encontrará las categorías que configuran el palmarés de esta edición de los premios, para cuya elección final recabamos su colaboración emitiendo su voto.
- ◆ **La entrega de galardones tendrá lugar en Madrid** el jueves 28 de enero próximo, en un acto que reunirá a todos los sectores profesionales de la sanidad española.

## **IMPORTANTE**

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

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

# Mi punto de vista



José Antonio Gutiérrez Fuentes.\*

## El médico ante el dolor y el sufrimiento. Consideraciones desde la ética

La palabra ética procede del griego *ethos* que ha representado diferentes conceptos. El más antiguo de ellos se refería al lugar donde se habita, la residencia o morada. Más adelante en el tiempo este término adquirió otra connotación: mantuvo el sentido de lugar, pero esta vez no exterior o físico sino interior, refiriéndose a la actitud interior, el fundamento del actuar, la razón y raíz de la que emanan los actos del hombre y finalmente de la sociedad en forma de conductas o comportamientos determinadas. La ética se interesa por la actuación del hombre en tanto su conducta se rige, orienta e inspira por valores, en tanto actúa según conceptos predefinidos de deber, justicia, etc. Ahora bien, la mayoría de estas acciones las llevamos a cabo de un modo casi espontáneo y natural —convivimos, desarrollamos nuestro trabajo, nos relacionamos con los demás, formamos una familia, etc.—, sin esfuerzo aparente, ni sensación de lucha o tensión. En cambio, en otros momentos, la acción es más compleja al contraponerse posiciones o ideas, al intentar hacer prevalecer posturas, al manifestarse contradicciones, etc., viviéndose como un conflicto interno.

Cuando el hombre, libre para actuar, se hace consciente de su indefinición, surge la ansiedad, el desconcierto, la duda, el temor o la angustia. Y, cuando se hace patente el fallo o el error, surge el sentimiento de culpa, pesar y/o remordimiento, y con ello, las preguntas: ¿qué es lo correcto?, ¿por qué?, ¿qué es lo que debo hacer?, etc. Es entonces cuando se pone de manifiesto el carácter humano y moral de nuestras actuaciones y donde la necesidad de la ética encuentra su justificación.

En la ética clásica las normas elaboradas eran estables y se aplicaban en un mundo que las aceptaba y se sujetaba a ellas. Pero en la actualidad la ética se ha trasladado al desarrollo de la conciencia racional individual y al des-

pliegue de una conciencia colectiva que pretende alcanzar el mejor juicio posible en casos y situaciones concretas. Esta ética no se plantea en base a ideales abstractos, sino desde la experiencia adquirida de lo que somos y en la que transcurre nuestra existencia. Se acepta que los principios del conocimiento moral, abstractos y formales, no son suficientes para resolver los muy diferentes conflictos y problemas de la vida cotidiana y que deben imponerse argumentos de índole más práctica que teórica. Sin embargo, esta concepción de la ética no siempre es fácil de llevar a la práctica. Al aceptar la ética como algo carente de referentes absolutos nos encontramos en la situación de enfrentar, con una voluntad débil, ignorante y cambiante, la realidad del día a día, que no es buena ni mala sino compleja, confusa y ambivalente, como lo es la misma vida, y que nos devuelve a la reflexión moral.

Sucede así con las actuaciones ante el enfermo con dolor, el que sufre o el paciente terminal, en las que se ha de asumir e integrar por un lado la indeterminación, la duda, la incertidumbre, y por el otro la deliberación juiciosa y fundamentada ante una situación concreta, compleja y variable en cada caso.

En un contexto de desarrollo científico y de alta tecnología, pero con recursos limitados para la medicina, se hace difícil percibir y discernir la diferencia entre lo correcto, lo erróneo o equivocado, y lo que puede ser tolerado.

Es después de la segunda guerra mundial que, llevadas de la mano del desarrollo y avance de las ciencias médicas y de las tecnologías aplicadas a la medicina, empiezan a aparecer nuevos interrogantes: ¿cómo se define la vida de un ser humano?; ¿cómo se define la muerte?; ¿cuáles son los límites para la resucitación y el mantenimiento de la vida?; ¿cuáles son las consecuencias del trasplante de órganos?; ¿cuáles las de las intervenciones y modificaciones sobre el genoma humano? En

la búsqueda de las respuestas y fruto del esfuerzo prolongado de antropólogos, filósofos y teólogos, juristas y sociólogos, médicos y científicos, comienzan a emanar ideas y propuestas que están modificando las centenarias formas éticas que habían modulado la relación entre médicos y pacientes.

En este ambiente, el oncólogo danés Van Rensselaer Potter utiliza por primera vez en 1970 el término "bioética" con el que aludía a los problemas que el gran desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores. Surge pues la bioética como la fórmula necesaria para restablecer un puente entre ambas esferas de conocimiento: la ciencia experimental y las humanidades. Se pretende así, a través de una deliberación interdisciplinar, la formulación de unos principios que permitan orientar y humanizar el quehacer científico para afrontar, con responsabilidad, las posibilidades enormes que hoy nos ofrece la tecnología.

La Encyclopedia of Bioethics la define como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en tanto esta conducta se analiza la luz de valores y principios morales". Se acepta por tanto la bioética como el estudio "revitalizado" de la ética médica aplicada, como un árbol con profundas raíces que se arraigan en la cultura occidental, en el desarrollo secular de la práctica médica, y en el desarrollo teórico y metódico del pensamiento filosófico.

Los grandes temas actuales objeto de discusión por la bioética siguen siendo los mismos que se plantearon como tales en el principio: a) la ética de la experimentación con seres humanos; b) las implicaciones personales y sociales de la ingeniería genética; c) los trasplantes de tejidos y órganos; d) las consecuencias relacionadas con la posibilidad del control de la procreación; y, e) el papel de la medicina ante decisiones de vida o muerte, y por tanto la ética de la muerte y del morir.

Bajo este punto de vista, la bioética pretende regular la interacción entre el que posee el conocimiento y aquel al que se le ofrece y puede recibir la aplicación práctica del mismo, siempre orientada a ayudarle en la solución de los problemas que le aquejan. De ahí la importancia, en la relación entre

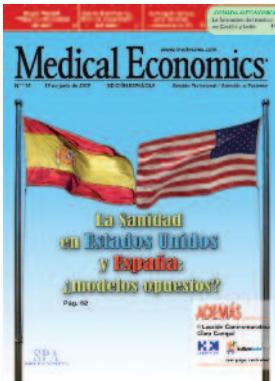
médico y enfermo, de que el paciente analice libremente y con plena autonomía (capacidad de pensar, decidir y actuar libre e independientemente), hasta donde su conocimiento se lo permita y aconseje, las implicaciones de los tratamientos propuestos, y participe con su familia y el equipo médico en las decisiones. No dejan de ser los pacientes quienes reciben los beneficios, pero también corren los riesgos que surgen de la aplicación de una u otra prueba diagnóstica o tratamiento, y el médico el que se responsabiliza de su prescripción.

### Dolor y sufrimiento

Volviendo a la reflexión sobre el dolor y el sufrimiento, no debemos concluir sin recordar que no siempre el dolor causa sufrimiento ni éste requiere del dolor para manifestarse. Sus límites no son precisos y de esta confusión surge la necesidad de una interpretación ética. El dolor puede ser estudiado en su significado, y como proceso fisiológico, tratado y controlado por el médico. Lo ético tiene que orientarse a procurar que el paciente reconozca y observe la realidad de su padecimiento más que a decirle o imponerle lo que debe hacer. El sufrimiento es una vivencia profunda, personal, subjetiva e intransferible que tiene relación con el "ethos", y la experiencia humana, y ante la que solo cabe la comprensión y el apoyo. Éste es el dilema ético.

En este entorno, y en esta necesidad de saber que hacer en cada momento, desarrollan su actividad y asumen su responsabilidad los médicos y enfermeras ante el enfermo que sufre, en la mayoría de los casos agarrándose a su experiencia y a una "ética", que afortunadamente aun se mantiene bastante próxima a la sabiduría y a la prudencia y el sentido común de los clásicos. Valga para concluir recordar que nos aproximamos a la muerte a través de la experiencia ajena, no es posible escribir a partir de la muerte propia. Ya lo decía Séneca: "Podemos sentir y conocer la pérdida de un familiar muy querido, de una fortuna, etc. Pero no podemos sentir nuestra propia muerte porque instantáneamente, en el mismo momento de ocurrir, ella nos hace insensible a todo. Es absurdo el temor por lo que, cuando ocurra, no lo podemos ya sentir". ■

# Opinión de los lectores



La edición americana de MEDICAL ECONOMICS publicó en portada el pasado 8 de mayo "Healthcare in crisis", haciéndose eco de la situación global de la sanidad en Estados Unidos, dada la reforma sanitaria que pretende llevar a cabo el presidente Obama.

En la misma línea, en el número del 19 de junio publicamos en portada: "La Sanidad en Estados Unidos y España: ¿modelos opuestos?" sobre la presumible aproximación de ambos modelos sanitarios. Recogemos, a continuación, las cartas de los lectores suscitadas a raíz de ambos temas de portada.



## Malinterpretando a Obama

Después de leer el artículo de Harris Meyer "La sanidad en crisis", publicado en el número del 8 de mayo de 2009 de la edición americana de MEDICAL ECONOMICS, nunca me había sentido tan decepcionado con mis colegas en las organizaciones médicas, ya que "todos apoyan los objetivos de Obama y lo que ha hecho hasta el momento" en cuanto a solucionar nuestro debilitado sistema sanitario.

¿Alguno de esos líderes médicos ha leído siquiera las propuestas sanitarias del presidente Obama durante su campaña electoral? Si lo hubieran hecho, se habrían dado cuenta de que está, básicamente, abogando por una medicina socializada. También habrían caído en la cuenta de que en su propuesta no hay ni una sola mención a la reforma del agravio de negligencia médica (él y todos sus mayores partidarios son abogados, ¡figúrense!) o de que proteger la extremadamente importante relación médico-paciente debería ser el centro de cualquier propuesta.

Supongo que los mismos líderes médicos, que creen que lo que necesitamos es una mayor intervención del gobierno en la sanidad, también están de acuerdo con que nuestro gobierno lleve a cabo grandes restricciones financieras cuando billos de nuestros duramente ganados dólares contribuyentes fueron básicamente tirados por el retrete echándole un cable a bancos y empresas automovilísticas.

**J. Badolato** (Ridgefield, Washington)

## Cuantioso y litigioso

Verdaderamente, "La sanidad en crisis" no deja ninguna esperanza a verdaderas soluciones, ya que los líderes, tanto políticos como médicos, parecen desconcertados. Norteamérica es una tempestad perfecta que combina la ciudadanía más obesa y sedentaria de la historia mundial con el sistema de agravio más agresivo de todos los tiempos. Si alguien necesita pruebas para lo primero, visite un centro comercial. No existe ninguna solución para nuestra miseria a menos que los ciudadanos comiencen a comportarse mejor y la reforma del agravio permita que los médicos sigan las recomendaciones del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos sin el interminable peligro legal que nos obliga a ordenar realizar una exploración de próstata a los hombres de 42 años o a mantener las tasas de cesárea que no tienen correlación médica con la prevalencia de las lesiones de nacimiento.

Mi predicción es que los costes aumentarán hasta que admitamos que hay problemas y cambiemos lo que sea necesario.

**James Long** (Andover, Minnesota)

## Conclusiones cuestionables

Según un interesante estudio publicado el 17 de abril de 2009, "Los gastos discrecionales dirigen los costes de la sanidad", resultaría interesante saber cómo los investigadores han llegado a la con-

clusión de que "las causas residen en la manera en que los médicos y otros responden a la disponibilidad de la tecnología, del capital y de otros recursos en el contexto del sistema de pago de los honorarios por los servicios prestados".

¿Podría haber otras razones? ¿Miedo a los pleitos? ¿La petición o preferencia del paciente? ¿El criterio del médico?

**William Moran** (Chicago, Illinois)

## ¿Alabanza universal?

¿Alguien ahí fuera puede ayudarme? Ya tenemos una sanidad "universal" en forma de Medicare y Medicaid, y aparentemente está dirigida por programas gubernamentales muy eficientes. Los médicos que son partidarios de la sanidad universal y participan en Medicare y Medicaid deben estar muy contentos con sus reembolsos y con el mínimo papeleo. Y los defensores deben disfrutar en serio al tener a su gobierno dirigiendo la sanidad; abogados y senadores y la Administración Obama saben lo que es mejor para los médicos... ¿verdad?

Debido al deterioro económico, mi consulta pediátrica es hasta el 70 por ciento de Medicaid, y me estoy rompiendo los cuernos... sólo por pagar más impuestos para que pueda "esparcir mi riqueza alrededor".

Sí, soy un profesional, por lo que me castigarán con más impuestos por trabajar duro. Tal vez debería reducir mi lista de pacientes y mi trabajo en el hospital. Pero en nuestra zona, escasa de

médicos, mis pacientes no tienen a dónde ir. Yo ni siquiera tengo médico. Supongo que el gobierno se ocupará de los que no puedo ver. ¿Verdad? No se preocupe, Obama lo arreglará todo, y todos seremos felices. Dónde está mi tarta... quiero comérmela.

**Wesley J. Sugai** (*Kailua Kona, Hawaii*)

### La solución Medicaid

Me permito sugerir una simple solución para nuestra crisis sanitaria: si todos los norteamericanos recibieran Medicaid, desaparecerían todas nuestras preocupaciones. Aquellos que deseen tener una mayor cobertura podrían comprar un seguro privado. Sólo hace falta que el Congreso apruebe una ley que ofrezca Medicaid a todos los norteamericanos, que esté financiada por un impuesto sobre todos los ciudadanos y que todos juntos renunciemos a Medicare.

**Heskel M. Haddad** (*New York*)

### Los ladrones se escapan

Mientras Pete Stark y sus amigos nos escudriñan a nosotros los médicos mentecatos para asegurarse de que no somos corruptos a favor de una empresa de medicamentos, AIG y Citicorp se escapan con las existencias. Me estoy refiriendo al artículo "Los rebeldes de la farmacia cada vez son más," publicado el 3 de abril de 2009 por la edición americana de MEDICAL ECONOMICS. Es degradante e insultante y se dejan escapar a los verdaderos ladrones.

Sí, hay problemas con las empresas de medicamentos, pero son triviales cuando se comparan con los problemas en la industria aseguradora con la que estos guardianes hacen la vista gorda. Y los médicos que conspiran con ellos deberían avergonzarse por valorar tan poco nuestro Juramento Hipocrático.

**R. Phillips** (*Newport News, Virginia*)

### ¿A esto lo llaman aumento?

En respuesta a "El grupo Medicare presiona para aumentar los honorarios de la asistencia Primaria" (publicado en el número del 8 de mayo de 2009 en la edición americana de MEDICAL ECONOMICS):

Si los poderes piensan que un aumento del 1,1 por ciento en los reembolsos a la Atención Primaria ayudará a que los internistas y los médicos de familia se mantengan a la cabeza de la inflación médica, al mismo tiempo que se atraerá a los estudiantes de Medicina y a los médicos en prácticas a este sector de la Medicina, lamentablemente falto de personal, están muy equivocados.

**Robert Osborne** (*Cincinnati, Ohio*)

### ¿Quién es dueño de nuestros cuerpos?

No encuentro ninguna declaración en la Constitución de los Estados Unidos que otorgue derecho al gobierno a decidir sobre la vida o muerte de sus ciudadanos, excepto por la cuestión de la pena de muerte. Mantengo que el cuerpo, la vida, pertenecen al individuo, no al gobierno. Como individuos, tenemos derecho a hacer con nuestros cuerpos lo que deseemos.

**S. Awood** (*Ann Arbor, Michigan*)

### Un hito histórico

El objetivo de reforma sanitaria que persigue el presidente Obama es, a mi juicio, encomiable y me atrevería a decir que histórico. Con independencia de que se consiga o no, dada la presión en contra que ha recibido desde estamentos de la sociedad americana, el sólo planteamiento de esta iniciativa ya supone un hito al intentar acometer esta reforma en un país en el que prima el modelo capitalista, y la iniciativa privada impregna todos los sectores de actividad, incluido el sanitario lo que, paradójicamente, crea situaciones de desprotección para un amplio sector de la

población en el país más avanzado del mundo.

**M. González** (*Madrid*)

### La salud, un derecho

Creo que en Estados Unidos la salud no es actualmente un derecho, como dice la carta de Constitución de la OMS, "sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". La realidad es que la mayoría de la población americana ha de dedicar un amplio porcentaje de su presupuesto para financiar su salud, e incluso así encuentra dificultades en un sistema de seguros privados que a su elevado coste une, en muchos casos, unas prestaciones muy restrictivas. Esperemos que el movimiento impulsado por Obama sea, al menos, un germen para propiciar el cambio y que los americanos puedan disfrutar de los estándares de asistencia sanitaria de calidad que tenemos en Europa.

**H. Aranguren** (*Bilbao*)

### La paradoja de la medicina americana

Soy médico con práctica rural. Me llama poderosamente la atención que, entre las propuestas de Obama en su reforma sanitaria destaquen, en lo referido al ejercicio del médico, hechos como que se favorezca la protección del paciente, sobre todo frente a las compañías aseguradoras, se reduzca la medicina defensiva, se utilicen medios electrónicos de registro de historias clínicas o, en definitiva, el médico promueva la medicina preventiva, con chequeos muchas veces no realizados por su elevado precio. Como dice Obama, se trata de poner la salud y la medicina en el puesto que le corresponde, y que, sorprendentemente, no tiene en un país como Estados Unidos, que parece debiera aprender de modelos como el de España.

**J. Juárez** (*Burgos*)

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 5.835

millones de euros facturó el sector de seguros de salud en 2008.

### 8

por ciento más que el año anterior.

### 10,4

millones de asegurados en total.

### 792

millones de euros de facturación en primas por seguros de enfermedad.

### 6,5

por ciento más que el año anterior.

Fuente: Estudio sectores DBK: Seguros de Salud. Datos de 2008



## PROFESIÓN MÉDICA

### Rodríguez Sendín: 'Los propios médicos deberían regular la profesión con independencia política y económica'

**E**l presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín, ha asegurado que la Ley Omnibus “debería ser una buena ley, ya que el proyecto aprobado establece más garantías para los consumidores y usuarios de la salud y la sanidad, así como para los profesionales del sector”. No obstante, mostró su preocupación por la posibilidad abierta por el texto aprobado de determinar en qué profesiones es obligatoria la colegiación para su ejercicio y en cuáles otras no. “En el caso de nosotros, los médicos”, sentenció rotundo “la colegiación es incuestionable”. Para Rodríguez Sendín, la futura Ley Ómnibus debería dejar que sean los propios médicos los que regulen su profesión de forma justa y ética, y con independencia política y económica”.



Juan José Rodríguez Sendín.

## FINANZAS

### Grifols coloca 411 millones en bonos de hasta 12 años en EEUU para financiar inversiones

**G**rifols ha comunicado a la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV) que ha cerrado su primera emisión de bonos corporativos en Estados Unidos por importe de 600 millones de dólares. El grupo catalán destaca la demanda por parte de inversores institucionales, que ha superado los 1.000 millones. Con esta operación, Grifols, uno de los líderes mundiales en la producción de hemoderivados, prevé reestructurar su deuda de corto plazo a largo plazo, al tiempo que “asegura los recursos financieros para potenciar los planes de futuro”.



## ECONOMÍA DOMÉSTICA

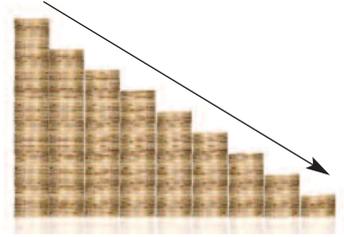
### El ahorro de las familias alcanza un máximo histórico del 24,3 por ciento de su renta disponible

**L**a tasa de ahorro de los hogares e instituciones sin ánimo de lucro se situó en el 24,3 por ciento de su renta disponible en el segundo trimestre de 2009, 10,8 puntos más que hace un año. Es el nivel más alto desde el comienzo de la serie histórica, en el año 2000. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística, entre abril y junio la renta disponible de los hogares se estima, en términos absolutos, en 190.226 millones de euros, un aumento interanual del 4,3 por ciento. Tomando como referencia los últimos cuatro trimestres, el gasto en consumo final de los hogares cayó un 8,6 por ciento en este período.

## MENOS INVERSIONES

## El capital riesgo en España vuelve a los niveles del año 2000

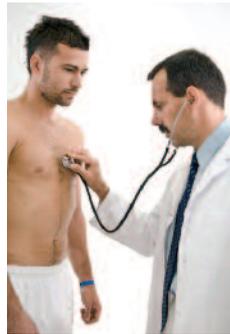
La inversión de sociedades de capital riesgo en España caerá este año hasta los 1.250 millones de euros, una cifra próxima a los 1.200 millones de euros que el sector invirtió en el país en el año 2000. Según estimaciones de la publicación especializada *Capital & Corporate* el número de operaciones realizadas será de 130 a 280 en 2008 y el total de capital invertido será un 50 por ciento inferior al del año pasado. Pero estas cifras pueden dar un vuelco si antes de que termine el año se cierra la compra por parte de la sociedad CVC y la familia española Cosmen del grupo británico de transporte National Express.



## PRESUPUESTOS DEL GOBIERNO

## El presupuesto para Sanidad aumentará sólo un 0,3 por ciento en 2010

El Ministerio de Sanidad y Política Social contará el año que viene con un total de 4.633,45 millones de euros, lo que supone un crecimiento del 0,3 por ciento (10,53 millones de euros) con respecto a 2009, según el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para 2010. En 2009, cuando ya se hablaba de "contención presupuestaria", el crecimiento del presupuesto sanitario fue del 4,3 por ciento, lo que supuso una dotación presupuestaria de 4.622,32 millones de euros, 188,50 millones de euros más que en el ejercicio anterior. En virtud del proyecto de presupuestos para 2010, el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud contará con un total de 42,92 millones de euros; las estrategias de salud, con 31,82 millones de euros; la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, con 18,81 millones de euros, y la Organización Nacional de Trasplantes, con 4,21 millones de euros.



## FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE CLÍNICAS PRIVADAS

## La subida del IVA costará a la sanidad privada un extra de 24 millones de euros, según Fernando Mesa del Castillo

El presidente de la Federación Española de Clínicas Privadas, Fernando Mesa del Castillo, en declaraciones a Sanifax, ha asegurado que "hemos estado intentando cuantificar aproximadamente el coste de la subida del IVA para el próximo año. Y hemos calculado que está alrededor de los 24 millones de euros, lo que supone un gasto muy importante: nuestro sector está sobreesforzado". Asimismo, añadió que "hemos tenido una disminución del número de enfermos privados, que no ha ido a la par con una mejora de la calidad y la asistencia que hemos venido manteniendo en los últimos años. Además el recambio de tecnología es continuo y constante, lo que nos obliga a una fuerte inversión".



Fernando Mesa del Castillo.

## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

## Medical Economics

### ¿Cree que está bien atendida la depresión desde Primaria?



La mayor parte de nuestros lectores creen que el médico de Primaria es vital para una detección precoz **33** por ciento, mientras que un **28** por ciento considera que está bien atendida, pero que existen muchas dificultades. Para un **24** por ciento se necesita más formación, y un **15** por ciento asegura que es necesaria más colaboración con los especialistas.

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



Dra. Mª Dolores Vega Otero\*

## La innovación en Atención Primaria

**C**ontamos con un sistema sanitario de calidad y bien valorado por los ciudadanos, con unos buenos resultados en salud y calidad de vida. Sin duda, nuestros servicios sanitarios, en especial la Atención Primaria, han tenido avances muy significativos aunque también han generado problemas de fragmentación de la atención sanitaria y un grado de medicalización excesivo que pone en riesgo la seguridad de los pacientes y la sostenibilidad del sistema.

Estamos inmersos en una sociedad que evoluciona muy rápidamente; el envejecimiento y los movimientos de población, el crecimiento demográfico, el aumento constante de la demanda, la rápida y continuada innovación tecnológica y farmacológica, la necesidad de articular incentivos para los profesionales, la necesidad de formación continuada y una necesidad creciente de recursos económicos suficientes: son algunos de los factores más relevantes que nos conducen a la necesidad de innovar y renovar nuestro sistema sanitario con una nueva visión que debe ser una de las prioridades de los directivos.

La Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria integra directivos de todas las comunidades autónomas y este año celebra en Barcelona durante los días 28, 29 y 30 de octubre su XII Congreso bajo el título: "La Atención Primaria de futuro: innovación y cambios necesarios". En este sentido, pensamos que es fundamental el desarrollo de este tipo de foros para compartir ideas, experiencias y puntos de vista. Los comités organizador y científico ha preparado un programa que recoge aspectos que consideramos clave para la innovación en Atención Primaria.

La conferencia inaugural del Congreso titulada "Cambios necesarios y cambios posibles para la mejora de la sanidad. La

perspectiva de la economía de la salud", correrá a cargo del profesor Guillem López Casanovas, catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra.

Conoceremos el punto de vista de los profesionales, tanto desde la visión de liderazgo clínico, como de incentivar, percepción y clima emocional.

Asimismo, uno de los temas que se tratarán es la autonomía de gestión, comparando diversas experiencias, tanto nacionales como internacionales, así como la necesidad de la gestión de la demanda y su ajuste a la oferta.

La incorporación de las nuevas tecnologías y sistemas de información como oportunidades, la aparición de la telemedicina como herramienta habitual en nuestro trabajo y cómo hacer posible que la información pueda ser compartida entre todos los profesionales al servicio del paciente son cuestiones que también trataremos en otra mesa.

Hablaremos también del reto de la Atención Integrada, la Integración de la Atención a la Dependencia y la Integración de la Atención del Paciente Crónico. Asimismo, abordaremos la gestión integrada y aspectos relacionados con los sistemas de información dirigidos a su manejo y gestión.

Para la clausura contaremos con el profesor Arturo Merayo Pérez, consultor en Comunicación, Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación de la Universidad Católica de Murcia, que hablará de "Comunicación y liderazgo emocional".

Por último, quiero agradecer la colaboración de las entidades que nos han apoyado. Estamos seguros que este XII Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria contará con una amplia participación y cumplirá las expectativas de todos. ■

\*Presidenta del Comité Organizador del XII Congreso SEDAP.



**DKV**

## DKV también cuida de mí

Los proveedores sanitarios de DKV Seguros destacan el compromiso adquirido con ellos y la satisfacción de trabajar con la compañía líder en seguros de salud. Por eso ya son 36.884 profesionales médicos y 295 centros sanitarios los que confían en DKV.

GRACIAS A TODOS

**902 499 350**  
[www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com)

*¡Vive la Salud!*

# Gestión Profesional

## Información al paciente: cuestión de psicología



José María Martínez García\*

» El mejor instrumento para saber qué pasa con la persona es su cuerpo. El estado de su cuerpo proporciona una información segura del estado general.

» Los sentimientos tienen una frecuencia corta, lenta y profunda. La percepción auditiva es más rápida y movable, la visual es de alta frecuencia, rápida y cambiante.

Aunque parezca más un consejo de psicólogo, la verdad es que la utilización de la información sobre los perfiles característicos de grupos de pacientes que hemos visto en los anteriores números de esta revista se basan en dos vertientes principales: conocernos a nosotros mismos, con el fin de optimizar nuestro estilo y minimizar nuestros puntos débiles y reconocer a los demás, para poder relacionarnos de manera efectiva con ellos; no hay mejor manera (segura y objetiva) de conocer los estilos de los demás, que observarlos.

Entre las reglas prácticas de transmisión de información al paciente destacan: mirar a los ojos cuando hable con el paciente, hablar con naturalidad y en un lenguaje que pueda ser comprendido de forma sencilla, utilizar el lenguaje corporal, no mostrar desinterés por lo que está transmitiendo, comprometerse, cambiar el contexto de su idea, o su contenido, y utilizar ayudas visuales tales como folletos.

Por otro lado, una actividad clave de comunicación con el cliente es hacerle preguntas. Cualquiera es mejor que ninguna. Mire a los ojos cuando hable con el paciente, observe lo que hace, cuando se dirija al paciente, sepa de antemano qué es lo que desea saber, escuche con paciencia lo que intenta comunicarle, si necesita hacer más de una pregunta, hágalo de una en una y asegúrese de que ha quedado clara antes de pasar a la siguiente, escuche atentamente lo que el paciente realmente comunica, no lo que usted quiere oír, no pregunte y conteste a la vez, intentando obtener la afirmación compartida con el paciente, no haga signos de aprobación, o desaprobación hacia lo que el paciente le está comunicando, intente mantener un tono neutral, demuéstrele con su atención que lo que el paciente le dice, de verdad le interesa y si es necesario, tome notas.

El mejor instrumento para saber qué pasa con la persona es su cuerpo. El estado de su

cuerpo proporciona una información segura del estado general. Esta información es de mucha utilidad si deseamos conocer cómo satisfacer las necesidades del paciente.

En ausencia de un conocimiento profundo de los significados de los distintos movimientos del paciente, usted simplemente tendrá que estar atento cuando se produzca un cambio brusco en el paciente.

Existen infinitas de señales que ayudan a identificar qué tipo de percepción tiene el paciente. Para hacerlo simple, digamos que la percepción del cuerpo puede ser visual, auditiva y cinestésica (imágenes, sonidos y sentimientos, respectivamente). Aunque, generalmente, se produce una combinación de todas.

Los sentimientos tienen una frecuencia corta, lenta y profunda. La percepción auditiva es más rápida y movable, la visual es de alta frecuencia, rápida y cambiante.

Una persona respira poco profundamente y alto cuando recibe información visual. Respira profundo y despacio, cuando recibe información cinestésica y algo en el medio si recibe información auditiva.

Cuando recibe una información visual, la persona tiende a mirar hacia arriba, estirar su cuerpo y hacer gestos en el espacio. Cuando recibe información auditiva, la persona tiende a mirar al lado, y a cruzar los brazos. Cuando recibe información relacionada con los sentimientos, tiende a mirar abajo y a dejarse caer hacia delante.

La persona habla más rápido y agudo cuando recibe una información visual que cuando recibe información auditiva. Cuando recibe información sobre sus sentimientos, tiende a hablar bajo, despacio y en un tono de voz grave.

No es necesario ser un experto en lenguaje corporal para identificar que se producen cambios y reacciones, y que se puede identificar si el paciente está contento y feliz o no; eso será suficiente. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## Medical Economics, Sedisa y Bayer firman un acuerdo de colaboración

El objetivo es dar a conocer a los directivos de la salud tanto iniciativas de interés en el sector, como perfiles profesionales y humanos de directivos representativos del mismo, a través de la nueva sección "Aula de Gestión Sanitaria".

**M**edical Economics, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa) y Bayer Schering HealthCare han firmado un convenio de colaboración para desarrollar una nueva sección que dé a conocer a los directivos de la salud tanto iniciativas de interés que se lleven a cabo en el sector, como perfiles profesionales y hu-

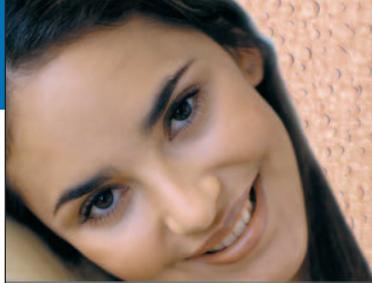


De izda. a dcha., Abraham Herrera, jefe de RRII de Bayer Schering Healthcare; Manuel García Abad, editor de Medical Economics, y Joaquín Estévez, presidente de Sedisa.

manos de directivos representativos del mismo. La nueva sección que comenzará a publicarse el próximo mes de enero, llevará por título "Aula de Gestión Sanitaria" y nace con el ánimo de constituir un foro divulgativo referencial para los directivos sanitarios de nuestro país.

La Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa) se creó en el año 2004, como sociedad científica de profesionales de la dirección de centros, organizaciones, instituciones o empresas del sector salud para promover la calidad y la excelencia en el desarrollo de nuestra labor diaria. Sedisa procede de la fusión de dos sociedades: Directivos de Hospitales y Administradores de Hospitales, con más de 40 años de existencia, y que fueron el germen del gerencialismo hospitalario en España.

Sedisa nació con un concepto de dirección más amplio que el marco estricto del hospital, con la vocación de asociar al mayor número posible de directivos y con la estrategia del profesionalismo, de la formación continuada y de la defensa de la carrera profesional de los directivos sanitarios. ■



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

# cristalmina

ANTISÉPTICO CON  
GLUCONATO DE  
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico  
transparente, eficaz,  
seguro y rápido

#### PROSPECTO DE CRISTALMINA

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

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

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

# Gestión de Calidad: Enfermería

## Responsabilidad en las instrucciones previas



Charo Vaquero Ruipérez\*

**E**l respeto a la libertad y a la autonomía de la persona adquiere su máxima expresión cuando el paciente puede decidir si quiere o no recibir asistencia sanitaria una vez haya recibido la información adecuada.

Se utiliza el consentimiento informado cuando el paciente es capaz de tomar decisiones y verbalizarlas y el documento de Instrucciones Previas cuando el paciente desea manifestar anticipadamente su voluntad para cuando sea incapaz de hacerlo. Las instrucciones previas se definen expresamente en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, como “el documento por el que una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor con el médico para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas”. Igualmente, se prevé que sean revocables en cualquier momento dejando constancia por escrito.

Los profesionales de enfermería deben respetar las decisiones de los pacientes cuando estos no pueden decidir por sí mismos. Una persona enferma en fase terminal puede sentirse angustiada, agredida, cuando se le aplican actuaciones inútiles para prolongarle la vida, situaciones que le producen más dolor que alivio. Estas situaciones son las que los profesionales sanitarios deberían de evitar y puesto que estamos hablando de enfermería, debería hacerse maximizando los cuidados y minimizando las terapias. El Documento de

Instrucciones Previas debe considerarse como algo positivo, es un derecho que tienen los ciudadanos a expresar sus deseos sobre la asistencia que quieren recibir, facilitan a los profesionales algunas decisiones difíciles de tomar y es una forma de favorecer la autonomía del paciente y mejorar la comunicación y participación de los pacientes en sus procesos asistenciales.

Corresponde al médico encargado directamente de prestar la asistencia al paciente cumplir las instrucciones previas, sin perjuicio de la posible intervención de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales.

En la Comunidad de Madrid se aprobó la Ley 3/2005, de 23 de mayo, para regular el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se ha creado el registro correspondiente. En esta ley se especifican actuaciones en determinadas situaciones como por ejemplo, en el supuesto de situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida. Las instrucciones previas podrán incorporar declaraciones para que se evite el sufrimiento con medidas paliativas y para que no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios. También, en previsión de alguna enfermedad y/o situación que produzca incapacidad y en las situaciones *post mortem*, pueden especificar sus deseos en cuanto a donar su cuerpo u órganos para fines terapéuticos, docentes o de investigación.

Por otra parte, esta ley reconoce la posibilidad de la objeción de conciencia por parte del profesional sanitario a quien corresponda aplicar las instrucciones previas. En estos supuestos, la Administración recurrirá a otros profesionales que garanticen su cumplimiento.

Es fundamental que todos los profesionales sanitarios se formen, asesoren y actúen según establece la legislación sobre esta materia para que de forma sistemática consulten los registros de los documentos de instrucciones previas y actúen en consecuencia. ■

» Los profesionales de enfermería deben respetar las decisiones de los pacientes cuando estos no pueden decidir por sí mismos.

» La ley reconoce la posibilidad de la objeción de conciencia por parte del profesional sanitario a quien corresponde aplicar las instrucciones previas.

\*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.  
Para contactar: mvaquero.hrc@salud.madrid.org

Responsabilidad Social Corporativa

## Sanitas logra la 14.001 para todos sus centros

**S**anitas Hospitales ha obtenido la certificación ISO 14001 de Gestión Ambiental para todos sus centros propios, situados en Madrid, Barcelona, Bilbao, Valencia, Murcia, Córdoba, Sevilla y Palma de Mallorca. Entre los objetivos alcanzados en materia medioambiental destacan la reducción en un 5 por ciento de la producción de residuos de radiodiagnóstico, la disminución de otro 5 por ciento del consumo de papel y la puesta en marcha de un programa de consumo energético eficiente que incluye la instalación de paneles solares, interruptores de la luz táctiles y la utilización de luces de bajo consumo. La compañía se ha propuesto además alcanzar a finales de 2010 los siguientes objetivos medioambientales: disminuir en un 10 por ciento la producción de residuos de radiodiagnóstico y la producción de residuos biosanitarios especiales, y reducir un 5 por ciento las emisiones de CO<sub>2</sub>, el consumo de papel y el consumo de materiales plásticos utilizados en el servicio de radiodiagnóstico. ■

Encuesta 'Top Employers 2009'

## Merck Serono, entre las mejores empresas biotecnológicas para trabajar

**M**erck Serono, la división biotecnológica de la compañía químico farmacéutica alemana Merck, ha sido designada por la revista *Science* como una de las mejores compañías del sector para trabajar. De este modo, la compañía ocupa el sexto lugar en la encuesta *Top Employers 2009* elaborada por la revista, en la que se analizaron un total de 575 empresas biotecnológicas y farmacéuticas, destacando aspectos como la imagen corporativa, el liderazgo y la dirección, o la cultura del trabajo y el entorno, entre otros.

En el caso de Merck Serono, la compañía obtuvo un "especial reconocimiento por tener empleados leales, ser socialmente responsable y realizar investigaciones de calidad", según subrayó el vicepresidente Ejecutivo de Investigación y Desarrollo de Merck Serono, Bernhard Kirschbaum. ■



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

**dertrase**<sup>®</sup>  
POMADA

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



Acción desbridante con efecto  
antiséptico de amplio espectro

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

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

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

# Capital Riesgo

## Tipos de innovación sanitaria (I)



Luis G. Pareras\*

**L**as ideas innovadoras en el sector sanitario pueden clasificarse en tres tipos. Cada uno de estos tipos de innovación obligará a un distinto camino hacia el éxito y necesitará por tanto una distinta estrategia. Es frecuente que en muchas ocasiones nuestra idea admita ser clasificada bajo más de una categoría. A pesar de ello, el innovador/emprendedor deberá de hacer un esfuerzo por identificar cuál es el tipo fundamental de innovación en el que compite su idea, uno y sólo uno, porque cada uno de ellos interactúa de manera diferente con la cadena de valor sanitaria y nos permite establecer el marco de referencia para entender cómo enfocar la idea y analizar si es además de una buena idea, una oportunidad.

**Innovación centrada en el consumidor.** Este tipo de innovación se dirige directamente al ciudadano y trata de cambiar la experiencia de los usuarios de la sanidad desarrollando nuevas formas de relación con el sistema, bien sea mejorando la calidad de la atención recibida y/o reduciendo los costes del servicio. En la sanidad del futuro, donde el paciente es el centro de todo, los grandes protagonistas, los ciudadanos quieren estar al mando de su salud. Esta es una tendencia que afecta probablemente a todos los sectores de la economía, pero el “empowerment” al que hacemos referencia es especialmente intenso en sanidad, donde la prestación de servicios está tan frecuentemente fragmentada, provista por distintas especialidades y distintos centros, que dejan en manos del consumidor la responsabilidad de integrar su propia salud.

Un buen ejemplo de este tipo de innovación podría ser un dispositivo portátil que midiera los niveles de glucemia de los pacientes diabéticos y mejorara su monitorización durante todo el día. Dado que la diabetes es una enfermedad que necesita monitorización frecuente y cuidados perso-

nales por parte del propio paciente, al proveer una monitorización más activa, los sistemas de salud y los emprendedores esperan que al involucrar al paciente en este nuevo tipo de relación, mejorarán sus resultados y disminuirán los costes de la sanidad (por ejemplo, al tener menos complicaciones asociadas a su patología de base que motiven por tanto menos ingresos en centros hospitalarios).

Los pacientes con patologías crónicas tienen una especial necesidad de este tipo de innovaciones, dado que hoy por hoy con frecuencia deben integrar los distintos proveedores que necesitan distintos especialistas, distintos centros, distintos fármacos, distintos dispositivos médicos, etc., para coordinar las atenciones que reciben. Nadie coordina estas atenciones por ellos. Dado que suelen ser pacientes de edad avanzada y es una tarea compleja y difícil, habitualmente se producen errores que disminuyen la calidad de la atención recibida.

Las innovaciones de este tipo pueden estar orientadas también por ejemplo a reducir el tiempo que los pacientes emplean al ir de un centro sanitario a otro, ofreciéndoles hospitales “verticales”. Estos nuevos centros permiten tratar de manera integral al paciente, ofreciéndole comodidad y rapidez, sin necesidad de obligarle a desplazarse a distintos lugares. Estos centros son conscientes de la perspectiva que ve el paciente, y diseñan sus procesos, sus circuitos, para hacerle la vida más fácil.

Las iniciativas innovadoras que tratan de disminuir al máximo o de eliminar la percepción de espera que tiene el usuario, también representan innovaciones centradas en el consumidor. Por ejemplo, en los últimos años han surgido cadenas de centros de atención inmediata (“walk-in centers”), que poco a poco van ganando la confianza de los pacientes en países de todo el mundo. ■

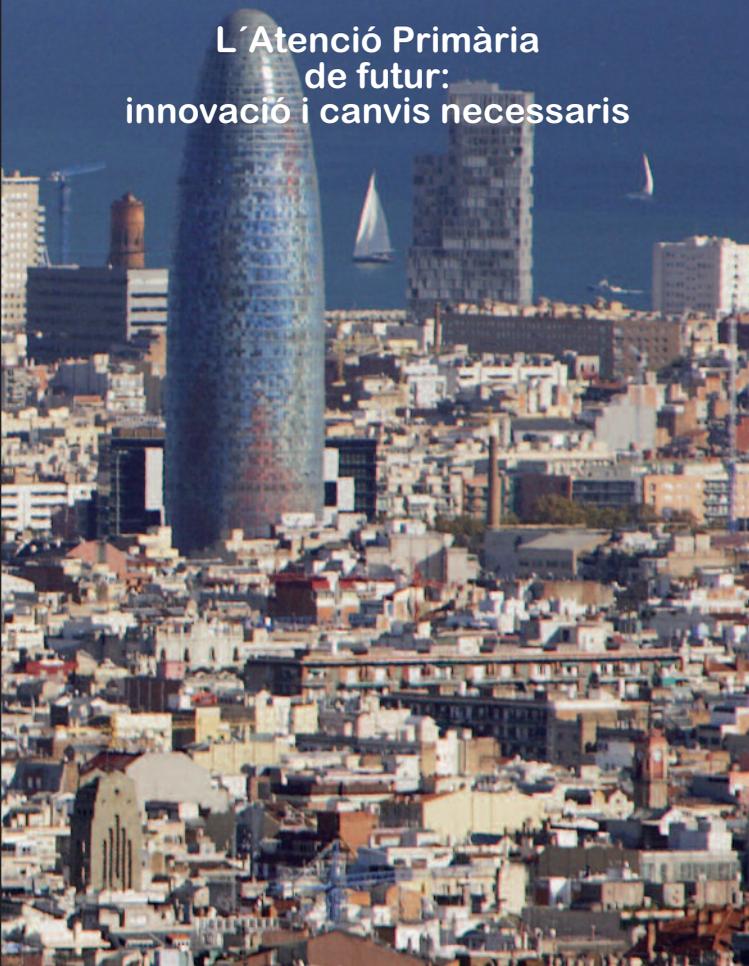
» Las iniciativas innovadoras que tratan de disminuir al máximo o de eliminar la percepción de espera que tiene el usuario, también representan innovaciones centradas en el consumidor.

» El innovador/emprendedor deberá de hacer un esfuerzo por identificar cual es el tipo fundamental de innovación en el que compite su idea.

(\*) 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 Atención Primaria  
de futuro:  
innovación y cambios necesarios

L'Atenció Primària  
de futur:  
innovació i canvis necessaris



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

SKIN  
FOAM

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



Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo  
del paciente

## XII CONGRESO SEDAP

Sociedad Española de Directivos  
de Atención Primaria

28-30 de octubre de 2009

Auditorio y Centro de Convenciones AXA

**BARCELONA**



Secretaría Técnica

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

Antonio López, 249-1° • 28041 Madrid  
Tel 91 792 13 65 / 91 792 20 32 • Fax 91 500 20 75  
E-mail: sedap1@drugfarmacongresos.com  
sedap2@drugfarmacongresos.com  
[www.sedap.es](http://www.sedap.es)

Info **S**alvat

900 80 50 80

[infosalvat@salvatbiotech.com](mailto:infosalvat@salvatbiotech.com)

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

# Tribunales

## La demanda contra el ICS no prosperó



Miguel Fernández de Sevilla\*

### Tribuna Supremo

Sala de lo Civil

Sentencia del 4 de febrero de 2009

### Hechos

Don J. L. de 63 años de edad había sido diagnosticado de EPOC, ya que hacía tiempo que sufría crónicas e importantes insuficiencias respiratorias. En noviembre de 1995 ingresó en el Hospital de Bellvitge para ser valorado y ver la posibilidad de aplicarle ventilación mecánica no invasiva que, según la *lex artis* de aquel momento, era el último escalón terapéutico que se podía ofrecer a estos enfermos. Éste había resistido muy bien el tratamiento instaurado en el hospital de Barcelona hasta que se le produjo una parada cardio-respiratoria que le provocó una encefalopatía post anóxica, determinante de su fallecimiento unos días después. La familia del enfermo achacó su muerte a una negligencia médica y demandaron a la enfermera y al Instituto Catalán de Salud.

### Fallo

La Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona desestimó íntegramente la demanda al no advertir negligencia alguna en la actuación profesional de la enfermera, basándose en los informes periciales que se aportaron al juicio, todos los cuales sin excepción confirmaron la actuación diligente de la enfermera, a la que se le imputaba el no tener conectado permanentemente al oxímetro al enfermo. Si no se apreció responsabilidad en la enfermera, tampoco del Instituto Catalán de Salud, ya que además puso a disposición del paciente todos los medios técnicos suficientes para su debida atención.

Al haber una falta evidente de prueba y no detectarse nexo causal entre el daño y la normal actividad del servicio sanitario, el Tribunal Supremo confirmó la sentencia de la Au-

diencia, inadmitiendo la casación y absolviendo a los demandados.

### ANÁLISIS: La responsabilidad del profesional y la del centro

El recurso de casación se articuló en cuatro motivos. En los tres primeros se pretendía declarar la responsabilidad del Instituto Catalán de Salud, denunciándose en el primero de ellos la infracción del artículo 1.903 punto 4 del Código Civil, al entender la parte actora que el hecho dañoso se produjo por acción u omisión negligente de la enfermera y, siendo ésta personal del Instituto, le hace responsable. Ya hemos señalado en otras ocasiones que la prestación deficiente de un servicio médico a un paciente determinado puede responsabilizar tanto a los profesionales que le trataron como al establecimiento que lo proporciona, pudiendo el perjudicado dirigir sus acciones de forma directa contra cualquiera de los causantes, incluido el centro sanitario.

El segundo motivo estuvo basado en la Ley de Consumidores y Usuarios, que atribuye una responsabilidad objetiva al centro sanitario que, al poner éste a disposición del paciente todos los medios que tenía a su alcance la institución sanitaria y ser la medicina ciencia de medios, no de resultados, el resultado del fallecimiento no se le puede imputar, y más cuando la enfermera actuó correctamente. El tercer motivo aducido por la demandante se centró en el derecho del enfermo a no ser privado del derecho constitucional de obtener la más completa asistencia sanitaria, como expresión del agotamiento de las posibilidades de supervivencia ante la enfermedad que padecía. Motivo también desestimado. En cuarto lugar se invocó en la demanda al daño desproporcionado, lo que tampoco prosperó, al ser la muerte una complicación de las existentes dentro de la gravísima patología que presentaba el paciente, por lo que igualmente fue desestimado. ■

» La Sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona desestimó íntegramente la demanda al no advertir negligencia alguna en la actuación profesional de la enfermera.

» El recurso de casación se articuló en cuatro motivos. En los tres primeros se pretendía declarar la responsabilidad del Instituto Catalán de Salud.

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

Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net



INSTITUTO DE FORMACIÓN  
Y DESARROLLO PROFESIONAL

**idepro**

## Excelencia en la formación continuada de los profesionales sanitarios

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

### Consejo Directivo

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

### Consultores

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

### Secretaría Técnica

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

### Información y Contacto

Tfno.: 91 500 20 77

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



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

**SureSkin<sup>®</sup> 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](mailto:infosalvat@salvatbiotech.com)

  
**SALVAT**  
*innovación y calidad*

# Economía de la Salud

## en el Área Respiratoria (XVII)

### Evaluación económica del asma



Antonio Fernandez-Bolaños\*

**E**l asma es una enfermedad respiratoria crónica, cuya definición es un tema aún no resuelto en su totalidad. En el momento actual la más aceptada es la formulada por el documento de consenso *Global Strategy for Asthma Management and Prevention* (GINA) y su adaptación española GEMA. De acuerdo con ambos documentos, la descripción de asma correspondería a una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, que cursa con hiperreactividad bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

Podemos afirmar que estamos ante una de las patologías crónicas que constituye un importante problema de salud pública, debido a su elevada prevalencia y las preocupantes cifras de morbi-mortalidad. Se estima que esta enfermedad afecta hoy día a unos 300 millones de personas en el mundo. En España se calcula que su prevalencia media está entre un 4,9 por ciento y un 2,4 por ciento, dependiendo de si el diagnóstico se basa únicamente en la presencia de síntomas indicativos o si además existe confirmación de hiperreactividad bronquial, aunque existe una importante variabilidad geográfica (se han descrito prevalencias de hasta el 14,6 por ciento en algunas zonas). En cualquier caso, estas cifras han ido en aumento en los años más recientes, al igual que ha sucedido en Europa Occidental, donde la prevalencia se ha duplicado en los últimos 10 años.

Contrariamente a lo que sucede con la prevalencia, la mortalidad ocasionada por la enfermedad se ha reducido significativamente en los últimos años, pasando la tasa de mortalidad en España por 100.000 habitantes de 9,36 en 1960 a 2,22 en 2005; en todo caso, cabe mencionar que esta reducción ha sido bastante mayor para los varones que para las mujeres. A partir de los datos del INE, esta tasa de mortalidad se había reduci-

do hasta el 1,82 en 2007, siendo de 0,68 en el caso de los varones y de 2,93 para las mujeres; estos datos no son muy relevantes en relación con otras patologías, si bien algunos estudios plantean la posibilidad de que en población mayor de 34 años sea más probable la atribución de defunciones por asma a otras enfermedades respiratorias, como, por ejemplo, la EPOC, por lo que la mortalidad por asma puede estar infravalorada.

Este incremento de la prevalencia, junto con el aumento de la esperanza de vida de la población y la aparición de nuevas posibilidades terapéuticas hace prever un aumento del impacto económico de esta enfermedad. En este sentido, se estima que el gasto sanitario ocasionado por su asistencia y tratamiento en los países industrializados oscila entre el 1 y el 2 por ciento del gasto sanitario total.

A la hora de estimar el coste del asma, deben incorporarse diferentes tipos de costes: los costes directos, causados por los recursos consumidos en diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; los costes indirectos, relacionados por los recursos perdidos debido a la enfermedad (por bajas, jubilaciones anticipadas o muertes prematuras); y los costes intangibles, derivados de la pérdida de calidad de vida del paciente asmático. A partir de datos de la OMS se estima que, anualmente, se pierden 15 millones de años de vida ajustados por incapacidad debido al asma. Los costes indirectos son considerables ya que el asma es, tras la EPOC, la enfermedad respiratoria que provoca mayor número de días de absentismo laboral en España.

Se han realizado diversos análisis para intentar estimar el coste económico del asma en España; uno de los más recientes es el estudio AsmaCost, en el que participan 627 pacientes de toda España, pertenecientes a las cuatro categorías de gravedad en la enfermedad. El coste por paciente asmático asciende a 1.726 euros, de los cuales, los gastos no sanitarios suponen un 11,2 por ciento. Para el Sistema Nacional de Salud, el coste

» Estamos ante una de las patologías crónicas que constituye un importante problema de salud pública, debido a su elevada prevalencia y las preocupantes cifras de morbi-mortalidad.

» Los costes indirectos son considerables ya que el asma es, tras la EPOC, la enfermedad respiratoria que provoca mayor número de días de absentismo laboral en España.

por paciente es de 1.533 euros. Por otra parte, los costes son mayores para los individuos mayores de 65 años y cuanto mayor gravedad reviste la enfermedad. En definitiva, se estima que el coste anual del asma en España es de 1.480 millones de euros o de 3.022 millones de euros, considerando el diagnóstico por hiperreactividad bronquial o sólo sintomático, respectivamente.

En relación con otros estudios anteriores, se comprueba que los costes no directos han reducido de forma significativa su participación en el total, probablemente debido a un mejor control de la enfermedad, que posibilita que las crisis asmáticas graves y las bajas laborales que conllevan se hayan reducido en los últimos años. Esto no debe hacer olvidar que la mayor parte de los costes (en torno al 70 por ciento) siguen ligados al tratamiento de las crisis asmáticas, mucho más onerosas que el control habitual de la enfermedad, pues implican la totalidad de los costes indirectos y buena parte de los costes directos

(provocados por estancias hospitalarias). Es conveniente, pues, seguir con la mejora del control de la enfermedad en los pacientes afectados.

Por otra parte, según el estudio COAX, el coste medio de una crisis asmática atendida en Atención Primaria fue de 166,7 euros, el 80 por ciento de costes directos y el 20 por ciento restante de indirectos, mientras que el coste medio de una crisis asmática en el ámbito hospitalario fue de 1.555,7 euros, de los cuales el 93,8 por ciento se deben a costes directos y el resto a costes indirectos. Como puede comprobarse, buena parte del coste se puede atribuir a un mal control de la enfermedad, de manera que la minimización del coste en relación con esta enfermedad debería contemplar una mayor utilización de medicación preventiva adecuada a cada paciente (básicamente por medio de esteroides inhalados y dos de larga duración), una buena educación de los pacientes y el seguimiento de las guías de buena práctica clínica. ■

Sección patrocinada por:



### Para saber más:

Serra J. *Analizando la economía, algo está cambiando en el asma.* Arch bronconeumol. 2009; 45 (10): 475-477.

Martínez-Moragón E., et al (grupo de investigadores del estudio AsmaCost). *Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost).* Arch bronconeumol. 2009; 45 (10): 481-486.

GEMA. *Guía española para el manejo del asma.* 2009. Disponible en GINA. Global strategy for asthma management and prevention. 2008.

Molina J, et al (grupo de estudio COAX). *Coste y manejo de las crisis asmáticas atendidas en Atención Primaria.* Atención Primaria. 2005; 36 (1): 6-13.

Borderías L, et al (estudio COAX en servicios hospitalarios). *Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio.* Arch bronconeumol. 2005; 41 (6): 313-321.

Sánchez-Bahillo M, et al *Evolución de la mortalidad por asma en España, 1960-2005.* Arch bronconeumol. 2009; 45 (3): 123-128.

Fueyo A, et al (ESCASE group). *Asthma control in Spain. Do season and treatment pattern matter? The ESCASE study.* Respiratory medicine. 2007; 101, 919-924.





# PREMIO CARLOS IV de Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública



## ACTO DE ENTREGA

Real Academia Nacional de Medicina  
C/ Arrieta, 12 • Madrid, 18 de noviembre de 2009



Real Academia Nacional  
de Medicina

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

# Jornada

## Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis



Acto organizado por:

  
Medical Economics

Con la colaboración de:



# Cómo garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

*Expertos en gestión sanitaria y altos cargos de las administraciones sanitarias autonómicas exponen las medidas tomadas y las reformas necesarias para garantizar la sostenibilidad del sistema.*

## **IV Reformas que hay que hacer en el sistema sanitario**

El margen de maniobra disponible para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud queda reducido a la aplicación de medidas orientadas a la racionalización del gasto.

## **VI La salud es esencial para el desarrollo**

En la medición y comparación del desarrollo humano en los diferentes países del mundo, Naciones Unidas selecciona tres aspectos básicos: salud, educación y bienestar material.

## **VIII La competición entre comunidades no mejora la situación**

Los pilares de la autonomía y descentralización de la gestión en la AVS son la gerencia única y la financiación caritativa. Se valora al profesional por lo que hace, no por lo que es.

## **IX La crisis generará grandes tensiones sobre el gasto**

La crisis económica mundial que estamos atravesando va a generar importantes tensiones sobre el gasto público en los próximos años.

## **X La evaluación de resultados, clave en la gestión sanitaria**

La clave de la gestión sanitaria está en la corresponsabilización, la implicación, la participación y la evaluación de los resultados de toda la organización.

## **XI Cómo mejorar la eficiencia en el gasto farmacéutico**

La mejora de la eficiencia puede requerir de la realización de estudios de efectividad o farmacoeconómicos de unas alternativas frente a otras.

## **XII Más autonomía de gestión para los profesionales**

Es necesario modernizar algunos aspectos e introducir nuevos mecanismos de gestión adecuados al entorno sanitario.

## **XIII Una cartera de servicios común y homogénea para todo el Estado**

La cartera de servicios común debe garantizar la equidad de los usuarios y debe evitar la oferta asistencial adicional entre las comunidades autónomas.

## **XIV La colaboración público-privada en busca del ahorro y la eficiencia**

La situación actual nos obliga a renovar nuestros esfuerzos para consolidar la sostenibilidad de nuestro sistema.

---

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

---

# Retos para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud

La crisis económica achucha los bolsillos y empuja a cada cual a ingeniárselas para superarla o, al menos, para soportarla mejor. Es lo que pretenden las administraciones y los gestores de la sanidad pública, agobiados por el encarecimiento del gasto sanitario y condicionados por una financiación que a todas luces se presenta insuficiente. Además, han de mantener los servicios que prestan sin menoscabar la calidad de los mismos.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se juega en ello sus sostenibilidad y equidad. De ahí que, ante la actual coyuntura y con miras en el largo plazo, el dilema parece claro: ¿cómo reducir gastos y, al mismo tiempo, optar por la eficiencia? Los expertos proponen medidas que los políticos no pueden o no se atreven a adoptar, como el copago.

Otras veces las propuestas cada uno las entiende a su manera o conveniencia.

Pero todos convienen en que el SNS precisa reformas para encarar con éxito los retos del futuro.

La jornada *Desafíos de gestión sanitaria en época de crisis*, organizada en Madrid por MEDICAL ECONOMICS el pasado 22 de septiembre, con la colaboración de Merck, trató de dar respuesta a esa disyuntiva. Dicho acto fue inaugurado por Manuel García Abad, editor de esta revista; Álvaro Hidalgo Vega, director del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha, y Ana Céspedes Montoya, directora corporativa de Merck, quien hizo referencia a la situación económica mundial, y concretamente a la situación que se está empezando a dar en España. "Ahora estamos empezando a ver brotes verdes en la economía a nivel mundial, pero en España todavía no salimos a flote de la crisis que estamos atravesando. Todos tenemos que luchar por salir adelante, y por ello, intentamos poner en marcha planes de optimización de recursos.

Concretamente, nosotros en Merck tenemos como reto mantener el empleo, y mantener nuestros tres centros de producción, a la par que tenemos el compromiso de hacer llegar las innovaciones terapéuticas a los pacientes, con productos innovadores y de la más alta calidad. Y añadió: "El reto de todos, sin duda, es mantener la sostenibilidad de nuestro sistema de salud". Por su parte, Carmen Navarro Fernández-Rodríguez, directora general de Gestión Económica y Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, clausuró la jornada.



**Leopoldo Gonzalo González**  
Catedrático de Hacienda Pública  
de la UNED.

## Reformas necesarias para la sostenibilidad del SNS

*“El margen de maniobra disponible para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud queda reducido a la aplicación de medidas orientadas a la racionalización del gasto, a la moderación de la demanda de los servicios y a la mejora del sistema de financiación”.*

**L**a amenaza para la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) deriva de los rasgos propios de una sociedad postindustrial: nuevos hábitos alimentarios que explican la mayor incidencia de ciertas patologías (obesidad, diabetes, hipertensión arterial, etc.); régimen de vida propenso a la generalización de psicopatologías típicas; mayor siniestralidad laboral y común, etcétera. A lo que hay que añadir dos hechos de la mayor trascendencia: el acelerado envejecimiento demográfico y el aumento poblacional operado durante los últimos años como consecuencia de la fuerte inmigración. Todo lo cual contribuye a explicar la progresiva expansión del gasto sanitario, que se ha más que duplicado durante la última década, representando actualmente por encima del 7 por ciento del PIB.

“Una población vieja, cada vez más vieja”. Así caracteriza el profesor Rafael Puyol al modelo demográfico español. En efecto, a principios de siglo pasado la esperanza media de vida al nacer era en España de 35 años. Hoy es superior a los 80 años. El 80 por ciento de los hombres y el 90 por ciento de las mujeres llegan a superar los 65 años de edad, alcanzando en 2007 la población que superaba este límite los 7,5 millones de personas, esto es, el 17 por ciento de la población total española. Para el año 2050 se calcula que los mayores de 65 años alcanzarán los 16 millones, lo que representará cerca de un tercio de la población. La que ya viene llamándose “cuarta edad”, es decir, la que supone rebasar los 80

años, aumenta también significativamente. En Castilla y León supone el 7,2 por ciento de los efectivos demográficos; en Asturias, el 6,7 por ciento; y en Aragón y Galicia, el 6 por ciento.

Tal situación —que constituye en sí misma un auténtico logro social derivado de la mejora en el nivel de vida, del progreso de la medicina y de la propia generalización y calidad de la asistencia sanitaria—, va acompañada de otro fenómeno de signo negativo, cual es la drástica caída del índice de fecundidad (actualmente de 1,3 hijos por mujer en edad fértil, el más bajo de la UE). Ambas tendencias contrapuestas perfilan un problemático panorama respecto no sólo de la sostenibilidad del SNS, sino del Estado de Bienestar en su conjunto. El deterioro de la salud comienza a manifestarse a partir de los 40-50 años de edad, y desde los 45 años las enfermedades crónicas empiezan a acumularse.

Además del envejecimiento demográfico, otros factores explican la acelerada dinámica del gasto sanitario en España.

**1.** El aumento de la población debido a la fuerte inmigración durante los últimos años, a la cual se reconoce el derecho a la reagrupación familiar (de los 46 millones de habitantes inscritos en el censo municipal de 2007, el 11 por ciento eran extranjeros, superando éstos el 15 por ciento de los residentes en alguna comunidad autónoma, como la de Madrid).

**2.** La universalización de la cobertura asistencial del SNS.

**3.** La implantación de tecnologías sanitarias de elevado coste.

4. La concienciación, por parte de la población protegida, acerca de la conveniencia de la medicina preventiva y la confianza en la calidad y eficacia del SNS, según demuestran las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas.

5. La fragmentación de la sanidad española como consecuencia del proceso de transferencias en esta materia practicadas a favor de las comunidades autónomas, las cuales han supuesto el desaprovechamiento de significativas economías de escala y la multiplicación de toda clase de gastos, dada la tendencia de dichas comunidades a contar con servicios autosuficientes en sus respectivas circunscripciones territoriales.

6. La generalización de la medicina defensiva como respuesta a la judicialización de la actividad sanitaria.

En cuanto a la estructura del gasto y su distribución territorial hay que anotar, desde el punto de vista económico, el predominio de los gastos consuntivos, con un 71,7 por ciento del total (los gastos de capital representan sólo el 3,8 por ciento); y desde el punto de vista funcional, el peso de los servicios hospitalarios (53,7 por ciento del total) y del gasto farmacéutico, que supone un 23,3 por ciento, a pesar del copago limitado establecido en relación con las correspondientes prestaciones. Esta estructura del gasto sanitario muestra claramente dónde ha de incidir cualquier intento de racionalización y economía del mismo.

¿Qué líneas de actuación habría que seguir para la sostenibilidad y mejora del SNS? El envejecimiento demográfico no admite ya solución. Ni el relanzamiento del índice de fecundidad, que tendría que elevarse desde su valor actual del 1,3 al de siete hijos por mujer en edad fecunda, ni el consentimiento de una inmigración masiva e indiscriminada permitirían contrarrestar dicho fenómeno y sus consecuencias económicas. De modo que el margen de maniobra disponible queda, pues, reducido a la aplicación de medidas orientadas a la racionalización del gasto, a la moderación de la demanda de los servicios y a la mejora de su sistema de financiación. En este sentido cabe señalar las siguientes líneas posibles de actuación.

- Proceder a la reunificación de todos aquellos servicios y medios que propicien la obtención de economías de escala y que garanticen la igualdad de las prestaciones básicas en todo el territorio nacional.

- Intensificar la autonomía en la gestión de los centros hospitalarios, aplicando en lo posible criterios empresariales y externalizando todos los servicios no específicamente sanitarios.



Leopoldo Gonzalo (izda.) con Álvaro Hidalgo, coordinador de la jornada y Gonzalo San Segundo, director asociado de *Medical Economics* (dcha.).

- Generalizar la aplicación de las técnicas de programación presupuestaria y de análisis coste-eficacia en la planificación del gasto.
- Partiendo de la fundamental distinción entre producción pública y gestión pública, ampliar en lo posible el régimen de conciertos con entidades sanitarias privadas.
- Aproximar la medicina familiar y comunitaria al domicilio familiar como medio de reducción de los costes de los servicios propiamente hospitalarios y de mejora de la relación médico-enfermo.
- Extender el copago a otras prestaciones distintas de las farmacéuticas.
- Promover campañas informativas acerca del coste de los servicios sanitarios, del uso responsable de los medicamentos y de los hábitos de vida convenientes.
- La actual escasez de médicos y la elevada edad media de los que actualmente están en activo plantean la necesidad de aumentar el número de facultades de Medicina y/o de ampliar la capacidad de admisión de alumnos por parte de las existentes.
- El llamado “turismo sanitario”, como fenómeno derivado de la libre circulación de personas y del derecho a fijar libremente la residencia en el ámbito territorial de la UE, reclama también una regulación adecuada y el establecimiento de mecanismos de compensación económica recíproca entre los países de la Unión. ■



**Carmen Herrero Blanco**  
Catedrática de Fundamentos del Análisis  
Económico. Universidad de Alicante.

## La salud es esencial para el desarrollo

*“La salud es uno de los elementos fundamentales para el desarrollo, y uno de los problemas básicos del uso de la esperanza de vida al nacer como variable para medir el desarrollo en salud es su independencia de la estructura demográfica de la población”.*

**E**n la medición y comparación del desarrollo humano en los diferentes países del mundo, Naciones Unidas selecciona tres aspectos básicos, fundamentales para el desarrollo: salud, educación y bienestar material. Las variables que miden los niveles de desarrollo humano en estos aspectos son la esperanza de vida al nacer, la tasa de alfabetización combinada con el nivel de escolarización, y la renta, respectivamente.

Uno de los problemas básicos del uso de la esperanza de vida al nacer como variable para medir el desarrollo en salud es su independencia de la estructura demográfica de la población. Como alternativa, proponemos el empleo del potencial de vida como variable más adecuada. Las diferencias entre el empleo de una u otra variable se ilustran en el período 1980-2007 en España y sus comunidades autónomas.

Mejorar el nivel de desarrollo y aumentar el bienestar de la población son objetivos que sirven como referencia para articular la política de una sociedad. Para tener una idea de hasta qué punto esos objetivos se consiguen hace falta saber cómo medir esos conceptos. No es un tema sencillo ni en términos conceptuales ni en términos prácticos.

Por una parte, las dimensiones que se asocian a la idea de desarrollo van cambiando con el propio desarrollo (así, el papel del medio ambiente ha ido ganando terreno en la percepción social del bienestar). Por otra

parte, algunos conceptos que se asocian con la idea de desarrollo no generan un consenso suficiente, o carecen de fuentes estadísticas fiables.

Desde hace mucho tiempo, en buena parte por motivos de orden práctico, se ha adoptado la variable renta nacional o producto interior bruto (PIB) como una medida resumen del grado de desarrollo de un país. Los sistemas estadísticos nos proporcionan regularmente información sobre esta variable. No obstante, resulta discutible asociar la noción de desarrollo a una variable unidimensional, cuyas limitaciones son bien conocidas.

### Indicadores de desarrollo

Una forma natural de enriquecer este análisis es construir indicadores multidimensionales que tomen en cuenta, además de la riqueza material, otros aspectos que constituyen componentes esenciales para el bienestar y el potencial de desarrollo de los pueblos (medio ambiente, salud, educación, equidad, seguridad jurídica, etcétera). La construcción de este tipo de indicadores introduce toda una problemática nueva: qué aspectos seleccionar como más relevantes, cómo medirlos mediante variables sobre las que se dispone de información estadística fiable, y, no menos importante, cómo combinar los valores de estas variables en un índice sintético que permita realizar análisis comparativos.

Desde 1990, Naciones Unidas propicia la construcción de índices para comparar

diferentes aspectos del desarrollo humano en el mundo, el más famoso de estos es el Índice de Desarrollo Humano, o IDH. Hay dos ideas básicas tras la construcción de estos índices:

**1.** Los indicadores deben ser multidimensionales, referidos a varios aspectos del desarrollo.

**2.** Lo importante es evaluar las oportunidades (en su lenguaje, las capacidades) de los individuos que componen una sociedad, más que en las realizaciones. Se distinguen tres aspectos básicos en los que evaluar tales oportunidades: salud, educación y bienestar material.

La construcción de los índices anteriores ha supuesto un avance importante en la evaluación del desarrollo humano, pero no están exentos de problemas (por las variables seleccionadas para representar los logros en cada uno de los aspectos; por la forma de normalización elegida, y por la fórmula de agregación de los índices parciales).

### La salud en los índices de desarrollo humano

La variable elegida por Naciones Unidas para valorar las capacidades en salud es la esperanza de vida al nacer (EVN). La esperanza de vida al nacer en cada año de referencia en una demarcación es el número medio de años de vida futura de un individuo que nace en la demarcación en el año considerado.

Por la forma de cálculo, la EVN es independiente de la estructura de edades de la población. Por ello, la EVN no refleja si la sociedad es joven o envejecida.

El uso de la variable EVN presenta ventajas (existen datos para todos los países del mundo; permite realizar comparaciones entre demarcaciones muy diversas), pero también inconvenientes (es independiente de la estructura demográfica; no refleja bien las capacidades de un individuo medio de la población).

### El potencial de vida

Una alternativa sencilla a la variable EVN es el potencial de vida *per capita*. Para un individuo, su potencial de vida es el tiempo en años que le queda por vivir, a partir del momento presente. El potencial de vida *per capita* es la esperanza de vida media de la población, una media de esperanzas de vida ponderadas por la estructura demográfica.

Por ello, el potencial de vida es un estadístico que resume adecuadamente, tanto la esperanza de vida de las diferentes generaciones que conviven en la sociedad, como la estructura demográfica de la población objeto de estudio y refleja mejor que la EVN las capacidades en salud de un individuo medio de la población.

El potencial de vida crece con la esperanza de vida al nacer, y decrece con el envejecimiento de la población. Es por ello que los resultados obtenidos al sustituir EVN por potencial de vida difieren considerablemente. En especial, disminuye notablemente ante el envejecimiento de la población.



De izda. a dcha., Leopoldo Gonzalo, Celia Gómez, María Luisa Carrera, María Dolores González Cuyás y Gonzalo San Segundo.

La toma de decisiones públicas ligada a uno u otro estadístico pueden, por tanto, ser muy diferentes.

Como conclusiones podríamos resaltar las siguientes:

- La salud es un aspecto fundamental del desarrollo humano.
- La variable EVN, seleccionada por Naciones Unidas presenta algunos inconvenientes graves.
- Otras alternativas sencillas permiten incorporar el importante elemento de la estructura demográfica, crucial para el desarrollo.
- El empleo de una u otra variable no es neutral. ■



**María Luisa Carrera Hueso**  
Directora general de Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Generalitat Valenciana.

## La competición entre comunidades autónomas no mejora la situación

*“Los pilares de la autonomía y descentralización de la gestión en la Agencia Valenciana de Salud son la gerencia única y la financiación caritativa. Se valora al profesional por lo que hace, no por lo que es”.*

**D**iversos factores sobradamente conocidos inciden en el crecimiento del gasto, que lo hace por encima del PIB en la práctica totalidad de los países de la OCDE. Cambios en el entorno y en las organizaciones condicionan el encarecimiento de la sanidad. Por otro lado, la descentralización en los sistemas sanitarios tiene evidentes ventajas, pero conlleva un riesgo: la divergencia entre ellos y la consiguiente repercusión en la equidad, tanto en términos de esfuerzo económico como de calidad de la asistencia recibida.

La dinámica de competición, con el robo de profesionales y el “quién da más” respecto a la carrera profesional y las guardias, frente a otra más deseable de colaboración que garantice la equidad sanitaria y aproveche la economía de escala, que se ha dado en determinados aspectos entre las comunidades autónomas, no mejora esta situación.

En este contexto, el modelo valenciano, cuyo esfuerzo presupuestario en sanidad es del 38,4 por ciento del total (1.140 euros de gasto por habitante), el mayor de todas las comunidades autónomas, aporta propuestas que se han revelado como muy efectivas en estos últimos años. En síntesis, podríamos considerar que este modelo se basa en los siguientes aspectos.

**1. Autonomía y descentralización de la gestión.** Sus pilares son la gerencia única y la financiación capitativa, e implica mayor aproximación al ciudadano, mejor conocimiento de sus necesidades, más información y mayor capacidad de adaptación.

**2. Un enfoque estratégico.** El fin es prestar atención sanitaria que responda a las expectativas de la población, mejorar los resultados en salud y garantizar la sostenibilidad económica del sistema. Para ello, el Plan Estratégico se constituye en el eje vertebrador de una organización altamente descentralizada, donde los acuerdos de gestión son el instrumento para su despliegue. En definitiva, un sistema de dirección por objetivos, que alcanza a toda la organización aprovechando su estructura jerárquica, con una política orientada a garantizar la equidad y la convergencia en los resultados.

**3. Un riguroso sistema de despliegue y seguimiento.** El modelo se basa en la medición y evaluación que sirven de base para una diferenciación retributiva efectiva.

**4. La valoración del profesional por lo que hace y no por lo que es.** Incluye la diferenciación retributiva y la carrera profesional.

**5. Búsqueda de la máxima eficiencia de todo el sistema.** Se basa en el modelo concesional, que cada año ha ido aumentando el beneficio neto en cada ejercicio, pasando de los 1,4 millones de euros en 2004, a los 3,1 millones en 2007. A esto se añade la mejora de la eficiencia asistencial, con el desarrollo de alternativas a la hospitalización (hospitalización a domicilio, cirugía mayor ambulatoria, hospital de día, etcétera), la disminución de la estancia media y la reducción de costes mediante la central de compras de bienes y servicios.

**6. Implicar al ciudadano en el uso responsable de los recursos.** ■

## La crisis generará grandes tensiones sobre el gasto

*“El sistema sanitario se va a enfrentar a un escenario de enorme exigencia presupuestaria en los próximos años y tendrá que mantener las prestaciones y la calidad de las mismas”.*



**Celia Gómez González**

Directora general de Planificación e Innovación Sanitaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Una de las características del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido su enorme dinamismo, que ha permitido incorporar numerosas iniciativas y proyectos que han mejorado la gestión, haciendo posible incrementar la oferta de servicios sin que el coste global del sistema excediese de los límites que permite el mismo.

Desde la introducción de fórmulas de gestión basadas en la autonomía del centro, como las fundaciones o empresas públicas, la generación de ámbitos de gestión integrada entre hospital y Atención Primaria, o la configuración de equipos profesionales con el mayor grado de autonomía y capacidad de decisión, las iniciativas introducidas han aportado mejoras sustanciales y han dinamizado el sistema de forma permanente.

La crisis económica mundial que estamos atravesando va a generar importantes tensiones sobre el gasto público en los próximos años; una vez superada la fase aguda de la crisis, los gobiernos tendrán que pagar el déficit generado para mantener las políticas sociales básicas. No olvidemos que estos gastos extraordinarios están impidiendo, al menos por ahora, algunos efectos de la crisis que podrían generar consecuencias de enorme alcance. Los gobiernos están apoyando a las empresas, al sistema bancario y a las personas que pierden su empleo.

El sistema sanitario se va a enfrentar a un escenario de enorme exigencia presupuestaria en los próximos años. Y tendrá que ha-

cerlo manteniendo las prestaciones y la calidad de las mismas; no hacerlo así supondría deslegitimación y abriría la puerta a un escenario diferente, probablemente menos sostenible. Por tanto, nos vamos a enfrentar nuevamente a un debate sobre la sostenibilidad y la gestión. Por ejemplo, en el tema de la financiación de medicamentos es importante que las comunidades autónomas tengan más protagonismo para ver qué medicamentos son financiados.

**“En el tema de la financiación de medicamentos es importante que las comunidades autónomas tengan más protagonismo para ver qué medicamentos son financiados”**

El SNS ha superado otros momentos difíciles y volverá a superarlos en los próximos años, asegurando los aspectos básicos que soportan el sistema sanitario, revisando las experiencias acumuladas para mejorarlas y potenciar aquellas que añadan valor al sistema e introduciendo los cambios necesarios para fortalecerlo.

Andalucía ha superado momentos de crisis importante en las últimas décadas, y en este proceso el sistema sanitario público andaluz ha puesto en marcha acciones que, sin duda, nos serán útiles para el trabajo que queda por delante. Entre esas acciones hay que citar la prescripción por principio activo, que ha permitido que el incremento del gasto en Andalucía sea más bajo que en el resto de España. ■



**María Dolores González Cuyás**  
Directora Económica y de  
Organización. Instituto Catalán  
de la Salud.

## La evaluación de resultados, clave en la gestión sanitaria

*“La clave de la gestión sanitaria está en la corresponsabilización, la implicación, la participación y la evaluación de los resultados de toda la organización”.*

**E**l Instituto Catalán de la Salud (ICS) es un proveedor público de la Generalitat de Cataluña y referencia del sistema sanitario catalán. Da cobertura a 5,8 millones de personas (el 80 por ciento de la población, cuenta con más de 41.000 profesionales (el 85 por ciento son funcionarios) y su presupuesto el año pasado ascendió a 3.000 millones de euros.

El modelo de gestión del ICS se basa en tres principios estratégicos: el enfoque del servicio al ciudadano, la corresponsabilidad en la gestión y la evaluación de los resultados y la modificación del rol de cada función. Y cuenta con las siguientes herramientas: sistemas de información integrados como instrumentos operativos y de soporte para la gestión, acuerdos de gestión, central de compras y un operador logístico. Respecto a la gestión clínica, los acuerdos de gestión con los profesionales llevan a la autonomía de gestión en Atención Primaria (AP) y a establecer estándares de calidad asistencial y de prescripción farmacéutica. Todo ello, junto con una auto-auditoría en farmacia y las guías de práctica clínica inteligentes, proporcionan un incremento en la calidad asistencial y un control o disminución del consumo.

El proyecto de autonomía de gestión en AP es un nuevo modelo de gestión que incrementa la capacidad de decisión sobre la organización y la gestión de la actividad y de los recursos, y está orientado a la mejora de los resultados asistenciales y económicos, al aumento de la satisfacción y del compromiso de los profesionales y su corresponsabilización sobre los resultados.

Las herramientas de gestión clínica persiguen favorecer el consumo racional de los medicamentos, facilitar herramientas coste-efectivas para la decisión de la selección y el uso de los medicamentos para optimizar su dispensación. Los resultados obtenidos son los que siguen.

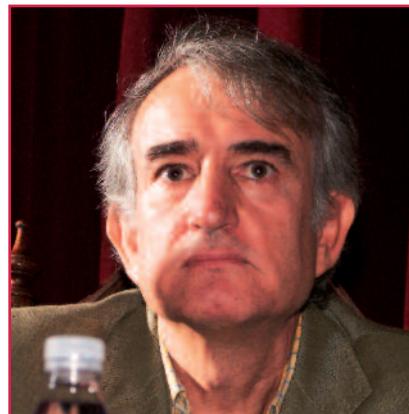
**1. Gestión económico-financiera.** Con la creación de unidades de servicios compartidos se ha conseguido establecer un proceso de globalización y de externalización de servicios allí donde sea eficiente, una potenciación de las habilidades del personal a través de la capacitación específica o profesionalización, una cultura de servicio al cliente, mejora de la calidad generando valor añadido y reducción de costes. Asimismo, el proceso unificado de compras equilibra la compra agregada en la corporación con la compra descentralizada de los diferentes centros, y facilita un mayor conocimiento de las necesidades usuarias del ICS. Así, se logra la mejora del precio de los productos con una calidad contrastada y una reducción del tiempo de pago.

**2. Gestión de recursos humanos.** De enero a agosto de este año en comparación con el mismo período de 2008, el ahorro de horas extras en Atención Primaria ha sido superior al 19 por ciento, mientras que en hospitalaria este gasto ha aumentado un 6 por ciento. Y el importe de las sustituciones ha descendido un 2 por ciento. En conjunto, las partidas variables han disminuido un 1,5 por ciento.

Como resumen, la clave de la gestión sanitaria está en la corresponsabilización, la implicación, la participación y la evaluación de los resultados de toda la organización. ■

# Cómo mejorar la eficiencia en el gasto farmacéutico

*“Para mejorar la eficiencia, el SNS debe evolucionar para resolver el reto que tenemos con los nuevos medicamentos biotecnológicos y facilitar el trabajo del prescriptor”.*



**Ángel María Martín  
Fernández-Gallardo**

Jefe de Área de Farmacia. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

**D** e un lado, lo que diferencia el gasto sanitario de otros de similar magnitud es su atomización en cuanto al origen (más de 120.000 médicos) y en cuanto al consumidor final (el 100 por ciento de la población). De otro, los elementos destacados que enmarcan este gasto: la financiación casi universal de los medicamentos autorizados, el derecho a la libertad de prescripción de quien decide el medicamento y la casi gratuidad del medicamento para el destinatario final. Junto a estos elementos hay claves en los medicamentos financiados que es preciso destacar, pues sin ellas no sería posible mejorar la eficiencia del gasto: opciones terapéuticas con diferencias en eficacia para tratar un mismo proceso, y con importantes variaciones en sus precios; opciones terapéuticas de eficacia muy similar para tratar un mismo proceso, pero con importantes variaciones en sus precios; y opciones terapéuticas idénticas en eficacia para tratar un proceso, pero con importantes variaciones en sus precios. En cualquiera de los tres escenarios es posible dirigir medidas que mejoren la eficiencia en la utilización de los recursos.

En el primer caso, sin duda, el más complejo, la mejora de la eficiencia puede requerir de la realización de estudios de efectividad o farmacoeconómicos de unas alternativas frente a otras. Su implementación debería tener un carácter regulatorio. El segundo caso es más sencillo conceptualmente hablando, ya que se trata de un principio de eficiencia generalmente bien aceptado por los profesionales. Es en el ter-

cero donde se han dirigido las más importantes iniciativas de mejora de la eficiencia, tanto regulatorias, como de gestión. Entre las regulatorias se pueden citar los precios de referencia y el establecimiento de los precios mínimos para la prescripción por principio activo. Entre las de gestión cabe destacar las medidas de impulso a la prescripción por principio activo, a la prescripción de genéricos y a la de los medicamentos más eficientes. Pero hay otras muchas que se han implementado, como las bajadas de márgenes, descuentos en los conciertos con las oficinas de farmacia, las adquisiciones directas o los suministros a centros socio-sanitarios.

**“La mejora de la eficiencia puede requerir de la realización de estudios de efectividad o farmacoeconómicos de unas alternativas frente a otras”**

¿Qué elementos debemos reforzar para mejorar la eficiencia? Entre otros, la informatización de la prescripción, una ágil regulación de los medicamentos genéricos que evite embrollos legales, mantener el sistema de precios de referencia y el impulso de la prescripción de los medicamentos más eficientes y de la prescripción por principio activo.

¿Hacia dónde debe evolucionar el SNS para mejorar la eficiencia? Hacia la valoración previa del aporte terapéutico del nuevo medicamento que se quiere financiar, a resolver el reto que tenemos con los nuevos medicamentos biotecnológicos y a facilitar el trabajo del prescriptor. ■



**José María Ayerra Lazcano**  
Director de Recursos Humanos.  
Servicio Navarro de Salud.

## Más autonomía de gestión para los profesionales

*“Desde la perspectiva de la gestión, es evidente la necesidad de modernizar algunos aspectos e introducir nuevos mecanismos de gestión adecuados al entorno sanitario”.*

**N**avarra se halla entre las primeras comunidades autónomas con un gasto sanitario por debajo de la media española, un porcentaje mantenido de manera sostenida y controlada a lo largo de la última década, por lo que podríamos hablar de un sistema razonablemente eficiente. Dicho esto, los retos a los que el sistema sanitario de Navarra se enfrenta se pueden agrupar en cuatro bloques.

**1. Modelos de autogestión.** Incrementar la autonomía de gestión de los profesionales, centrada en potenciar la capacidad de los profesionales sanitarios bajo el modelo de unidades de gestión clínicas y de centros de salud autogestionados; definir los procesos y marcar objetivos a alcanzar, estableciendo un modelo de medición de resultados; implicar a los profesionales en la gestión; y revisar el modelo retributivo, adaptándolo a las responsabilidades y objetivos asumidos por los profesionales

**2. Pacientes y ciudadanos.** Corresponsabilizar a la sociedad en el buen uso de los recursos del sistema sanitario; establecer herramientas moderadoras de la demanda y el buen uso de los servicios.

**3. Desarrollo profesional.** Redefinir los roles, funciones y responsabilidades de acuerdo a la realidad asistencial diaria; asumir las responsabilidades asociadas a cada función; revisar el modelo de carrera profesional, como elemento de reconocimiento y motivación de los profesionales; conciliar las necesidades y expectativas profesionales y personales; y establecer un modelo que integre y motive a los profesionales.

**4. Marco legal y estructural.** Aumentar la autonomía de la organización sanitaria dentro del resto del sector público; rigidez del modelo funcional en el que nos movemos; consolidación de plantillas; mejoras retributivas; y dedicación exclusiva.

Desde la perspectiva de la gestión, es evidente la necesidad de modernizar algunos aspectos e introducir nuevos mecanismos de gestión adecuados al entorno sanitario. ¿Dónde podríamos concretar esta modernización? En la utilización de los recursos, la adecuación de la organización a los nuevos requerimientos o simplemente adecuar la gestión al entorno sanitario en el que se desenvuelve. Es innegable la necesidad de implicar a los clínicos en la gestión, para lo cual hay que dotarles de algo más de autonomía de funcionamiento. Este reto respondería a algunas necesidades detectadas que tienen mucho que ver con la sostenibilidad económica del sistema, las tecnologías e infraestructuras y el modelo organizativo. Las necesidades detectadas son: reorganizar el sistema para atender de manera más eficaz y eficiente el aumento de la demanda, unificar determinados recursos e infraestructuras, especializarlas para evitar las duplicidades en recursos y contener el gasto sanitario.

Entre las medidas que se proponen al respecto se pueden señalar: caminar hacia la fusión estratégica de los servicios duplicados; implicación de los profesionales en los objetivos de la organización; evaluar nuevos modelos de gestión enfocados a la autogestión y cumplimiento de objetivos; y ampliar el horario de actividad de los servicios sanitarios. ■

# Una cartera de servicios común y homogénea para todo el Estado

*“Como elemento esencial de la cohesión sanitaria, debe existir una única cartera de servicios común y homogénea para todo el territorio nacional, que debe garantizar la equidad”.*



**Manuela Rosellón Rebollo**

Directora general de Administración e Infraestructuras. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

**E**n el momento actual, los mayores esfuerzos del gestor público en materia sanitaria se dirigen a tratar de armonizar el gasto y el mantenimiento de los actuales niveles de prestación de los servicios sanitarios. A lo largo de los últimos años se ha puesto de manifiesto cómo las comunidades autónomas han registrado un incremento continuado de los recursos destinados al gasto sanitario, de manera que se habla del peligro de la sostenibilidad del sistema. De esta manera se está poniendo en cuestión la financiación de los sistemas de salud de las distintas comunidades autónomas.

Las especiales características socio-demográficas de envejecimiento, baja densidad y dispersión poblacional, obligan a configurar en Castilla y León una organización sanitaria específica, adaptada a estas circunstancias para que todos los ciudadanos puedan acceder a las prestaciones sanitarias con independencia de su lugar de residencia. Esta gestión supone un mayor esfuerzo económico que es necesario realizar si queremos que la sanidad contribuya a disminuir los desequilibrios territoriales.

En ese sentido, y como elemento esencial de la cohesión sanitaria, debe existir una única cartera de servicios común y homogénea para todo el territorio nacional, que debe garantizar la equidad de los usuarios y debe evitar la oferta asistencial adicional entre las comunidades autónomas con los costes que esto conlleva. Cualquier ampliación de la cartera actual de servicios común debería estar claramente justificada y consensuada por las comunidades autónomas e, in-

cluso, financiada por el Gobierno de la nación. Según un reciente informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Castilla y León ocupa el puesto 12 en cuanto a gasto sanitario *per capita*, el cuarto lugar en cuanto a buenos servicios sanitarios y el primero entre los usuarios respecto a preferencia por la sanidad pública. Son datos que demuestran la buena gestión sanitaria en nuestra comunidad autónoma.

Resulta prioritario trabajar en estrategias que consigan racionalizar el gasto, que serán verdaderamente eficientes dentro de unos paradig-

**“Castilla y León ocupa el puesto 12 en cuanto a gasto sanitario *per capita*, el cuarto lugar en cuanto a buenos servicios sanitarios y el primero entre los usuarios respecto a preferencia por la sanidad pública”**

mas de cooperación y cohesión sanitaria entre las comunidades autónomas coordinadas por el Estado. Entre esas medidas están: un catálogo de productos común para todo el Estado, estrategias comunes para el uso racional del medicamento, establecer una serie de políticas retributivas comunes e impulsar a nivel nacional el uso adecuado de los servicios y recursos sanitarios.

En ese contexto, algunas de las iniciativas que estamos desarrollando son: incremento de los procesos unificados de compras, puesta en marcha de distintos modelos de gestión clínica y la aplicación y extensión de las tecnologías de la información para conseguir una mejor organización y optimización de los recursos. ■



**Carmen Navarro Fernández-Rodríguez**  
Directora general de Gestión Económica  
y Compras de Productos Farmacéuticos  
y Sanitarios. Consejería de Sanidad.  
Comunidad Autónoma de Madrid.

## La colaboración público-privada en busca del ahorro y la eficiencia

*“Las nuevas formas de gestión también las hemos aplicado para la obtención de economías de escala con la centralización de determinados servicios sanitarios que no tienen vinculación directa con el paciente, como son la radiología y el laboratorio”.*

**E**sta jornada se hace en un momento en que la crisis económica nos obliga a los gestores sanitarios más que nunca a incidir en políticas y prácticas eficientes de los recursos que nos ayuden a la necesaria convergencia que tenemos que tener entre los importes que tenemos disponibles para financiar nuestra sanidad y las necesidades, siempre crecientes y muchas veces ilimitadas, que comporta el gasto sanitario.

Voy a exponer brevemente el enfoque general y los objetivos que estamos llevando a cabo en la Comunidad de Madrid para enfrentar la sostenibilidad de nuestro gasto sanitario. Este, por tanto, tiene una tendencia de crecimiento ilimitado que en los últimos años se ha ido agravando por distintos factores, como el crecimiento demográfico que ha producido la inmigración, la introducción de nuevas tecnologías y medicamentos cada vez más costosos y la demanda de mayor calidad que exigen nuestros ciudadanos, acorde con una sociedad desarrollada y un nivel de renta también creciente.

La evolución demográfica de los últimos años ha sido espectacular, teniendo en cuenta lo que había en años anteriores. Y así, en el periodo 1999-2008 el incremento de la población en España se ha situado casi en un 15 por ciento, y por encima del 20 por ciento hay comunidades como Baleares, Canarias, Murcia y Madrid.

El gasto farmacéutico hospitalario en estos dos últimos años está creciendo con tendencias superiores al 20 por ciento, y más del 60 por ciento de este crecimiento está centrado en tres

grupos de medicamentos, que son: los antivirales, los antineoplásicos y los anti-TNF, en los que se está produciendo una innovación muy fuerte como consecuencia de la biotecnología. Son tratamientos muy costosos pero también efectivos a los que tenemos que hacer frente. Pero la demanda de mayor calidad de nuestros ciudadanos nos obliga también a una mayor accesibilidad y, por lo tanto, a dotar a nuestra asistencia sanitaria de más infraestructuras y más servicios.

### Aumento del gasto sanitario

Todo lo anterior nos está presionando al alza en el gasto sanitario, y para el conjunto de comunidades autónomas, en el periodo 2002-2007 ha ascendido a más del 68 por ciento, lo que en términos de crecimiento interanual supone alrededor de un 11 por ciento.

Esta tendencia del incremento del gasto sanitario se hace muy difícil de asumir, y más todavía en un momento como el actual en el que la crisis económica está produciendo un descenso del consumo y de la producción, un aumento del paro y, por lo tanto, un descenso muy importante de la recaudación de impuestos, que son los que financian tanto la asistencia sanitaria, como el resto de servicios que prestan y que tienen que prestar las comunidades autónomas.

Poco podemos decir en estos momentos sobre cómo va a incidir en nuestra financiación de la asistencia sanitaria el nuevo modelo de financiación autonómica, porque todavía no sabemos cómo se van a repartir los 11.000 millones de euros que se dice se van a adicionar a

los ingresos de las comunidades autónomas, pero en todo caso ese importe se deviene insuficiente en relación a la pérdida de recaudación que se está produciendo como consecuencia de la crisis.

Este panorama nos obliga a renovar nuestros esfuerzos para consolidar la sostenibilidad de nuestro sistema, racionalizando nuestros gastos para garantizar su suficiencia financiera.

Para responder a los retos de la sociedad en cada momento han ido incorporándose nuevas formas de gestión sanitaria que permitieran, manteniendo la financiación y garantías públicas, mejorar la calidad y la equidad de los sistemas sanitarios, y así, desde hace muchos años, y en toda España, la colaboración público-privada ha sido una constante para la prestación de la asistencia sanitaria.

En esta coyuntura, la Comunidad de Madrid está implantando nuevas formas de gestión de sus servicios sanitarios para mejorar su calidad y su eficiencia. Y así, hemos construido ocho hospitales mediante el modelo de colaboración público-privada PFI, que permiten aplicar criterios de gestión privada a servicios públicos financiados con recursos públicos.

Las ventajas de este modelo, a nuestro juicio, son evidentes. Por un lado, la disponibilidad inmediata que tienen las inversiones. Otra de las ventajas es la eficiencia económica, ya que se aprovecha la experiencia que tiene el sector privado en la prestación de servicios como lavandería, restauración o limpieza, servicios que ya están y estaban externalizados en la mayoría de nuestros hospitales. Pero, además, se obtienen sinergias al ser una única empresa, la concesionaria, la que presta todos los servicios a la vez.

Conseguimos también más calidad y más disponibilidad de los servicios, ya que el canon se abona al concesionario en función de parámetros medidos y medibles de calidad y disponibilidad, por lo cual se controla su eficiente funcionamiento. Y así, se produce una transferencia de riesgos al concesionario. Y, por último, un manteniendo óptimo de las infraestructuras, ya que la obra pública debe revertir al término de la concesión, en nuestro caso 30 años, en condiciones óptimas de utilización.

Las nuevas formas de gestión también las hemos aplicado para la obtención de economías de escala con la centralización de determinados servicios sanitarios, que no tienen vinculación directa con el paciente, como son la radiología y el laboratorio. Y, así, hemos creado una unidad central de radiodiagnóstico, empresa pública que se encarga de la gestión integrada de las

pruebas radiológicas de seis de los nuevos hospitales que hemos construido, y que tiene la posibilidad de ir incorporando las pruebas del resto de nuestros hospitales. Las pruebas radiológicas se realizan en cada uno de los hospitales y al paciente no se le desplaza.

Hemos licitado también la concesión del laboratorio centralizado de los seis nuevos hospitales por un período de diez años mediante pago *per capita*. De esta forma se vuelve a producir transferencia de riesgos al concesionario. Las extracciones se realizan en los centros de Atención Primaria y en los hospitales y, una vez más, no se desplaza al paciente, y es el concesionario el que encarga de recoger las pruebas, transportarlas, analizarlas y trasladar los resultados a los centros sanitarios.

Con estas empresas se produce una utilización más eficiente del personal, economías de escala en la compra de material, y además cuenta con la posibilidad de tener expertos en las diferentes técnicas, consiguiendo de esta forma una mayor calidad y mayor eficiencia en la prestación de los servicios, obteniendo ahorros que revierten en mejoras de nuestro sistema sanitario.



De izda. a dcha., Álvaro Hidalgo, Carmen Navarro y Manuel García Abad durante la clausura de la jornada.

En cuanto a la gestión logística de aprovisionamiento de bienes y servicios, estamos profundizando en la gestión de compras centralizada, con la finalidad de capturar todo el potencial de ahorro que tiene una organización tan grande como la nuestra. Y así hemos puesto en marcha en los últimos años concursos centralizados de medicamentos y de otros productos sanitarios, concursos que seguiremos extendiendo al resto de nuestras compras de bienes y servicios. ■



De izda. a dcha., Álvaro Hidalgo, coordinador de la jornada; Ana Céspedes, directora corporativa de Merck; y Manuel García Abad, director de Medical Economics.

Álvaro Hidalgo (dcha.) con José María Ayerra (izda.) y Ángel María Martín.



Al término de cada mesa redonda se suscitó un interesante debate sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.



Álvaro Hidalgo (izda.) y Ángel María Martín.



Manuela Rosellón (dcha.) con María José Martín, de Merck.



El público asistente siguió con interés la jornada.



En la primera de las mesas redondas se debatió sobre qué modelo de gestión es más eficiente.



Álvaro Hidalgo, Manuel García Abad y Ana Céspedes durante la inauguración de la jornada.





0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún dolor

El peor dolor posible

# Cada dolor tiene su historia, **EVALÚALO**

## PLATAFORMA **SINDOLOR**

*"Treatment to alleviate chronic pain is a human right"*  
WHO, October 2004



Con el auspicio de



## Hospitales del s. XXI

# De máquinas de curar al 'wellness hospital'

 Hospital Infanta Leonor 

A wide-angle photograph of a modern hospital courtyard. The courtyard is paved with light-colored tiles and features a central walkway lined with low-lying green plants. On either side are multi-story hospital buildings with large windows and balconies. The sky is clear and blue. In the background, a sign on the building reads "Hospital Infanta Leonor".

**Los hospitales del siglo XXI, especialmente los públicos, precisan de un abordaje arquitectónico global si lo que se pretende es conseguir edificios sanitarios de alta eficiencia. Es decir, un diseño adaptado a la comodidad del paciente y sus familiares, a la implantación de las nuevas tecnologías y a la inclusión de medidas medioambientales. Todo ello con el fin último y primordial de proporcionar, desde modelos adecuados de gestión, la máxima calidad asistencial. En definitiva, cambiar el modelo actual de máquinas de curar por el concepto de "wellness hospital".**

**Por Gonzalo San Segundo**

**L**os hospitales públicos son como máquinas de curar, la constatación de cómo una sociedad trata a sus ciudadanos durante la enfermedad. Diseñadores, arquitectos, ingenieros y gestores quieren dar la vuelta a la tortilla y hacer de los hospitales del futuro, los hospitales del siglo XXI, lugares de convivencia, confortables, ecológicos, con habitaciones individuales, altamente tecnologizados y con servicios descentralizados. En definitiva, sitios humanizados en los que los pacientes –y sus familiares– puedan vivir más que sufrir, recibiendo la máxima calidad asistencial, con tendencia al concepto de *wellness hospital*.

Así se puso de manifiesto en el último Congreso Nacional de Hospitales, celebrado en Cáceres el pasado mes de junio con la participación de un diverso plantel de expertos. Éstos analizaron en profundidad, entre otras cuestiones, los aspectos arquitectónicos, la implantación de las nuevas tecnologías, la integración de las energías renovables y los modelos de gestión adecuados que deberán ser abordados en la construcción de los nuevos hospitales de cara a la sostenibilidad del sistema.

La sostenibilidad de los sistemas sanitarios, ya sean públicos o privados, se fundamenta sobre tres pilares, según el arquitecto

David A. Rhodes, de Memphis (Estados Unidos): eficiencia energética (los hospitales están entre los mayores usuarios de energía por metro cuadrado), incremento de la eficiencia en los procesos operacionales y un diseño basado en la evidencia con el fin de mejorar los resultados de los pacientes. Según Rhodes, el diseño basado en la evi-



En el futuro el desarrollo de la Sanidad electrónica permitirá reducir en un 20 por ciento las visitas médicas.

## Así será el hospital del futuro

- ▶ Reducción de los tiempos de espera.
- ▶ Alta resolución.
- ▶ Televigilancia de enfermedades crónicas.
- ▶ Historia Clínica Integral.
- ▶ Pruebas diagnósticas interactivas.
- ▶ Nuevas modalidades de gestión.
- ▶ Consideraciones medioambientales de cara a la sostenibilidad.
- ▶ Humanización: recuperarse en un ambiente saludable.
- ▶ *Wellnes* hospital.
- ▶ Innovación, búsqueda de soluciones imaginativas y creativas.
- ▶ Descentralización: servicios dispersos pertenecientes a la red asistencial e interconectados mediante sistemas de comunicación con gran ancho de banda: telemedicina.
- ▶ Desarrollo de la docencia y la investigación.
- ▶ Gran desarrollo de las áreas ambulatorias: hospitales de día.
- ▶ Incorporación rápida de nuevas tecnologías (menos camas).
- ▶ Abierto a la comunidad: hospital cercano (medicina en casa).
- ▶ Centros hospitalarios sin camas.
- ▶ Calidad arquitectónica, durabilidad, imagen atractiva.

dencia “es el proceso de basar las decisiones sobre el entorno construido en la investigación creíble para lograr los mejores resultados posibles”. Para ello hay que conjugar el diseño físico, la cultura de la organización, la infraestructura tecnológica y los procesos de trabajo. Y las habitaciones privadas para pacientes “constituyen la mejor historia de éxito” para el diseño basado en la evidencia: mejor descanso, mejor privacidad, menos ruido ambiental, menor número de infecciones nosocomiales, mayor acceso a la luz del día y a visitantes y menor número de caídas.

¿Por qué es considerado sostenible el diseño basado en la evidencia?. El arquitecto de Memphis proporciona estas razones: mayor capacidad de uso como resultado de hospitalizaciones cortas, aumento en la retención de personal y mejora en los resultados de los pacientes.

En ese nuevo diseño, la integración de las energías renovables es uno de los puntos fuertes a los que los arquitectos prestan una atención especial. Para Francisco Cuadros Blázquez, catedrático de Física aplicada de la Universidad de Extremadura, en arquitectura hay que construir con el clima desde la sencillez, con un esquema claro y práctico que permita flexibilidad de usos y que se pueda sacar partido “estético” de su integración.

Otro punto importante es la protección del medio ambiente. El tratamiento ambiental especializado de las diferentes áreas asistenciales de un hospital requiere modificar las condiciones de temperatura, humedad, pureza del aire en un espacio de tiempo muy corto. Los consumos de energía son muy altos y los procesos de transformación de la misma deben realizarse de una forma limpia (ecológica) y respetuosa con el medio ambiente, reduciendo la contaminación ambiental y el calentamiento global. El llamado Green Building Movement requiere ahorro de energía, combustibles, agua, proceso constructivo, ventilación natural controlada y luz natural.

En el Cycle Design Life hay que contemplar el tratamiento de residuos (cero residuos en 2050), protección de la radiación solar, sistemas no contaminantes, materiales de aislamiento térmico, robustez en las instalaciones y recuperación del agua de lluvia. Para ello es necesario diseñar hospitales más eficientes. La cuestión es cómo

## Innovaciones tecnológicas

- ▶ Gestión de la información como elemento clave: interconexión de aplicaciones para potenciar el intercambio de información.
- ▶ Eliminación de impresos, formularios y burocracia: hospital sin papeles.
- ▶ Prestación de servicios mediante sistemas integrados en red: todo acto será registrado y permitirá ser explotado y analizado de forma inmediata para tomar decisiones.
- ▶ Desarrollo e implantación de sistemas de información aprovechando el potencial de la conectividad.
- ▶ Desarrollo de la sanidad electrónica (*e-health*), basada en la utilización de herramientas de Internet: los pacientes podrán comunicarse con los médicos, se reducirán en un 20 por ciento las visitas médicas y más del 30 por ciento de la jornada laboral de los médicos en el 2010.

hacerlo. Y en el cómo es esencial tener en cuenta, como apunta el arquitecto Luis Fernández Inglada, del Estudio Arquitectos Inglada Arévalo, que todas las instituciones públicas están siendo cuestionadas, entre ellas el Estado de Bienestar, y que la individualización, junto con la privatización de los servicios tradicionalmente públicos, está dando lugar a cambios importantes en la sociedad y en los hospitales.

También hay que tener presente las siguientes premisas antes de abordar el diseño y construcción de un hospital:

- La imagen tradicional de los sistemas de salud en Europa y EEUU están cambiando muy rápidamente.
- La construcción, mantenimiento y explotación de las infraestructuras sanitarias conllevan unos grandes costes y complejidad logística a nivel micro y macro.
- Las necesidades sanitarias de la población están variando progresivamente a causa de una mayor esperanza de vida, exigiendo una calidad de atención mayor y sin límites de utilización.
- El desarrollo tecnológico permite incorporar a la oferta de servicios un mayor número de pruebas diagnósticas y de tratamientos médicos y quirúrgicos cada vez más resolutivos, exigiendo mayor eficacia y precisión en todo el proceso asistencial.

A partir de ahí, hay que tender “conceptualmente hacia el *wellness* hospital, potenciando el confort, haciendo la estancia agradable (hotel+spa) y disponiendo de los

mejores cuidados médicos posibles”, comenta Fernández Inglada, que reconoce que no se sabe cómo será el hospital del futuro, “pero sí sabemos como debería ser”.

### El desarrollo tecnológico permite incorporar a la oferta de servicios un mayor número de pruebas diagnósticas y de tratamientos médicos y quirúrgicos cada vez más resolutivos

La concepción inicial del hospital del futuro parte de una diferenciación de edificios dependiendo del uso: residencial-hoteler, oficinas, alta tecnología, industrial, etcétera, y debe contemplar la existencia de una ley de crecimiento del edificio (ADN), de manera que éste pueda ser abordado en el futuro de una forma controlada y no genere una arquitectura “tumoral”. Y los terrenos donde se ubiquen estos edificios deben contar con una franja de protección, de forma que en el futuro no se construyan equipamientos que puedan perjudicar la accesibilidad y el crecimiento.

Además, hay que pensar en la humanización en la arquitectura, que debe perseguirse desde la etapa inicial del diseño: ambientación, confort, llegada de luz natural, ambientación y el tratamiento adecuado de las zonas de espera y espacios exteriores. Otros aspectos a tener en cuenta son: paisajismo y zonas ajardinadas (*therapeutic*





Los nuevos hospitales tienden a la humanización de la arquitectura, atendiendo a aspectos como el confort y la llegada de la luz natural.

## Los hospitales públicos de La Ribera, Torrevieja, Denia y Elche, en la Comunidad Valenciana, constituyen un modelo privado de gestión integral caracterizado por la gerencia única en régimen capitolativo

*garden*); la posibilidad de disponer de ventilación natural; visión del exterior a zonas ajardinadas y aparcamientos; confort, ergonomía, calidad ambiental, etcétera; el concepto de *wellness* hospital para obtener una experiencia agradable en un centro saludable (termas romanas, balnearios), sin olvidar, entre otras cosas, los centros comerciales. Hay que tener en cuenta que la esperanza de vida en el siglo XXI superará los cien años y se perseguirá la forma de vivir mejor esos años.

Sí, son muchas las cosas que hay que tener en cuenta a la hora de abordar cómo serán o deberían ser (ya lo están siendo en algunos casos) los hospitales que vienen, los hospitales del siglo XXI. Y un aspecto aún no mencionado es el modelo de gestión que ha de regir en esos hospitales.

Los hospitales públicos de La Ribera, Torrevieja, Denia y Elche, en la Comunidad Valenciana, constituyen un modelo privado de gestión integral (servicios sanitarios, Atención Primaria incluida, y no sanitarios) caracterizado por la gerencia única en régi-

men capitolativo. Eloy Jiménez Cantos, director general de Recursos Económicos de la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana, resume los principales cambios que se han producido en la Agencia Valenciana de Salud (AVS).

- Descentralización y separación del financiador y el proveedor de servicios con una nueva estructura organizativa que integra los equipos directivos.
- Mayor autonomía financiera y capacidad organizativa.
- Mayor responsabilidad en la gestión asistencial y económica.
- Mayor integración de la Atención Primaria y la especializada.
- Eliminación de compartimentos estancos, duplicidades y visitas innecesarias.
- Cooperación entre servicios y profesionales.
- Mayor capacidad resolutoria de la Atención Primaria.

En conjunto, dice Jiménez Cantos, “se ha mejorado la eficiencia global del sistema”, y la cuenta de resultados “constituye la nueva herramienta de gestión de los departamentos de salud”.

El Plan Estratégico de la AVS contempla estos aspectos: alineamiento, dirección estratégica, acuerdos de gestión por objetivos, vinculación con la productividad y la carrera profesional. Dicho plan supuso una reflexión estructurada en el equipo directivo de la AVS y la participación en el Con-



Los hospitales persiguen el concepto de medicina humanizada: el paciente se recupera en un ambiente saludable.

## Instrumentos para el buen gobierno de la sanidad

Política basada en la evidencia de lo que funciona y en el interés público: libros blancos e informes públicos, en los que se analicen los problemas, alternativas y políticas, para que su lógica sea conocida y pueda recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad.

Transparencia y rendición de cuentas. Toda la información generada por la actividad pública que no desvele datos personales debe ser de dominio público.

Consejos de gobierno, administración o patronatos a todos los niveles del sistema sanitario, que sean la máxima autoridad de los mismos, ante los que responderán los gestores ejecutivos.

Selección de cargos ejecutivos basada en criterios de profesionalidad, con concurrencia pública e intervención de los órganos colegiados de gobierno correspondientes.

Estructuras efectivas de participación de los médicos y otros profesionales en la elaboración de políticas sanitarias y toma de decisiones.

Autonomía de los centros e instituciones, tanto para los servicios autonómicos de salud respecto a la Administración general, como para los hospitales, áreas, etcétera.

Desarrollo de servicios sociosanitarios. El buen gobierno de la sanidad exige un esfuerzo de desarrollo de los servicios sociales y mecanismos eficaces de coordinación con éstos.

La salud en todas las políticas: el campo de acción de la sanidad pública va más allá de los servicios sanitarios, a la protección y promoción de la salud y a la prevención.



Las salas de espera tienden a hacerse más grandes y cómodas para los pacientes. En esta imagen, una de las salas de espera del Hospital Infanta Sofía (Madrid).

## Puntos críticos en los

**L**os problemas de gobierno y gestión de los hospitales públicos se dan en los gestores, por su discrecionalidad, inestabilidad con alta rotación, desprofesionalización y la consideración partidaria”, expone José Manuel Freire Campo, jefe del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad. Las consecuencias de ello son falta de autoridad y vulnerabilidad a las presiones, baja eficiencia y calidad mejorable, lo que implica “la inexistencia de racionalidad de autonomía del hospital”.

Sostiene Freire que en los mejores sistemas públicos integrados europeos se da:

- Separación y diferenciación entre el sistema sanitario público y la administración pública general.
- Servicios de Salud organizados más como empresas públicas que como departamentos de la Administración general.
- Autonomía de gobierno y gestión para los servicios de Salud y sus unidades operativas (hospital, área, etcétera). Por ejemplo, cada hospital contrata y emplea a su propio personal.
- Existen órganos colegiados de gobierno (consejos de administración) a todos los niveles de la sanidad pública. Los consejos tienen la máxima autoridad y son cauce de participación democrática y control social y cívico de los servicios.
- Gestión profesional, no-partidaria, con una Administración pública políticamente neutral, estable y profesionalizada: gestores profesionales seleccionados por su capacidad, que responden ante los consejos y no tienen carácter alguno de nombramiento político.
- Existe una cultura política democrática, con normas y códigos de conducta que obligan a un alto nivel de transparencia y de rendición de cuentas, a una exigencia democrática de justificación, explicación y debate de las decisiones políticas, que van precedidas de informes (libros blancos) sometidos a conocimiento, y discusión pública de ciudadanos y expertos.

De ahí que cite cuatro grandes bloques de consenso para un acuerdo sobre el buen gobierno en el Sistema Nacional de Salud (SNS): valores explícitos de ética pública y de servicio público en sanidad compartidos por todos; fórmulas e instrumentos generales para el buen gobierno del conjunto del SNS y de los servicios autonómicos de Salud; acuerdo sobre órganos de gobierno y coordinación horizontal en el SNS entre los servicios autonómicos de Salud; y un rediseño organizativo en los hospitales basado en los valores compartidos y en el acuerdo sobre fórmulas e instrumentos de buen gobierno. Para Freire, el pacto político de buen gobierno en sanidad exigiría despolitizar el gobierno y la gestión sanitaria del día a día, sacándolo de la dialéctica partidaria gobierno-oposición y abriéndolo a una amplia partici-

sejo Estratégico de más de 300 profesionales y directivos de los distintos departamentos.

¿Qué resultados ofrece hasta ahora el modelo de gestión valenciano? En cuanto al impacto sobre toda la organización, se han dado los pasos más importantes en la estructura organizativa y de gestión de la Consejería de Sanidad, cuyas actuaciones asumen las bases del nuevo modelo; las nuevas herramientas de gestión permiten que el modelo comience a 'filtrarse' entre los profesionales; la cuenta de resultados está facilitando la gestión económica integrada: Primaria+especializada+concertos; mayor

implicación de los profesionales en la gestión, y estímulo para la búsqueda de una mayor eficiencia.

En resumen: un cambio de cultura en la organización. En el ámbito asistencial, el nuevo modelo, según Jiménez Cantos, "no es un fin en sí mismo, sino un medio que sirve de palanca y motor de cambio para la puesta en marcha de medidas que mejoren la prestación de una asistencia integral y preventiva, la eficiencia y eficacia y la alineación de las formas de provisión según necesidades y expectativas de la población, o sea, accesibilidad y calidad de los servicios al ciudadano". ■

## hospitales públicos

pación. "Probablemente sea la única fórmula de eficacia probada para proteger los servicios públicos sanitarios de la dura cultura "de adversarios" que impregna toda la vida política", afirma. Lo cual "tendría un impacto positivo para los profesionales sanitarios y ciudadanos, ya que los valores de ética pública conectan muy directamente con los valores y la ética profesional, sin la cual no es concebible la buena medicina.

Restablecer los órganos colegiados de gobierno en los hospitales públicos adquiere una notable importancia, ya que el sistema actual (línea de mando-confianza política) tiene vicios y problemas bien conocidos. Además, los consejos de administración o de gobierno son la norma en todo tipo de grandes organizaciones públicas y privadas, y permiten una efectiva rendición de cuentas (*accountability*) por parte de los gestores. Según el responsable del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad, su implantación en la sanidad pública es un instrumento necesario e imprescindible para dar estabilidad y autoridad a la gestión, posibilitar la autonomía de los centros y mejorar la eficiencia y calidad.

### Lo que se necesita

- › Órgano colegiado de gobierno, depositario de la autoridad de la Consejería-Gobierno.
- › Gestores profesionales, seleccionados por su capacidad, que respondan ante el Consejo de Administración.
- › Un buen sistema de normas de funcionamiento (reglamentos y códigos de conducta regulación de conflictos de interés), basados en valores de servicios públicos (cultura de transparencia, rendición de cuentas).
- › Marco estable de desarrollo para la función directiva y la administración sanitaria-hospitalaria (gestión general, clínica, enfermería, hostelería etcétera), que profesionalice estas funciones claves.
- › Mecanismos eficaces de participación de médicos y de otros profesionales en la organización y funcionamiento de la sanidad.



**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Zomarist 50 mg/850 mg comprimidos recubiertos con película. Zomarist 50 mg/1000 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** **Zomarist 50 mg/850 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 50 mg de vildagliptina y 850 mg de hidrocloreuro de metformina (correspondientes a 660 mg de metformina). **Zomarist 50 mg/1000 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 50 mg de vildagliptina y 1000 mg de hidrocloreuro de metformina (correspondientes a 780 mg de metformina). Para consultar la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Zomarist 50 mg/850 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo, de bordes biselados, marcado con "NVR" en una cara y "SEH" en la otra. **Zomarist 50 mg/1000 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, de bordes biselados, marcado con "NVR" en una cara y "FLO" en la otra. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Zomarist está indicado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que no pueden conseguir un control suficiente de la glucemia con la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia por vía oral o que ya están en tratamiento con la combinación de vildagliptina y metformina en comprimidos individuales. **Posología y forma de administración Adultos:** Dependiendo de la dosis de metformina que esté tomando el paciente, el tratamiento con Zomarist puede iniciarse con dos comprimidos diarios de 50 mg/850 mg o de 50 mg/1000 mg, uno por la mañana y otro por la noche. La dosis diaria recomendada es de 100 mg de vildagliptina más 2000 mg de hidrocloreuro de metformina. Los pacientes en tratamiento con vildagliptina y metformina en comprimidos individuales pueden cambiarse al tratamiento con Zomarist manteniendo la misma dosis de cada componente. No se recomiendan dosis superiores a 100 mg de vildagliptina. No se dispone de experiencia clínica con vildagliptina y metformina en combinación triple con otros fármacos antihipertensivos. La administración de Zomarist con o justo después de las comidas puede reducir los síntomas gastrointestinales asociados a metformina. **Información adicional sobre poblaciones especiales:** **Insuficiencia renal.** Zomarist no debe utilizarse en pacientes con un aclaramiento de creatinina < 60 ml/min (ver "Contraindicaciones" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia hepática.** Zomarist no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo aquellos pacientes con valores pre-tratamiento de alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato aminotransferasa (AST) > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) (ver "Contraindicaciones", "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). **Pacientes de edad avanzada (> 65 años).** Dado que metformina se excreta por vía renal y que los pacientes de edad avanzada tienden a presentar una función renal disminuida, cuando estos pacientes estén en tratamiento con Zomarist debe monitorizarse regularmente su función renal (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). La administración de Zomarist no ha sido estudiada en pacientes mayores de 75 años. Por ello no se recomienda el uso de Zomarist en esta población. **Población pediátrica (< 18 años)** Zomarist no está recomendado para uso en niños y adolescentes debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones** - Hipersensibilidad a los principios activos o alguno de los excipientes. - Cetoadicidosis diabética o pre-coma diabético. - Fallo o insuficiencia renal, definida como un aclaramiento de creatinina < 60 ml/min (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). - Trastornos agudos que potencialmente pueden alterar la función renal, tales como: deshidratación, infección grave, shock, administración intravascular de medios de contraste yodados (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). - Enfermedad crónica o aguda que pueda causar hipoxia tisular, como: insuficiencia cardíaca o respiratoria, infarto de miocardio reciente, shock. - Insuficiencia hepática (ver "Posología y forma de administración", "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). - Intoxicación alcohólica aguda, alcoholismo. - Lactancia (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo General:** Zomarist no es un sustituto de la insulina en pacientes que requieran insulina y no debe administrarse en pacientes con diabetes tipo 1. **Acidosis láctica:** La acidosis láctica es un trastorno metabólico grave que se produce muy raramente y puede deberse a la acumulación de metformina. Los casos de acidosis láctica notificados en pacientes tratados con metformina se han producido principalmente en pacientes diabéticos con insuficiencia renal significativa. El aclaramiento de lactato puede estar disminuido en pacientes con insuficiencia hepática. La incidencia de acidosis láctica puede y debe reducirse también mediante la evaluación de otros factores de riesgo asociados tales como el control insuficiente de la diabetes, cetosis, situación de ayuno prolongado, ingesta de alcohol excesiva, insuficiencia hepática y cualquier trastorno asociado a hipoxia (ver también "Contraindicaciones" y "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Diagnóstico de la acidosis láctica.** La acidosis láctica se caracteriza por disnea aguda, dolor abdominal e hipotermia seguidos por coma. El diagnóstico de laboratorio incluye un descenso del pH sanguíneo, niveles plasmáticos de lactato mayores de 5 mmol/l y aumento del desequilibrio aniónico (anion gap) y del cociente lactato/piruvato. Si se sospecha una acidosis metabólica, debe interrumpirse el tratamiento con el medicamento y el paciente debe hospitalizarse inmediatamente (ver "Sobredosis"). **Insuficiencia renal:** Dado que metformina se excreta por vía renal, deben monitorizarse regularmente las concentraciones séricas de creatinina: al menos una vez al año en pacientes con función renal normal; al menos de dos a cuatro veces al año en pacientes con niveles séricos de creatinina en el límite superior del intervalo normal y en pacientes de edad avanzada. La insuficiencia renal en pacientes de edad avanzada es frecuente y asintomática. Debe tenerse especial precaución en situaciones en las que la función renal puede estar alterada, por ejemplo al iniciar una terapia con diuréticos, antihipertensivos o AINES. **Insuficiencia hepática:** Los pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo aquellos pacientes con valores pre-tratamiento de ALT o AST > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN), no deben ser tratados con Zomarist (ver "Posología y forma de administración", "Contraindicaciones" y "Reacciones adversas"). **Monitorización de las enzimas hepáticas con vildagliptina.** Se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y los resultados de los controles de la función hepática volvieron a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. Deben realizarse controles de la función hepática antes de iniciar el tratamiento con Zomarist para determinar los valores basales del paciente. Durante el tratamiento con Zomarist debe monitorizarse la función hepática a intervalos de tres meses durante el primer año y después de forma periódica. Los pacientes que desarrollen un aumento de los niveles de transaminasas deben ser monitorizados con una segunda evaluación de la función hepática para confirmar los hallazgos y se les debe realizar un seguimiento posterior con controles frecuentes de la función hepática hasta que los valores anormales vuelvan a la normalidad. En caso de que persistan aumentos de 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de AST o ALT o aumentos mayores, se recomienda interrumpir el tratamiento con Zomarist. Debe interrumpirse el tratamiento con Zomarist en los pacientes que presenten ictericia u otros signos que sugieran una disfunción hepática. Tras la interrupción del tratamiento con Zomarist y la normalización de los resultados de las pruebas de función hepática, el tratamiento con Zomarist no debe reiniciarse. **Insuficiencia cardíaca:** La experiencia con vildagliptina es limitada en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de clase funcional II de la New York Heart Association (NYHA) y, por ello, vildagliptina ha de utilizarse con precaución en estos pacientes. No hay experiencia del uso de vildagliptina en ensayos clínicos en pacientes con clase funcional NYHA III/IV y, por ello, no se recomienda su uso en estos pacientes. Metformina está contraindicada en pacientes con insuficiencia cardíaca, por lo que Zomarist está contraindicado en esta población de pacientes (ver "Contraindicaciones"). **Trastornos de la piel:** En estudios toxicológicos no clínicos en monos se han observado lesiones de la piel, incluyendo ampollas y úlceras, en extremidades. Aunque en los ensayos clínicos no se ha observado un aumento de la incidencia de lesiones de la piel, se dispone de experiencia limitada en pacientes con complicaciones diabéticas de la piel. Por ello, como cuidados de rutina del paciente diabético, se recomienda la monitorización de los trastornos de la piel, tales como ampollas o úlceras. **Ciugía:** Puesto que Zomarist contiene metformina, el tratamiento debe interrumpirse 48 horas antes de la cirugía programada con anestesia general y no debe reanudarse hasta pasadas 48 horas desde la intervención. **Administración de medios de contraste yodados:** La administración intravascular de medios de contraste yodados en estudios radiológicos puede producir fallo renal. Por lo tanto, debido al principio activo metformina, debe interrumpirse el tratamiento con Zomarist antes o cuando se vaya a realizar la prueba y no debe reanudarse hasta 48 horas después de la prueba, y solamente después de que la función renal haya sido re-evaluada y se haya obtenido un resultado normal (ver "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han realizado estudios específicos de interacciones con Zomarist. A continuación se presenta la información disponible sobre los principios activos individuales. **Vildagliptina:** Vildagliptina presenta un bajo potencial de interacción con otros medicamentos que se administran simultáneamente. Dado que vildagliptina no es un sustrato enzimático del citocromo P (CYP) 450 y no inhibe o induce las enzimas del CYP 450, no es probable que interactúe con principios activos que sean sustratos, inhibidores o inductores de estas enzimas. Los resultados de ensayos clínicos realizados con vildagliptina en combinación con los antihipertensivos orales pioglitazona, metformina y gliburida no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes en la población diana. Los ensayos clínicos de interacción farmacológica realizados en voluntarios sanos con digoxina (sustrato de la glicoproteína P, gpP), warfarina (sustrato del CYP2C9) no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante con vildagliptina. Se han realizado ensayos clínicos de interacciones farmacológicas con amiodipino, ramipril, valsartán y simvastatina en sujetos sanos. En estos ensayos no se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante con vildagliptina. Sin embargo, esto no se ha establecido en la población diana. Como ocurre con otros antihipertensivos orales, el efecto hipoglucemiante de vildagliptina puede verse reducido por determinados principios activos, incluyendo tiazidas, corticosteroides, productos para la tiroides y simpaticomiméticos. **Metformina:** **Combinaciones no recomendadas:** El riesgo de acidosis láctica aumenta en casos de intoxicación alcohólica aguda (particularmente en situación de ayuno, malnutrición o insuficiencia hepática) debido al principio activo metformina de Zomarist (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Debe evitarse el consumo de alcohol y de los medicamentos que lo contengan. Los fármacos catiónicos que se eliminan por secreción tubular renal (p.ej. cimetidina) pueden interactuar con metformina al competir con ésta por los sistemas de transporte tubular renal comunes y por lo tanto retrasar la eliminación de metformina, lo que puede aumentar el riesgo de acidosis láctica. Un ensayo en voluntarios sanos mostró que cimetidina, administrada a una dosis de 400 mg dos veces al día, aumentaba la exposición sistémica de metformina (AUC) en un 50%. Por ello, cuando se administran simultáneamente medicamentos con carga catiónica que se eliminan a través de la secreción tubular renal (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"), se debe considerar la monitorización rigurosa del control de la glucemia, ajustes de la dosis dentro de la posología recomendada y cambios en el tratamiento de la diabetes. La administración intravascular de medios de contraste yodados puede producir fallo renal, con la consiguiente acumulación de metformina y riesgo de acidosis láctica. Debe interrumpirse el tratamiento con metformina antes o cuando se vaya a realizar la prueba y no debe reanudarse hasta 48 horas después de la prueba y solamente después de que la función renal haya sido re-evaluada y se haya obtenido un resultado normal. **Combinaciones que requieren precauciones de uso:** Los glucocorticoides, los agonistas beta-2 y los diuréticos tienen una actividad hiperglucemiante intrínseca. Se debe informar al paciente de la interrupción del tratamiento con metformina. Si fuese necesario, puede tener que ajustarse la dosis de Zomarist durante el tratamiento concomitante y cuando éste se interrumpe. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) pueden disminuir los niveles de glucosa en sangre. Si fuese necesario, se debe ajustar la dosis del medicamento antihipertensivo durante el tratamiento con el otro medicamento y cuando éste se interrumpe. **Embarazo y lactancia** No existen datos suficientes sobre la utilización de Zomarist en mujeres embarazadas. Para vildagliptina, los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a dosis altas. Para metformina, los estudios en animales no han mostrado toxicidad reproductiva. Los estudios en animales realizados con vildagliptina y metformina no han mostrado evidencia de teratogenicidad pero mostraron efectos fetotóxicos a dosis maternotóxicas. Se desconoce el riesgo en seres humanos. Zomarist no debe utilizarse durante el embarazo. Estudios en animales han demostrado la excreción de metformina y vildagliptina en la leche. Se desconoce si vildagliptina se excreta en la leche humana pero metformina se excreta en cantidades bajas. Debido al riesgo potencial de hipoglucemia en el neonato relacionada con metformina y a la ausencia de datos en seres humanos con vildagliptina, Zomarist no debe administrarse durante la lactancia (ver "Contraindicaciones"). **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Los pacientes que puedan experimentar mareos como reacción adversa deben evitar conducir vehículos o utilizar máquinas. **Reacciones adversas** No se han realizado ensayos clínicos terapéuticos con Zomarist. Sin embargo, se ha demostrado la bioequivalencia de Zomarist con la administración concomitante de vildagliptina y metformina. Los datos aquí presentados se refieren a la administración concomitante de vildagliptina y metformina, al añadir vildagliptina a un tratamiento con metformina. No se dispone de ensayos en los que metformina se haya añadido a vildagliptina. La mayoría de las reacciones adversas fueron leves y transitorias, no fue necesario interrumpir el tratamiento. No se encontró asociación alguna entre las reacciones adversas y la edad, origen étnico, duración de la exposición o dosis diaria. Con vildagliptina, se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y la función hepática volvió a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. En ensayos clínicos controlados en monoterapia y combinación o add-on de hasta 24 semanas de duración, la incidencia de elevaciones > tres veces el límite superior de la normalidad (LSN) de ALT o AST (a efectos de clasificación, presentes al menos en 2 determinaciones consecutivas o en la visita final durante el tratamiento) fue de 0,2%, 0,3% y 0,2% con 50 mg de vildagliptina una vez al día, 50 mg de vildagliptina dos veces al día y todos los comparadores, respectivamente. Estas elevaciones de las transaminasas fueron generalmente asintomáticas, no progresaron ni se asociaron aolestias o ictericia. Se han notificado casos raros de angioedema con vildagliptina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando vildagliptina se administró en combinación con un IECA. La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vildagliptina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron vildagliptina en ensayos doble ciego en terapia add-on con metformina (Tabla 1) y en monoterapia (Tabla 2) se enumeran a continuación según la clasificación por órganos/sistemas y frecuencias absolutas. Las reacciones adversas enumeradas en la Tabla 3 se basan en la información de la Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto de metformina autorizada en la Unión Europea. Las frecuencias se definen como: 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), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vildagliptina más metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de vildagliptina más metformina o con placebo más metformina. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron vildagliptina en combinación con metformina (1%) y poco frecuente en pacientes que recibieron placebo + metformina (0,4%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vildagliptina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de vildagliptina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Información adicional sobre los principios activos individuales de la combinación a dosis fijas:** **Vildagliptina.** La incidencia global de interrupciones del tratamiento en los ensayos de monoterapia controlados debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vildagliptina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vildagliptina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vildagliptina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vildagliptina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Metformina** "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenir, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. **Sobredosis.** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vildagliptina** La información sobre la sobredosis de vildagliptina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vildagliptina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parésia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parésia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si ésta no puede eliminarse por hemodíalisis, pero si su principal metabolito de hidrólisis es la metformina (ver "Farmacología")). El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodíalisis. Sin embargo, vildagliptina no puede eliminarse por hemodíalisis, pero si su principal metabolito de hidrólisis es la metformina (ver "Farmacología"). **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes:** Nucleo del comprimido: Hidroxipropilcelulosa, Estearato de magnesio, *Cubierta del comprimido:* Hipromelosa, Dióxido de titanio (E 171), Óxido de hierro amarillo (E 172), Macrogol 4000, Talco. **Incompatibilidades** No procede el uso de Zomarist para proteger de la humedad. **Período de validez** 18 meses. **Precauciones especiales de conservación** Conservar en el embalaje original (blister) para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blister aluminio/aluminio (PVA/PPVC/Al). Disponible en envases con 10, 30, 60, 120, 180 o 360 comprimidos recubiertos con película y en envases múltiples con 120 (2x60), 180 (3x60) o 360 (6x60) comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases y dosis. **Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** **Zomarist 50 mg/850 mg:** EU/1/08/483/001-006; EU/1/08/483/013-015. **Zomarist 50 mg/1000 mg:** EU/1/08/483/007-012; EU/1/08/483/016-018. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 01.12.2008 **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2008. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiación. Aportación reducida. **PRESTACIÓN DE PRECIOS** Zomarist 50 mg/850 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 60 comprimidos: PVP = 63,04€ PVP + IVA = 65,57€. Zomarist 50 mg/1000 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 60 comprimidos: PVP = 63,04€ PVP + IVA = 65,57€. Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

**Tabla 1. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente 100 mg de vildagliptina en terapia add-on con metformina comparadas con placebo más metformina en ensayos doble ciego (N=280)**

Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Tembor
Frecuentes	Cefalea
Frecuentes	Mareos
Poco frecuentes	Fatiga
Trastornos gastrointestinales	
Frecuentes	Náuseas
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Hipoglucemia

**Tabla 2. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente 100 mg de vildagliptina en monoterapia en ensayos doble ciego (N=1.855)**

Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Mareos
Poco frecuentes	Cefalea
Trastornos gastrointestinales	
Poco frecuentes	Estreñimiento
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Poco frecuentes	Artralgia
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Poco frecuentes	Hipoglucemia
Infecciones e infestaciones	
Muy raras	Infecciones del aparato respiratorio superior
Muy raras	Nasofaringitis
Trastornos vasculares	
Poco frecuentes	Edema periférico

al paciente y realizar un control más frecuente de la glucosa en sangre, especialmente al inicio del tratamiento. Si fuese necesario, puede tener que ajustarse la dosis de Zomarist durante el tratamiento concomitante y cuando éste se interrumpe. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) pueden disminuir los niveles de glucosa en sangre. Si fuese necesario, se debe ajustar la dosis del medicamento antihipertensivo durante el tratamiento con el otro medicamento y cuando éste se interrumpe. **Embarazo y lactancia** No existen datos suficientes sobre la utilización de Zomarist en mujeres embarazadas. Para vildagliptina, los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a dosis altas. Para metformina, los estudios en animales no han mostrado toxicidad reproductiva. Los estudios en animales realizados con vildagliptina y metformina no han mostrado evidencia de teratogenicidad pero mostraron efectos fetotóxicos a dosis maternotóxicas. Se desconoce el riesgo en seres humanos. Zomarist no debe utilizarse durante el embarazo. Estudios en animales han demostrado la excreción de metformina y vildagliptina en la leche. Se desconoce si vildagliptina se excreta en la leche humana pero metformina se excreta en cantidades bajas. Debido al riesgo potencial de hipoglucemia en el neonato relacionada con metformina y a la ausencia de datos en seres humanos con vildagliptina, Zomarist no debe administrarse durante la lactancia (ver "Contraindicaciones"). **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Los pacientes que puedan experimentar mareos como reacción adversa deben evitar conducir vehículos o utilizar máquinas. **Reacciones adversas** No se han realizado ensayos clínicos terapéuticos con Zomarist. Sin embargo, se ha demostrado la bioequivalencia de Zomarist con la administración concomitante de vildagliptina y metformina. Los datos aquí presentados se refieren a la administración concomitante de vildagliptina y metformina, al añadir vildagliptina a un tratamiento con metformina. No se dispone de ensayos en los que metformina se haya añadido a vildagliptina. La mayoría de las reacciones adversas fueron leves y transitorias, no fue necesario interrumpir el tratamiento. No se encontró asociación alguna entre las reacciones adversas y la edad, origen étnico, duración de la exposición o dosis diaria. Con vildagliptina, se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y la función hepática volvió a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. En ensayos clínicos controlados en monoterapia y combinación o add-on de hasta 24 semanas de duración, la incidencia de elevaciones > tres veces el límite superior de la normalidad (LSN) de ALT o AST (a efectos de clasificación, presentes al menos en 2 determinaciones consecutivas o en la visita final durante el tratamiento) fue de 0,2%, 0,3% y 0,2% con 50 mg de vildagliptina una vez al día, 50 mg de vildagliptina dos veces al día y todos los comparadores, respectivamente. Estas elevaciones de las transaminasas fueron generalmente asintomáticas, no progresaron ni se asociaron aolestias o ictericia. Se han notificado casos raros de angioedema con vildagliptina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando vildagliptina se administró en combinación con un IECA. La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vildagliptina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron vildagliptina en ensayos doble ciego en terapia add-on con metformina (Tabla 1) y en monoterapia (Tabla 2) se enumeran a continuación según la clasificación por órganos/sistemas y frecuencias absolutas. Las reacciones adversas enumeradas en la Tabla 3 se basan en la información de la Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto de metformina autorizada en la Unión Europea. Las frecuencias se definen como: 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), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vildagliptina más metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de vildagliptina más metformina o con placebo más metformina. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron vildagliptina en combinación con metformina (1%) y poco frecuente en pacientes que recibieron placebo + metformina (0,4%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vildagliptina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de vildagliptina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Información adicional sobre los principios activos individuales de la combinación a dosis fijas:** **Vildagliptina.** La incidencia global de interrupciones del tratamiento en los ensayos de monoterapia controlados debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vildagliptina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vildagliptina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vildagliptina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vildagliptina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Metformina** "En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica." "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenir, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. **Sobredosis.** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vildagliptina** La información sobre la sobredosis de vildagliptina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vildagliptina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parésia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), AST, proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parésia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Metformina** Una sobredosis masiva de metformina (o si ésta no puede eliminarse por hemodíalisis, pero si su principal metabolito de hidrólisis es la metformina (ver "Farmacología")). El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodíalisis. Sin embargo, vildagliptina no puede eliminarse por hemodíalisis, pero si su principal metabolito de hidrólisis es la metformina (ver "Farmacología"). **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes:** Nucleo del comprimido: Hidroxipropilcelulosa, Estearato de magnesio, *Cubierta del comprimido:* Hipromelosa, Dióxido de titanio (E 171), Óxido de hierro amarillo (E 172), Macrogol 4000, Talco. **Incompatibilidades** No procede el uso de Zomarist para proteger de la humedad. **Período de validez** 18 meses. **Precauciones especiales de conservación** Conservar en el embalaje original (blister) para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blister aluminio/aluminio (PVA/PPVC/Al). Disponible en envases con 10, 30, 60, 120, 180 o 360 comprimidos recubiertos con película y en envases múltiples con 120 (2x60), 180 (3x60) o 360 (6x60) comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases y dosis. **Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** **Zomarist 50 mg/850 mg:** EU/1/08/483/001-006; EU/1/08/483/013-015. **Zomarist 50 mg/1000 mg:** EU/1/08/483/007-012; EU/1/08/483/016-018. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 01.12.2008 **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2008. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiación. Aportación reducida. **PRESTACIÓN DE PRECIOS** Zomarist 50 mg/850 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 60 comprimidos: PVP = 63,04€ PVP + IVA = 65,57€. Zomarist 50 mg/1000 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 60 comprimidos: PVP = 63,04€ PVP + IVA = 65,57€. Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

**Tabla 3. Reacciones adversas conocidas de la metformina**

Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Muy raras	Disminución de la absorción de la vitamina B12 y acidosis láctica*
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Sabor metálico
Trastornos gastrointestinales	
Muy frecuentes	Náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y pérdida de apetito
Trastornos hepatobiliares	
Muy raras	Anormalidades en las pruebas de la función hepática o hepatitis**
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	
Muy raras	Reacciones cutáneas como eritema, prurito y urticaria

# ZOMARIST

EL NUEVO HÉROE

Presentamos Zomarist, el nuevo inhibidor de la DPP-4, combinación fija de vildagliptina y metformina, que potencia **las incretinas y reduce la resistencia a la insulina, mejorando así el control de la glucemia**. Este mecanismo de acción fisiológico evita los efectos secundarios de otros tratamientos como la hipoglucemia y el aumento de peso. Si en el control de la glucemia quiere dejar su marca, confíe en Zomarist.

INHIBIDOR  
de la **DPP-4**

NUEVOS

 **zomarist**<sup>®</sup>  
vildagliptina + metformina

 **JALra**<sup>®</sup>  
vildagliptina



# Un médico que abre todos los días

Los médicos ajustan sus horarios a los de sus pacientes con el objetivo de lograr una mejor asistencia .

Por J. Wayne Guglielmo

## Puntos clave

» Frente a la competencia, los médicos dan respuesta al paciente con más opciones, incluyendo un horario ampliado.

» Los pacientes están encantados con él y los médicos dicen que en su práctica diaria tienen horarios más previsible.

» El pago de las horas extras compensa todos los esfuerzos realizados por el médico.

**E**n un momento en el que los pacientes pueden elegir entre una gama de nuevas opciones convenientes para sus intereses —desde clínicas de urgencias a clínicas pequeñas y hospitales—, los médicos han respondido con más opciones favorables para los propios pacientes, incluyendo la atención el mismo día, el acceso abierto o los horarios flexibles, así como la ampliación de las horas de oficina.

Pero nada de esto es nuevo, ni demasiado audaz, al menos, para un médico de Springfield, el pediatra William M. Leahy. A finales de la década de 1970, él y sus socios lanzaron oficialmente su calendario para los siete días de la semana. Y si bien la ampliación del acceso ha demostrado ser tremendamente popular entre los pacientes, ha sido también bien re-

suelto por Leahy y sus cinco socios. Sorprendentemente, ha provocado que tanto su vida profesional como personal resulten mucho más previsible.

Springfield es una ciudad de EEUU de tamaño medio, que se encuentra aproximadamente a 20 kilómetros de Dayton, al suroeste, y a 30 de Columbus, al noreste. Ya en 1976, cuando llegó a la ciudad, esa ubicación resultó ser un problema. “No fuimos lo suficientemente cerca de ninguna ciudad para poder emplear los servicios de urgencias pediátricas”, dice. Y sin la cobertura pediátrica local en Springfield, Leahy y sus tres socios simplemente llenaron ese hueco con sus servicios.

Pero para el médico de fin de semana, es un mal horario, que requiere múltiples visitas. Los médicos de atención diaria lo tuvieron sólo un poco mejor. “En el momento en

que se cerraban los teléfonos a las 5 de la tarde aproximadamente, ya teníamos un montón de mensajes para analizar, pendientes de clasificar”.

### Médicos siempre disponibles

Las cosas llegaron a un punto crítico en un domingo, después de que uno de los socios había visto más de 40 niños durante el día. “Decidimos que sería más fácil simplemente mantener la consulta abierta más tiempo para las visitas de enfermos”, dice Leahy.

Y así, además de su horario normal de los sábados por la mañana, se extendió el horario diario de consulta hasta las diez de la noche. Cuando se demostró que el cambio resultó inmediatamente popular, los socios fueron un paso más allá, añadiendo el sábado por la tarde al horario de fin de semana, así como durante todo el día domingo. Al poco tiempo, esto ha derivado en una atención plena los siete días de la semana, además de todos los días festivos, excepto el día de Navidad.

Sobre el papel, el nuevo horario funcionó bien. Los médicos asignados a las noches de trabajo, por ejemplo, comenzaban su jornada a la una del mediodía y trabajaban hasta diez horas. Y puesto que estos tienden a ser los mismos médicos que se han de llamar ese día de todos modos, a menudo terminaron realizando menos horas de las que pudieran haber realizado de otro modo. Con frecuencia, en el verano, cuando la tos y los resfriados son menores, el tiempo en el que los médicos estaban de guardia también descendió, “ya que cerrábamos antes, si no había llamado nadie”.

Pero había que cambiar dos aspectos. Por un lado, el médico que trabajaba por la noche todavía tenía que cubrir la asistencia local. “En aquel entonces, alguien podía tener 20 enfermos citados para esa noche, pero si le llamaban para hacer una visita, tenía que dejar lo que estaba haciendo e ir”, recuerda Leahy. “Eso era un verdadero problema”.

Otra gran dificultad tuvo que ver con la compensación económica, o de forma más precisa, con la falta de ella. “Nos irritaba que los principales aseguradores de salud no ofrecieran una remuneración adicional para las horas extra y el acceso que ofrecíamos a los pacientes”, dice. “De alguna manera, consideran que lo que estábamos haciendo era algo perteneciente a nuestro horario rutinario, como si mantener nuestra consulta abierta en momentos como el día de Año Nuevo, pudiera ser considerado rutinario”.



William M. Leahy (en el centro) y sus cinco compañeros trabajan una noche a la semana. A la derecha, Lawrence Daykin, y a la izquierda, Raymond Cooper.

Durante el último decenio, Leahy y sus socios también han escapado a la mayoría de las visitas a las salas de partos, a pesar de proporcionar cuidados posteriores. “Los neonatólogos de The Children’s Medical decidieron cubrir la atención las 24 horas del día”, dice. “Eso nos quita mucha de la presión que tenemos”.

Hoy, la práctica del horario de siete días a la semana de Leahy está en funcionamiento a toda máquina.

Incluido el propio Leahy, en la actualidad hay seis socios, todos pediatras, que comparten alrededor de 36.000 historiales activos. Durante una semana típica, cinco de los seis socios trabajan una noche, mientras que el socio restante disfruta de una semana libre de llamadas nocturnas. Se establecen los horarios de fin de semana por separado, estableciendo rotaciones los sábados y domingos para mantener la cobertura. “Usted tiene todo el fin de semana libre o como mucho tiene que trabajar un sábado por la mañana”, dice Leahy.

Para ayudar a los médicos a llevar a cabo este ambicioso programa, han contratado un par de equipos de apoyo, uno para cubrir las horas normales y el otro para cubrir las horas de la noche y los fines de semanas. El coste extra del personal está más que compensado por la facturación adicional, por no hablar de la fidelidad de los pacientes.

Desde el principio, el calendario de los siete días de la semana ha sido un gran éxito entre los padres. “Nunca hemos hecho publicidad ni cualquier otra promoción”, dice Leahy. “Las noticias de nuestros horarios se han pro-



«Las noticias de nuestros horarios se han propagado por el 'boca a boca'. Para los padres, poder disponer de facilidad de acceso resulta un gran atractivo»

—William M. Leahy, MD

pagado por el 'boca a boca'. Para los padres, el disponer de facilidad de acceso resulta un gran atractivo”.

Al menos inicialmente, los nuevos médicos contratados para la práctica se han mostrado escépticos. “Siempre he dicho que en los futuros contratos estamos haciendo un contrato y medio”, dice Leahy. “Eso no interesa a algunas personas en absoluto. Otros están asustados al principio, pero cuando les exponemos claramente el calendario —y les aclaramos que su tiempo es bastante predecible en los días en que no están pendientes de llamadas— comienzan a ver sus beneficios”.

### Una buena idea para la práctica médica

¿Un horario de siete días a la semana tiene sentido para otro tipo de prácticas? Eso depende de las circunstancias, dice Leahy. En las ciudades con otras opciones disponibles —clínicas de atención de urgencias, clínicas de acceso a pie, o clínicas muy pequeñas— la idea puede que no sea práctica. “En Columbus, por ejemplo, hay varios servicios pediátricos de ur-

gencias”, señala. “Para los pediatras, es fácil dirigir sus enfermos hacia estos servicios fuera de su horario. “Los médicos de Atención Primaria, por supuesto, tienen aún más opciones que les son ofrecidas, que reducen aun más la necesidad de médicos con horarios de siete días a la semana. A pesar de ello, sus pacientes podrían todavía preferir horarios ampliados, tanto por la comodidad como por la reducción de copagos.

Los horarios ampliados a todos los días son susceptibles de ser aún mejor recibidos, tanto por médicos como por los pacientes en las comunidades más pequeñas, con menos opciones disponibles. “En Springfield, ahora tenemos varios centros de urgencias, pero son administrados por los médicos generales”, dice Leahy. “Y puesto que aún no tenemos acceso inmediato a los niños de las urgencias, la idea de un horario de siete días a la semana todavía tiene sentido aquí, al menos para los pediatras como yo”.

Cualquiera que sea la ubicación, añade Leahy, las ventajas económicas de una consulta, no son sencillas, ya que no sólo los contribuyentes, sino los propios pacientes parecen conocer muy bien. Como él dice: “La mayoría de las personas pagan entre 50 y 100 euros a otros, mientras que la gama de pagos en la consulta es de entre 10 y 45 euros. Esto hace que la consulta basada en las visitas de la mayoría de los pacientes, sea mucho más rentable”.

Sin embargo, Leahy sabe que otros médicos han sido lentos al emular sus horarios, tal vez porque no tienen suficientes profesionales para que pueda funcionar el sistema. (El tamaño de la consulta de Leahy parece el ideal, pero un menor número de médicos, dispuestos a trabajar más horas, también puede hacerlo bien). “A menudo, los pacientes que han experimentado este tipo de práctica me preguntan sobre la posibilidad de que médicos generales tengan horarios similares”, dice. “Básicamente, todo lo que puedo decir es buena suerte”.

De cualquier modo, él sigue siendo positivo. “Con nuestro horario, tengo que cubrir una sola noche a la semana, más un fin de semana de cada tres. Por el contrario, no tengo que pensar en quién están atendiendo mis pacientes”.

Esto le deja tiempo para pensar en otras cuestiones importantes de su vida como sus seis hijos, ahora crecidos, y un gran círculo de amigos cercanos y familiares. ■



SEGURO DE HOGAR MAPFRE

## EL BRICOLAJE CASERO TIENE LOS DÍAS CONTADOS

Al contratar el Seguro de Hogar MAPFRE además de tener un

25% de descuento,

**EL SERVICIO DE BRICOLAJE  
EN CASA GRATUITO\***

Y además si contratas conjuntamente el Seguro de Automóviles MAPFRE, tendrás condiciones especiales.

**Infórmate en cualquier oficina MAPFRE,  
tu tienda del seguro, en [mapfre.com](http://mapfre.com) y en el 902 100 324**

\*Durante el primer año. Promoción válida hasta el 31 de octubre de 2009.





# Los jueves

de

## Medical Economics®

# Despolitización de la Sanidad: Pacto sanitario

**Jueves, 19 de Noviembre de 2009, 19.30h**

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

Con la colaboración de



**NUTRICIA**

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

Una operación de 4.500 millones

## Abbott compra la farmacéutica de Solvay

**E**l grupo estadounidense Abbott ha cerrado la compra del negocio farmacéutico de la belga Solvay por 4.500 millones de euros en efectivo, una cantidad que podría ampliarse en 300 millones en función de diversos objetivos de ventas entre 2011 y 2013. Según los términos de la operación, cuyo cierre está previsto en el primer trimestre de 2010, Abbott asume una carga adicional de 400 millones de euros correspondiente a los planes de pensiones de los empleados de Solvay. La adquisición permite a Abbott acceder a “una gran cartera complementaria de productos farmacéuticos y una significativa presencia en mercados globales emergentes”, según la compañía. En este sentido, Abbott toma el control de TriCor, un medicamento para el tratamiento del colesterol. Recientemente, los analistas señalaban que la compra de Solvay permitiría al laboratorio estadounidense reducir su dependencia del fármaco contra la artritis Humira, un producto que facturó 4.500 millones de dólares en 2008. ■

Califica sus instalaciones como 'aptas'

## La FDA acepta a PharmaMar como fabricante de Yondelis

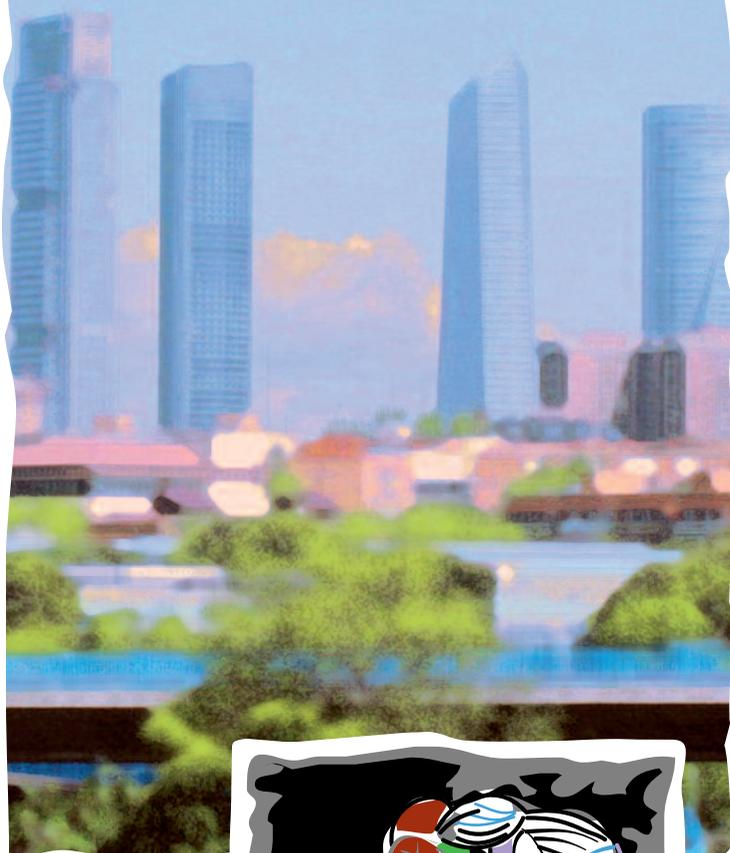
**L**as autoridades del medicamento de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) han comunicado a PharmaMar que, una vez completada la inspección en las instalaciones de la empresa en Colmenar Viejo (Madrid), clasifica a las citadas instalaciones como “aptas” para fabricar principios activos.

Certifican así que PharmaMar cumple con los requisitos y exigencias de las autoridades americanas para suministrar trabectedina, el principio activo de Yondelis, para el mercado estadounidense, condición necesaria para el posterior suministro en el mercado americano del fármaco, en caso de que Centocor Ortho Biotech Inc. consiga la autorización de comercialización por parte de las autoridades norteamericanas. Esta decisión de la FDA no afecta a la consideración de que la combinación de Yondelis y Doxil no es probable por el momento, recomendando esperar a que se completen los datos finales de supervivencia y se aporte información adicional para su evaluación. ■

# 3<sup>er</sup> CONGRESO

## SOCIEDAD MADRILEÑA DE TRASPLANTES

MADRID, 11-12 noviembre 2009  
HOTEL HUSA PRINCESA



**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Jalra 50 mg comprimidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido contiene 50 mg de vilaglipitina. Excipiente: cada comprimido contiene 47,82 mg de lactosa anhidra. Para consultar la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido. Comprimido de color blanco a ligeramente amarillo, redondo (8 mm de diámetro), plano, de bordes biselados. Marcado con «NVR» en una cara y «FB» en la otra. **DATOS CLÍNICOS**

**Indicaciones terapéuticas.** Vilaglipitina está indicada en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: Como terapia dual por vía oral en combinación con: - metformina, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia a pesar de recibir la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia; - una sulfonilurea, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia a pesar de recibir la dosis máxima tolerada de una sulfonilurea y para los que la metformina no es adecuada debido a contraindicaciones o intolerancia; - una tiazolidindiona, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia y para los que es adecuado el uso de una tiazolidindiona. **Posología y forma de administración** **Adultos:** Cuando se utiliza en combinación dual con metformina o una tiazolidindiona, la dosis diaria recomendada de vilaglipitina es de 100 mg, dividida en 50 mg por la mañana y 50 mg por la noche. Cuando se utiliza en combinación dual con una sulfonilurea, la dosis recomendada de vilaglipitina es de 50 mg una vez al día administrada por la mañana. Con este tratamiento de combinación, la administración de 100 mg de vilaglipitina una vez al día no fue más efectiva que la administración de 50 mg de vilaglipitina una vez al día. No se recomiendan dosis superiores a 100 mg. La seguridad y la eficacia de vilaglipitina como terapia oral triple en combinación con metformina y una tiazolidindiona o con metformina y una sulfonilurea no han sido establecidas. Jalra puede administrarse con o sin comida. **Información adicional sobre poblaciones especiales:** **Insuficiencia renal.** No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina  $\geq 50$  ml/min). El uso de Jalra no está recomendado en pacientes con insuficiencia renal grave o moderada o en pacientes sometidos a hemodiálisis con enfermedad renal en estadio terminal (ESRD) (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia hepática.** Jalra no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo pacientes con valores pre-tratamiento de alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato aminotransferasa (AST)  $> 3$  veces el límite superior de la normalidad (LSN) (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Pacientes de edad avanzada ( $\geq 65$  años).** No se requiere ajuste de dosis en pacientes de edad avanzada. La experiencia en pacientes de 75 años de edad y mayores es limitada y esta población debe tratarse con precaución. **Población pediátrica (< 18 años)** Jalra no está recomendado para uso en niños y adolescentes debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones** Hipersensibilidad al principio activo o alguno de los excipientes. **Advertencias y precauciones especiales de empleo** **Generales:** Jalra no es un sustituto de la insulina en pacientes que requieran insulina. Jalra no debe administrarse en pacientes con diabetes tipo 1 o para el tratamiento de la cetacidosis diabética. **Insuficiencia renal:** La experiencia en pacientes con insuficiencia renal moderada a grave o en pacientes con ESRD sometidos a hemodiálisis es limitada. Por ello, no se recomienda la administración de Jalra en estos pacientes. **Insuficiencia hepática:** Jalra no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo pacientes con valores pre-tratamiento de ALT o AST  $> 3$  veces el límite superior de la normalidad (LSN). **Monitorización de las enzimas hepáticas:** Se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y los resultados de los controles de la función hepática volvieron a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. Deben realizarse controles de la función hepática antes de iniciar el tratamiento con Jalra para determinar los valores basales del paciente. Durante el tratamiento con Jalra debe monitorizarse la función hepática a intervalos de tres meses durante el primer año y después de forma periódica. Los pacientes que desarrollen un aumento de los niveles de transaminasas deben ser monitorizados con una segunda evaluación de la función hepática para confirmar los hallazgos y se les debe realizar un seguimiento posterior con controles frecuentes de la función hepática hasta que los valores anormales vuelvan a la normalidad. En caso de que persistan aumentos de 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de AST o ALT o aumentos mayores, se recomienda interrumpir el tratamiento con Jalra. Debe interrumpirse el tratamiento con Jalra en los pacientes que presenten ictericia u otros signos que sugieran una disfunción hepática. Tras la interrupción del tratamiento con Jalra y la normalización de los resultados de las pruebas de función hepática, el tratamiento con Jalra no debe reiniciarse. **Insuficiencia cardíaca:** La experiencia con vilaglipitina es limitada en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de clase funcional I II de la New York Heart Association (NYHA) y, por ello, vilaglipitina ha de utilizarse con precaución en estos pacientes. No hay experiencia del uso de vilaglipitina en ensayos clínicos en pacientes con clase funcional NYHA III y IV, por ello, no se recomienda su uso en estos pacientes. **Trastornos de la piel:** En estudios toxicológicos no clínicos en monos, se han observado lesiones de la piel, incluyendo ampollas y úlceras, en extremidades. Aunque en los ensayos clínicos no se ha observado un aumento de la incidencia de lesiones de la piel, se dispone de experiencia limitada en pacientes con complicaciones diabéticas de la piel. Por ello, como cuidados de rutina del paciente diabético, se recomienda la monitorización de los trastornos de la piel, tales como ampollas o úlceras. **Excipientes:** Los comprimidos contienen lactosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción de glucosa o galactosa no deben tomar este medicamento. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** Vilaglipitina presenta un bajo potencial de interacción con otros medicamentos que se administran simultáneamente. Dado que vilaglipitina no es un sustrato enzimático del citocromo P (CYP) 450 y no inhibe o induce las enzimas del CYP 450, no es probable que interactúe con principios activos que sean sustratos, inhibidores o inductores de estas enzimas. **Combinación con pioglitazona, metformina y gliburida:** Los resultados de ensayos clínicos realizados con estos antihipertensivos orales no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes. **Dioxina (sustrato de la glicoproteína P gpP), warfarina (sustrato del CYP2C9):** Los resultados de ensayos clínicos realizados en voluntarios sanos no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes. Sin embargo, esto no se ha establecido en la población diana. **Combinación con amlodipino, ramipril, valsartán o simvastatina:** Se han realizado ensayos clínicos de interacciones farmacológicas con amlodipino, ramipril, valsartán y simvastatina en sujetos sanos. En estos ensayos no se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante de vilaglipitina. Como ocurre con otros antihipertensivos orales, el efecto hipoglucemiante de vilaglipitina puede verse reducido por determinados principios activos, incluyendo tiazidas, corticosteroides, productos para la tiroides y simpaticomiméticos. **Embarazo y lactancia** No existen datos suficientes sobre la utilización de vilaglipitina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a dosis altas. Se desconoce el riesgo potencial en seres humanos. Debido a la ausencia de datos en humanos, Jalra no debe utilizarse durante el embarazo. Se desconoce si vilaglipitina se excreta en la leche materna humana. Los estudios en animales han demostrado la excreción de vilaglipitina en la leche materna. Jalra no debe utilizarse durante la lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Los pacientes que experimenten mareos como reacción adversa deben evitar conducir vehículos o utilizar máquinas. **Reacciones adversas** Los datos de seguridad se han obtenido a partir de un total de 3.784 pacientes expuestos a vilaglipitina, con dosis diarias de 50 mg (una vez al día) o 100 mg (50 mg dos veces al día o 100 mg una vez al día), en ensayos clínicos controlados de al menos 12 semanas de duración. De estos pacientes, 2.264 recibieron vilaglipitina en monoterapia y 1.520 pacientes recibieron vilaglipitina en combinación con otro medicamento. 2.682 pacientes fueron tratados con 100 mg vilaglipitina al día (50 mg dos veces al día o 100 mg una vez al día) y 1.102 pacientes fueron tratados con 50 mg de vilaglipitina una vez al día. La mayor parte de las reacciones adversas notificadas en estos ensayos fueron leves y transitorias, y no motivaron a interrumpir el tratamiento. No se encontró asociación alguna entre las reacciones adversas y la edad, origen étnico, duración de la exposición o dosis diaria. Se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y la función hepática volvió a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. En ensayos clínicos controlados en monoterapia y combinación o add-on de hasta 24 semanas de duración, la incidencia de elevaciones  $\geq$  tres veces el límite superior de la normalidad (LSN) de ALT o AST (a efectos de clasificación, presentes al menos en 2 determinaciones consecutivas o en la visita final durante el tratamiento) fue de 0,2%; 0,3% y 0,2% con 50 mg de vilaglipitina una vez al día, 50 mg de vilaglipitina dos veces al día y todos los comparadores, respectivamente. Estas elevaciones de las transaminasas fueron generalmente asintomáticas, no progresaron ni se asociaron a colestasis o ictericia. Se han notificado casos raros de angioedema con vilaglipitina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando vilaglipitina se administró en combinación con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA). La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vilaglipitina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron Jalra en ensayos doble ciego en monoterapia y combinación o add-on se enumeran a continuación para cada indicación según la clasificación por órganos / sistemas y frecuencias absolutas. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes ( $\geq 1/10$ ), frecuentes ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ), poco frecuentes ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ), raras ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ), muy raras ( $< 1/10.000$ ), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. **Combinación con metformina:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vilaglipitina + metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de vilaglipitina + metformina o con placebo + metformina. En los ensayos clínicos la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron 100 mg diarios de vilaglipitina una vez al día en combinación con metformina (1%) y poco frecuente en pacientes que recibieron placebo + metformina (0,4%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento de vilaglipitina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de vilaglipitina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para vilaglipitina y placebo, respectivamente). **Combinación con una sulfonilurea:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 50 mg diarios de vilaglipitina + una sulfonilurea, la incidencia global de interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas fue del 0,6% en el grupo de tratamiento con 50 mg de vilaglipitina + sulfonilurea frente al 0% en el grupo con placebo + sulfonilurea. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia al añadir 50 mg diarios de vilaglipitina a glibemiprida fue del 1,2% frente al 0,6% para placebo + glibemiprida. No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vilaglipitina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 50 mg diarios de vilaglipitina a glibemiprida (-0,1 kg y -0,4 kg para vilaglipitina y placebo, respectivamente). **Combinación con una tiazolidindiona:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vilaglipitina + una tiazolidindiona, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos de tratamiento con 100 mg diarios de vilaglipitina + tiazolidindiona ni con placebo + tiazolidindiona. En los ensayos clínicos la incidencia de hipoglucemia fue poco

**Tabla 1. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 100 mg en combinación con metformina en ensayos doble ciego (N=280)**

Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Tembor
Frecuentes	Cefalea
Frecuentes	Mareos
Poco frecuentes	Fatiga
Trastornos gastrointestinales	
Frecuentes	Nauseas
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Hipoglucemia

**Tabla 2. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 50 mg en combinación con una sulfonilurea en ensayos doble ciego (N=170)**

Infecciones e infestaciones	
Muy raras	Nasofaringitis
Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Tembor
Frecuentes	Cefalea
Frecuentes	Mareos
Frecuentes	Astenia
Trastornos gastrointestinales	
Poco frecuentes	Estreñimiento
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Hipoglucemia

**Tabla 3. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 100 mg en combinación con una tiazolidindiona en ensayos doble ciego (N=158)**

Trastornos del sistema nervioso	
Poco frecuentes	Cefalea
Poco frecuentes	Astenia
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Frecuentes	Aumento de peso
Poco frecuentes	Hipoglucemia
Trastornos vasculares	
Frecuentes	Edema periférico

**Tabla 4. Reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron diariamente Jalra 100 mg como monoterapia en ensayos doble ciego (N=1.855)**

Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Mareos
Poco frecuentes	Cefalea
Trastornos gastrointestinales	
Poco frecuentes	Estreñimiento
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	
Poco frecuentes	Artralgia
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	
Poco frecuentes	Hipoglucemia
Infecciones e infestaciones	
Muy raras	Infecciones del tracto respiratorio superior
Muy raras	Nasofaringitis
Trastornos vasculares	
Poco frecuentes	Edema periférico

frecuente en pacientes que recibieron vilaglipitina + pioglitazona (0,6%), pero frecuente en pacientes que recibieron placebo + pioglitazona (1,9%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vilaglipitina. En ensayos con pioglitazona como tratamiento adicional, los aumentos en valor absoluto del peso corporal con placebo y Jalra 100 mg diario fueron 1,4 y 2,7 kg, respectivamente. La incidencia de edema periférico al añadir una dosis de 100 mg de vilaglipitina al día a un tratamiento base con pioglitazona a la dosis máxima (45 mg una vez al día) fue del 7,0% en comparación con el 2,5% para el tratamiento base con pioglitazona en monoterapia. Además, en los ensayos clínicos controlados de vilaglipitina en monoterapia la incidencia global de interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con vilaglipitina con dosis de 100 mg al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores (0,5%) activos. En los ensayos clínicos controlados comparativos de vilaglipitina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, notificada en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vilaglipitina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal por la monoterapia con 100 mg diarios de vilaglipitina (-0,3 kg y -1,3 kg para vilaglipitina y placebo, respectivamente). **Sobredosis** La información sobre la sobredosis de vilaglipitina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de Jalra en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de parestesia leve y transitoria, fiebre, edema y un aumento transitorio de los niveles de lipasa. Con 600 mg se observó un caso de edema en pies y manos y aumentos en los niveles de creatinina fosfoquinasa (CPK), aspartato aminotransferasa (AST), proteína C-reactiva (CRP) y mioglobina. Otros tres sujetos experimentaron edema en los pies, con parestesia en dos casos. Tras interrumpir la administración del medicamento en estudio, todos los síntomas y los valores de laboratorio anormales se resolvieron sin necesidad de tratamiento. **Tratamiento:** En caso de sobredosis se recomienda un tratamiento de soporte. Vilaglipitina no puede eliminarse por hemodiálisis. Sin embargo, el metabolito principal de hidrólisis (LAY 151) puede eliminarse por hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes** Lactosa anhidra, Celulosa microcristalina, Glicolato sódico de almidón (tipo A), Estearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **Período de validez** 2 años. **Precauciones especiales de conservación** Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blister aluminio/aluminio (PA/Al/PVC/Al). Disponible en envases con 7, 14, 28, 30, 56, 60, 90, 112, 180 o 336 comprimidos y envases múltiples con 336 (6x112) comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN EU/1/08/485/001-011. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 19.11.2008 **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO** Noviembre 2008 **REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiada. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Jalra 50mg comprimidos, envase de 28 comprimidos: PVP =33,62€ PVP +IVA =34,97€. Jalra 50mg comprimidos, envase de 56 comprimidos: PVP =53,80€ PVP +IVA =55,95€ Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

# ESCÁPESE... con Medical Economics

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.

❖ **¿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)\*

❖ **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)

# Cultura

## LIBROS

### Apoyo psicológico para las enfermedades raras

**E**l diagnóstico de enfermedad crónica grave genera un alto nivel de angustia e incertidumbre tanto en el paciente como en su familia. En el caso de las enfermedades raras el impacto es mucho mayor, por el largo proceso que deben seguir muchos pacientes y familiares hasta conseguir un diagnóstico correcto y por la realidad de una enfermedad casi siempre muy grave, que carece de tratamiento específico y en la que la información suele ser deficiente. Conscientes de este problema, la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) en colaboración con Merck Serono, acaban de publicar la primera *Guía de Apoyo Psicológico para Enfermedades Raras*, dirigida a pacientes, familiares, cuidadores y profesionales de la salud. Con la idea de enseñar a discernir mejor qué tipo de ayuda es la más adecuada en cada caso, la guía establece unos criterios de actuación específicos para profesionales y voluntarios que trabajen con pacientes de enfermedades raras y sus familias.



**Título:** *Guía de Apoyo Psicológico en Enfermedades Raras*.  
**Distribuye:** Merck Serono  
76 págs

## EXPOSICIONES

### El valor de una imagen

**E**n tiempos de crisis para el fotoperiodismo, la ya clásica exposición World Press Photo es la mejor defensa posible del valor que puede llegar a tener una imagen. Organizada a partir del material seleccionado para los Premios World Press Photo, la muestra se podrá disfrutar en tres ciudades españolas en los próximos meses. Tras una primera parada en la Casa del Hombre de A Coruña, recalará en Vitoria en la Sala Espacio Lineal donde se podrá visitar hasta el 3 de diciembre. Por último, y como ya viene siendo habitual en este museo, el Centre de Cultura Contemporània de Barcelona cobijará la exposición desde el 11 de noviembre hasta el 13 de diciembre.



### Historias pintadas

**E**l Museo del Prado acoge la exposición *Rembrandt. Pintor de historias* hasta el próximo 6 de enero. Se trata de la primera muestra monográfica que se dedica al maestro holandés en España y constituye, además, la primera ocasión en que el Prado expone la única obra de Rembrandt, *Artemisa*, que forma parte de su colección permanente en el contexto de la producción del artista. Compuesta por 35 pinturas y estampas procedentes de veinte puntos distintos de Europa y Estados Unidos, la exposición, se centra en la figura de Rembrandt como pintor narrador. Entre las obras que se podrán contemplar en el Prado destacan el cuadro *San Pedro y San Pablo*, o el monumental *Sansón y Dalila*.



## TEATRO

### Les Luthiers entregarán sus 'Premios Mastropiero' en Madrid

**L**a cartelera madrileña contará este otoño con una de las piezas más aclamadas del grupo argentino Les Luthiers. "Los Premios Mastropiero" permanecerá en el Palacio Municipal de Congresos de Campo de las Naciones hasta el 15 de noviembre. La pieza es un espectáculo teatral de humor musical que parodia las grandes entregas de premios del "mundillo" artístico. La obra se estrenó en Argentina en 2005 y desde entonces ha recorrido los teatros argentinos, mexicanos y españoles con gran éxito de público. Les Luthiers son unos habituales de la temporada teatral española y cuentan con un público fiel y selecto. Sus puestas en escena se caracterizan por el depurado humor de sus diálogos y la música, interpretada siempre con instrumentos de creación propia.



Segunda edición de la obra

## 'Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud'

**T**ras el éxito de la primera edición, Spanish Publishers Associated con el patrocinio de Astellas ha lanzando una segunda edición de la obra *Un compromiso con la Sanidad: la promoción integral de la salud*. Su autor, Honorio-Carlos Bando Casado, miembro del Consejo Editorial de MEDICAL ECONOMICS, profundiza con una visión analítica en las áreas que afectan a la promoción de la salud de la sociedad, fruto de su capacidad de diálogo y consenso y de sus habilidades para buscar el equilibrio y la credibilidad. Su obra aborda un estudio de investigación que tiene por objetivo poner de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una promoción de la salud integral, coordinando los determinantes más importantes que pueden incidir en una mejora de la salud y la calidad de vida para toda la población del Sistema Nacional de Salud. ■

156,3 millones de euros

## Bruselas y la industria farmacéutica cofinanciarán nuevas investigaciones

**L**a Comisión Europea y la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA) cofinanciarán con 156,3 millones de euros programas para la investigación y desarrollo de nuevos fármacos contra el cáncer y las enfermedades inflamatorias e infecciosas, en el marco de la iniciativa sobre medicamentos innovadores (IMI), que ya recibió 246 millones el pasado año.

Se trata de la segunda convocatoria de propuestas de este plan que cuenta con un presupuesto total de 2.000 millones de euros para el período 2008-2017 y que es financiado al 50 por ciento por Bruselas y el sector privado. Los programas deberán investigar temas concretos como, por ejemplo, los biomarcadores en iconología para el desarrollo de medicamentos contra el cáncer o nuevos instrumentos para la validación de objetivos, con el fin de mejorar la eficacia de medicamentos oncológicos. ■



# La realidad de la depresión: clínica y farmacoeconomía

Organización Médica Colegial

Plaza de las Cortes, 11

Madrid, 17 de noviembre de 2009

Organiza

 Medical Economics

Con la colaboración de

 Lundbeck 

# Internet

## Monólogos humorísticos para fomentar las TIC

Sección patrocinada por

Web de I@  
MUJER

**P**erder el miedo a las TIC, “especialmente entre las personas más mayores y las más jóvenes”, es el objetivo que persigue el concurso *The Tic Club*, un certamen de monólogos humorísticos sobre las nuevas tecnologías convocado por

pretarán ante la cámara un monólogo sobre cualquiera de estos temas: los nuevos móviles; la banda ancha en casa y/o en la empresa; qué es un *blog*, los *blogueros* y el fenómeno *twitter*; buscadores y búsqueda de informaciones en la *web*; educar con las nuevas tecnologías; la Web 2.0, conversar, compartir y cooperar (las redes sociales); mundos virtuales y realidad aumentada, Internet fuera del PC o electrodomésticos conectados; RFID y aplicaciones en la vida cotidiana; y la TDT, la HDTV y las televisiones que vienen.



El certamen persigue el objetivo de que los mayores pierdan el miedo a las TIC.

Fundación Telefónica, una forma distinta de abordar –según sus patrocinadores– la expansión de las Tecnologías de la Información a todos los segmentos de la sociedad española.

En una iniciativa abierta a todos los públicos, los concursantes, a partir de los 16 años, pueden editar y “colgar” hasta el próximo 15 de enero de 2010 un vídeo de 3 a 5 minutos de duración en la *web* [www.theticclub.com](http://www.theticclub.com) en el que inter-

Entre los miembros del jurado figuran el *bloguero* Antonio Fumero, la monologuista Carolina Noriega y la actriz Saturna Barrio, y para premiar los mejores monólogos la Fundación Telefónica llevará a dos afortunados concursantes a Las Vegas para asistir al espectáculo humorístico de Jerry Seinfeld.

El certamen de Fundación Telefónica está en la línea de Divulgatic, que complementa el acercamiento a la oferta en formación y conocimiento de las TIC de otras iniciativas como la Revista *Telos*, los ciclos de debates y conferencias o la Colección Fundación Telefónica/Ariel. ■

### Curiosidades de la historia

Muchos de los hechos y personajes de la historia, encierran datos de especial significado o simplemente existen anécdotas sobre ellos que desconocemos o no recordamos. Puedes buscarlos por nombre o por temas.

<http://curistoria.blogspot.com/>



### La capital medieval de Dinamarca

En la antigua capital medieval de Dinamarca, Roskilde, se puede dar una vista al pasado en su museo vikingo, la catedral y ver el famoso festival.

<http://www.roskilde.com/cmarte.r.asp?doc=2961>



## CIBERCONSEJOS

### India previene ataques terroristas prohibiendo la telefonía por Internet

**L**os ataques terroristas en Bombay, que provocaron la muerte de 166 personas en noviembre de 2008, propició una revisión profunda de los sistemas de seguridad del país. Por ello, las agencias de seguridad indias han recomendado prohibir la telefonía por Internet desde el extranjero hasta que exista un sistema que sea capaz de rastrear las llamadas.

### Una superimpresora poco asequible para libros digitales

**G**oogle Books ha firmado un acuerdo con On Demand Books, fabricante de la impresora ultra rápida Espresso Book Machine, para imprimir más de dos millones de libros digitalizados de Google de dominio público. Su precio, 100.000 dólares (unos 68.000 euros), la hace inasequible para la mayoría, aunque prevén que habrá unas 35 ó 40 por el mundo en 2010.

Se inauguró en el año 1949

## 60 Aniversario del Hospital Virgen de la Paloma

**E**l Hospital Virgen de la Paloma ha cumplido 60 años y lo ha celebrado con un acto al que han asistido numerosos rostros conocidos de la sanidad española, tanto pública como privada, que quisieron acompañar a los responsables del hospital en este día tan importante.

Desde su apertura allá por el año 1949, el Hospital Virgen de la Paloma, ha ido progresando tanto en cantidad



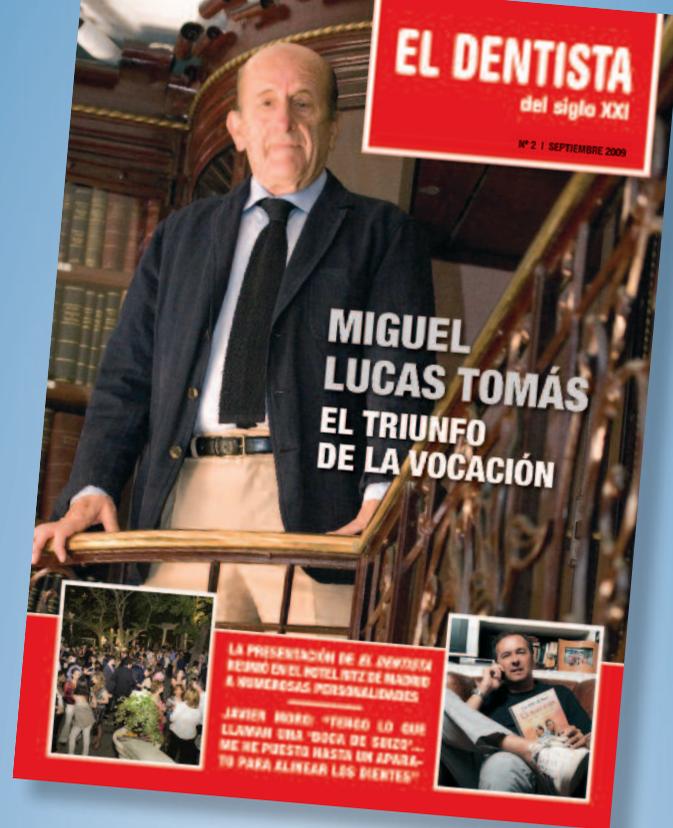
De izda. a dcha., Rosa Mª Fernández, directora de Enfermería; Juan José Güemes, consejero de Sanidad de la CAM; Valentín Ballesteros, director gerente; Pilar Ruiz, directora; José María Calvo, director médico; Maika Vaquero, de RR.PP.; y Anabel Lafarga, responsable de Contabilidad.

como en la calidad de sus servicios. Desde el año 1998 cuenta con once quirófanos distribuidos en dos plantas, cuatro de ellos dedicados exclusivamente a oftalmología. Actualmente, tiene una amplia experiencia en cirugía laparoscópica, contando actualmente con unos de los mejores equipos de cirujanos nacionales expertos en esta técnica. ■

Convenio de colaboración

## Decanos y estudiantes de Medicina, unidos para mejorar la educación médica

**E**l Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina y la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina han firmado un convenio marco de colaboración para participar conjuntamente en el diseño de cursos de formación y financiación de proyectos de investigación relacionados con la actividad formativa médica. Ambas partes constituirán una Comisión Mixta, compuesta por dos representantes de cada entidad, que será el órgano de potenciación, seguimiento y evaluación de las acciones derivadas del presente convenio. Según destacó el CEEM, se trata de un convenio sin precedentes que permite definir “un plan de actuación común”. ■



**La única revista que integra información profesional, social y personal de interés para el dentista moderno**

**Asegúrese la recepción de todos los números de la revista, en su domicilio o consulta, por sólo 3€ por ejemplar.**

**Contacte con:  
suscripciones@drugfarma.com  
o el teléfono 91 500 20 77  
(Manuel Jurado)**

**Edición digital en  
www.dentistasiglo21.com**

# Golf



Real Golf de Pedreña

## Inés Díaz-Negrete logra la victoria

Joanne Oliver y Celine Herbin, segundas empatadas. La española ha conseguido también el Jamón Osborne 5J.

Inés Díaz-Negrete, la *amateur* asturiana de 25 años, ha participado en tres pruebas del Banesto Tour donde no ha bajado del segundo puesto, lugar que ocupó en los torneos de Madrid y Oviedo, y esta vez se ha proclamado campeona en el Real Gold de Pedreña. El último día salió tercera, a un golpe de la cabeza, y ha ofrecido un gran espectáculo logrando siete *birdies* por cuatro *bogeys* para terminar firmando 68 golpes y menos 4 en el total.

“Empecé muy bien, con *birdie* en el hoyo uno metiendo un *putt* de dos metros, y otro en el cuatro donde tiré para *eagle*. En el cinco le pegué muy fuerte y me pasé el *green* haciendo *bogey*, y otro en el diez que me fui a bunker. *Birdie* en el once, donde también tiré para *eagle* pero me hizo corbata, y otro seguido metiendo un *putt* de tres metros cuesta abajo. El 13 y el 15 los fallé por la izquierda y me costaron dos *bogeys*, pero terminé con tres *birdies*: en el 16, de dos en *green* y dos *putts*, en el 17 pegando muy buen hierro siete que la dejé a tres metros cuesta arriba, y en el 18 me-

tiendo un tubo escandaloso de unos ocho metros”.

A la campeona, del Club de Golf de Castiello (Gijón), le hacía de *caddy* Miguel, su padre, mientras su madre, Mayuti Palacio, y sus tíos la seguían durante todo el recorrido. Sus padres la introdujeron en el golf a los ocho años y a los 16 quedó segunda en el nacional Absoluto —“que me supo a gloria”—, proclamándose unos meses más tarde campeona internacional de España: “Esos dos torneos fueron muy importantes y los recuerdo con mucho cariño, pero lo mejor que me ha pasado ha sido ganar la medalla de oro con Azahara Muñoz y Carlota Ciganda en los Juegos del Mediterráneo, estaba en una nube y ni sentía ni padecía, fue lo más emocionante que he vivido, aun-

que ganar el Banesto también será uno de esos momentos que nunca voy a olvidar”.

Inés, a quien muchos no cesan de preguntar cuándo será profesional, tiene muy claro que quiere dedicarse a su profesión, “aunque nunca se puede decir de esta agua no beberé, he estudiado arquitectura y voy a intentar trabajar en ello. Me falta entregar el proyecto de fin de carrera, que me llevará por lo menos diez meses, y quiero seguir jugando al golf y disfrutando todo lo que pueda”.

La quinta campeona del Banesto Tour de Pedreña reconoce que su mejor herramienta “es el *drive* y la peor el *putt*”. Le encantan “todos los deportes y, sobre todo, bailar; soy muy bailona y muy pachanguera, de no parar y no dejar la pista cuando salgo”. ■



Inés Díaz-Negrete con el trofeo de ganadora.

## Jeev Milkha Singh y Anthony Kim estarán en España

Jeev Milkha Singh y Anthony Kim han confirmado que van a participar en el Volvo Mundial Match Play, que tendrá lugar en el recorrido malagueño de Finca Cortesin Golf Resort, en Casares, del 29 de octubre al 1 de noviembre próximos. Ambos jugadores han accedido a este exclusivo torneo, en el que formarán parte de los 16 participantes, a través de su clasificación en el ranking mundial con el innovador sistema introducido por Volvo, siendo los dos primeros jugadores disponibles representantes de Asia y Norteamérica. El jugador de India Jeev Milkha Singh y el estadounidense Anthony Kim se unen al inglés Paul Casey, al sudafricano Retief Goosen, al colombiano Camilo Villegas y a los australianos Robert Allenby y Scott Strange, quienes se han clasificado con anterioridad. Strange se aseguró su plaza al lograr la victoria en el Volvo Open de China.