

# Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 121 27 de noviembre de 2009 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente



## Atasco de pacientes: ponga soluciones

Pág. 42

**ADEMÁS**

Chequeo a la Industria

**Roche**

(págs. centrales)

**S.P.A.**

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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-INFECCIOSOS

 **astellas**  
Leading Light for Life

(Ver ficha técnica en pág. 14)

# Oleada de **POTENCIA**

**NUEVO**

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



**DAFIRO**

amlodipino / valsartan

nuevo

SALVA  
SKIN

ÁCIDOS GRASOS 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 expertos en gestión de consultas y los médicos, que se las han arreglado para controlar el atasco de pacientes en sus consultas, ofrecen sus consejos para solucionar este problema y lograr un mejor funcionamiento de su consulta. Aunque la mayoría de las consultas con considerables atascos de visita son conscientes del problema, muchos tienen dificultad a la hora de identificar las causas y realizar los cambios necesarios para corregir la situación.

# Atasco de pacientes: ponga soluciones



## JORNADA

### 8 La atención nutricional en el anciano

*Medical Economics* organizó en Badajoz una jornada para analizar la realidad de la nutrición en el anciano, con la colaboración de Nutricia. La sesión se centró en la atención nutricional en los mayores y contó con el punto de vista pluridisciplinar de distintos expertos en nutrición.

## PRÁCTICA PRIVADA

### 52 Cómo conseguir a los mejores

Siga los consejos del autor para conseguir a los mejores profesionales para su consulta. Pequeños detalles para facilitar la vida diaria a sus empleados le ayudará a tener a los mejores socios.

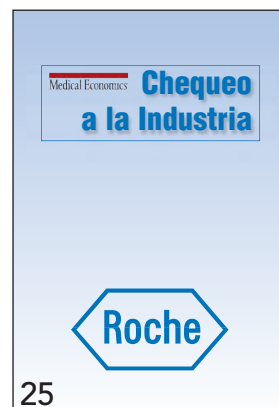


52

## CHEQUEO A LA INDUSTRIA

### 25 Roche Farma

Fundada el 1 de octubre de 1896 en la ciudad suiza de Basilea por Fritz Hoffmann La Roche, la compañía se ha desarrollado partiendo de un pequeño laboratorio farmacéutico hasta convertirse en una de las principales compañías farmacéuticas del mundo.



25

# Compromiso de Novartis con España

## Comprometidos

Innovación; Cuidamos y Curamos;  
Apuesta por el talento;  
Responsabilidad y gestión ética



### Innovación

El equipo médico de investigación y desarrollo de Novartis Farmacéutica en España cuenta con unos 120 profesionales, colabora con más de 2.000 investigadores externos y ha realizado 167 ensayos clínicos en 2008.

Fomentamos la intervención en proyectos de investigación translacional.

Exportamos medicamentos a 121 países en base a los más altos estándares de innovación tecnológica.

### Cuidamos y Curamos

Defendemos el derecho a la salud y cooperamos con profesionales sanitarios, Instituciones, Universidades y la Administración para investigar, tratar y prevenir las enfermedades y aportar soluciones innovadoras para mejorar la salud.

Las personas y su cuidado son nuestra razón de ser.

### Apuesta por el talento

En Novartis sabemos que nuestro éxito depende de la creatividad, dedicación y desarrollo de las personas que conforman la organización.

Estamos comprometidos en facilitar oportunidades de crecimiento, así como en proporcionar un entorno de mejora continua.

Queremos ser reconocidos por ofrecer el mejor lugar para trabajar y las mejores oportunidades de carrera profesional.

Identificar y desarrollar el talento es una prioridad clave para Novartis.

### Responsabilidad y gestión ética

En Novartis llevamos a cabo nuestra gestión de forma responsable, nos comprometemos con los pacientes, nuestros empleados y comunidades, en la protección del medio ambiente, y con la mejora del acceso a medicamentos en entornos desfavorecidos.

Fomentamos las actividades encaminadas al avance y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, así como la formación continuada para los profesionales sanitarios.

*Innovación responsable para ti*

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco  
medeconomics@drugfarma.com

### Traducción

Laura Piperno

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez  
b.rodriguez@spaeditores.com

### Publicidad Barcelona

Marta Blázquez  
mblazquez.spa@drugfarma.com

### Administración

Ana García Panizo  
Tel.: 91 500 20 77

### Suscripciones

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


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

**Fotomecánica e impresión:**  
Litofinter Industria Gráfica

© 2009

**Spanish Publishers  
Associates, S. L.**

Antonio López, 249-1º Edif.  
Vértice  
28041. Madrid.  
Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075  
E-mail: spa@drugfarma.com  
Numancia, 91-93. 08029.  
Barcelona  
Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345  
ISSN: 1696-61-63  
D.L.: M-35829-2003  
S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por 

## ACTUALIDAD

- 5 **Mi punto de vista**
- 6 **Actualidad/Práctica profesional**

## LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 14 **Gestión Profesional**  
El valor del teléfono (y II)
- 16 **Gestión de Calidad. Enfermería**  
Aportaciones a la dependencia
- 18 **Capital Riesgo**  
Tipos de innovación sanitaria (y II)
- 22 **Internet y Medicina**  
La adicción a la red, a debate
- 56 **Economía de la salud**  
El mercado de medicamentos en España
- 58 **Inversiones y valores**

## Y ADEMÁS...

- 60 **Tres de últimas**



## ENCUESTA VIA INTERNET

¿Involucra usted al paciente en su consulta?

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 Hospitalares

### 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 Farmindustria

### Joan Josep Artells i Herrero

Director  
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

### Mariano Avilés Muñoz

Farmaceuti Abogados 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 Clínico de Barcelona

### Fidel Campoy Domenech

Director General de Salud. DKV Seguros

### Miguel Carrero López

Presidente de Previsión Sanitaria Nacional

### Guillermo Castillo Acero

Director de Acceso a la Salud y Comunicación de Grunenthal  
Director Fundación Grunenthal

### 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

### Antoni M. Fuster Miró

Gerente Unión Balear de Entidades Sanitarias

### Abelardo García de Lorenzo y Mateos

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

### 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 RRH 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 Ferrá

Socio Director de Jausás Abogados

### Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

### Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

### Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

### Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente  
Asociación Española de Derecho Sanitario

### José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

### Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales  
Chiesi España

### Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente  
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

### Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

### Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas

### Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

### Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

### Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud

### Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito  
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria UCM

### Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales  
Sanofi-Aventis

### César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología  
Facultad de Farmacia UCM

### José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología  
Hospital La Zarzuela, Madrid

### Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer

### Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

### Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas  
Merck Sharp & Dohme España

### José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de 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 Alérgia

### Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

### Emilia Sánchez Chamorro

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

### Eugenio Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales  
Laboratorios Dr. Esteve

### José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica  
Facultad de Medicina. 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

Secretaría de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

### Derecho/Malpraxis

#### Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario  
Facultad de Medicina UCM

#### Ricardo de Lorenzo y Montero

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

#### Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Área Jurídico Contencioso  
Bufete De Lorenzo Abogados

### Impuestos/Finanzas

#### Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia  
Renta 4 Sociedad de Valores

#### José Ignacio Alemany

Socio Director  
Bufete Alemany Escalona & Escalante

### Capital Riesgo

#### Luis G. Pareras

Médico Gerente  
Incubación Proyectos Empresariales  
-Medi Tecnología, Barcelona

### Nuevas Tecnologías

#### Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información  
Hospital General de Ciudad Real

#### Oscar Gil García

Gerente de Sanidad  
PricewaterhouseCoopers

### Atención al Paciente

#### Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención al Paciente de USP Hospitalares

# Mi punto de vista

## Transferencia tecnológica

Desde la aparición del primer fármaco biotecnológico en 1982 y la revolución que este hallazgo causó en el mundo científico, todos los países industrializados empezaron a ver y a analizar la importancia que tendría este nuevo sector no sólo dentro del campo de la ciencia, sino como un factor de peso dentro del ámbito económico global.

Por tanto y atendiendo a la necesidad como país de conseguir un posicionamiento competitivo en la investigación genómica aplicada dentro de un mercado global, e identificando la necesidad de que España contase con iniciativas que ayudasen a dinamizar el sector de la biotecnología, en noviembre de 2001 se constituye la Fundación para el Desarrollo de la Investigación en Genómica y Proteómica, Genoma España.

Desde su nacimiento, la Fundación ha estado centrada en promover el desarrollo de la investigación genómica y proteómica y en general de la biotecnología. Actualmente, Genoma España es más ambicioso y su misión es promover la creación de valor a partir del conocimiento en áreas estratégicas del Plan Nacional de I+D+i y, especialmente en Biotecnología, mediante el desarrollo tecnológico, la transferencia de tecnología y la formación, estableciendo marcos de colaboración público-privada, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad empresarial y el medio ambiente.

Las iniciativas de Genoma han dado pie a importantes proyectos en diferentes campos –salud y agroalimentación– que a día de hoy, resaltan dentro del panorama científico internacional. Un claro ejemplo de esto son proyectos ya finalizados y con excelentes resultados como es el caso de ESP-Sol (inves-

tigación genómica del tomate), Grapegen (investigación genómica de la vid) y Pleurogene (investigación genómica del lenguado).

Ahora, y después de varios años apostando fuertemente por la investigación científica como tal y con todos los proyectos en su recta final, entramos en una nueva etapa no menos importante y que radica en la necesidad de conseguir que los resultados científicos logren materializarse y por ende, generen beneficios para la sociedad y el país.

Aunque el crecimiento a nivel empresarial del sector en España ha sido muy importante –el número de empresas completamente dedicadas a biotecnología ha aumentado de 81 (en el año 2000) a 275 (en 2008), su facturación conjunta se ha multiplicado por cuatro y el empleo generado por diez–, es de vital importancia doblar esfuerzos a la hora de lograr una transferencia tecnológica del campo científico al empresarial y así seguir teniendo un crecimiento exponencial en este sentido.

Para este cometido, el Ministerio de Ciencia e Innovación ha puesto en marcha el program Innocash, una iniciativa que busca fomentar la transferencia de tecnología inversa desde la demanda de la economía real, favoreciendo la innovación, la movilización de capital privado para I+D y el desarrollo tecnológico como base del sistema productivo. Todos nuestros proyectos y actividades van también en este sentido.

Para finalizar, y no menos importante dentro de nuestra nueva etapa, seguiremos siendo un semillero de empresas *made in Spain* con nuestros programas de bioemprendedores que, a día de hoy, han tenido excelentes resultados. Tan sólo por nombrar algunas cifras, en 2008 se presentaron 36 planes de negocio de los cuales 16, se convirtieron en compañías. ■



Rafael Camacho\*

\*Presidente de la Fundación Genoma España.

# Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

## Ojo al Dato

### 63.899

millones de euros asciende el presupuesto destinado al SNS para 2010.

### 4.633,4

millones corresponden a la Administración General del Estado.

### 1.384

euros será el gasto sanitario medio por español.

### 1.634

euros de media por persona tendrá el País Vasco, la cantidad más elevada.

### 1.088

euros corresponderán a cada ciudadano en Baleares, la cantidad más baja.

Fuente: Proyecto de presupuestos Generales del Estado.



## SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### Más de la mitad de los ciudadanos admite que utiliza mal el sistema sanitario

Un 96 por ciento de los ciudadanos cree que debe ser responsable en el uso del sistema sanitario, pero sólo un 40 por ciento dice serlo, según revela el Informe Derechos y Deberes de los Pacientes, que ha sido presentado por el director de la Universidad de Pacientes, Albert Jovell. En el marco de la Jornada CatSalut y su visión de las relaciones con la ciudadanía: derechos y deberes, un modelo de garantías, organizada por el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) en su 18 aniversario, Jovell presentó los resultados del informe sobre derechos y deberes de los pacientes, basado en 1.200 entrevistas telefónicas a personas de más de 18 años, entre el 26 de octubre y el 6 de noviembre de este año.



## SANIDAD PÚBLICA MADRILEÑA

### Los madrileños podrán elegir médico y hospital en el primer semestre de 2010

La Asamblea de Madrid ha aprobado, con los únicos votos del PP, la Ley de Libertad de Elección de Médico, que permitirá la selección de médico de familia, pediatra o enfermero de Atención Primaria y de facultativo y hospital en especializada, a excepción de atención domiciliar y urgencias, y que eliminará las once áreas sanitarias existentes que pasarán a ser una sola zona para los 6,4 millones de madrileños. La libre elección de médico, que será efectiva en el primer semestre de 2010 tras el desarrollo de los aspectos de procedimiento y operativos necesarios para el desarrollo de la norma, podrá ejercerse en todo el territorio de la Comunidad de Madrid para lo cual "se organiza en un Área de Salud Única integrada por el conjunto del territorio de la región", frente a las once áreas actuales.



## INDUSTRIA FARMACÉUTICA

### Zeltia aumenta un 15 por ciento de las ventas netas en el último año

Las ventas consolidadas de Zeltia han ascendido a 95,2 millones de euros frente a los 82,7 millones de euros en septiembre de 2008. La mejora del resultado bruto de explotación se debe principalmente al incremento de los ingresos del sector de Biofarmacia a través de las filiales PharmaMar y Genómica, tal como ha informado la entidad en un comunicado. Las ventas consolidadas de Zeltia a septiembre de 2009 alcanzan los 95,2 millones de euros, frente a 82,7 millones de euros en septiembre de 2008, y registran un incremento del 15 por ciento sobre el mismo período del ejercicio anterior. El resultado bruto de explotación mejora un 68,7 por ciento entre períodos y se sitúa en un saldo negativo de 6,7 millones de euros

## BOLSA

## Las firmas cotizadas ganan un 30 por ciento menos hasta septiembre

**B**ajan los resultados de las empresas españolas cotizadas debido a los menores atípicos respecto a 2008, la caída de precios, la menor demanda por la crisis, las provisiones para cubrir riesgos, la depreciación de activos y el efecto Arcelor. Así, el beneficio neto total atribuido de las 130 compañías del mercado continuo cayó un 30,2 por ciento en los nueve primeros meses de 2009, hasta 33.785 millones de euros. El descenso de las ganancias en este período es prácticamente idéntico a la bajada del 29 por ciento en los beneficios del primer trimestre y al descenso cercano al 28 por ciento del primer semestre del ejercicio. La razón principal es la negativa marcha de las empresas del Ibex, que tienen un gran peso sobre las cifras globales.



## PRÁCTICA PROFESIONAL

## Las diferencias retributivas de los MIR pueden llegar al 30'8 por ciento según el servicio de salud

**L**as diferencias retributivas entre médicos residentes pueden alcanzar el 30'8 por ciento en función del servicio de salud en el que se desarrolle dicha residencia, según ha denunciado la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Así, y según la investigación sobre retribuciones de los MIR en la que están trabajando, las desigualdades más llamativas se dan entre los R5, que pueden superar los 11.200 euros al año, es decir el casi 31 por ciento anteriormente citado. Sin embargo, el informe revela que "las diferencias en los MIR de otros años son igualmente significativas superando el 20 por ciento entre el mínimo y el máximo". Asimismo, en los R1 la disparidad alcanza el 22'6 por ciento; en los R2 el 22'9; en los R3 el 20'6; en los R4 el 23'9; y en los R5 el citado 30'8 por ciento.



## INFORME SECTORES DBK

## Los centros médicos especializados crecerán un 2 por ciento al finalizar el año

**E**l sector de clínicas dentales continúan incrementando su cuota de participación en el mercado español, "gracias al proceso expansivo de las empresas líderes y la firma de acuerdos con aseguradoras", por lo que podrían cerrar 2009 con un crecimiento alrededor del 2 por ciento, según un estudio de sectores desarrollado por DBK. Tras varios años creciendo a tasas superiores al 10 por ciento, el negocio generado por los centros médicos especializados, incluyendo clínicas de cirugía estética, clínicas oftalmológicas y cadenas marquisistas de clínicas dentales y capilares, experimentó un retroceso del 4 por ciento en 2008. De esta forma, la facturación conjunta de este tipo de centros se cifró en 1.065 millones de euros.

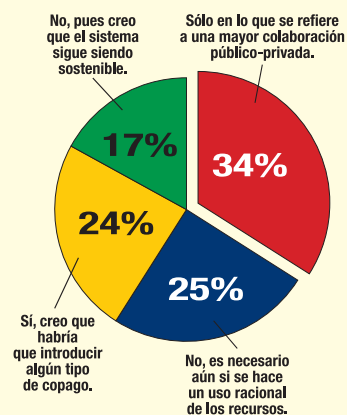


## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

## Medical Economics

¿Cree que son necesarios nuevos mecanismos de financiación para mantener la sostenibilidad del sistema?



La mayor parte de nuestros lectores, el **34** por ciento, considera que es necesario una mayor colaboración público-privada, mientras que para el **25** por ciento no son necesarios nuevos mecanismos de financiación aún si se hace un uso racional de los recursos. Para el **17** por ciento el sistema sigue siendo sostenible, y el **24** por ciento estaría a favor de establecer algún tipo de copago.

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

Constituye una prioridad asistencial de la Administración sanitaria de Extremadura

# La atención nutricional en el anciano, una inversión en calidad de vida

*El pasado mes de octubre, Medical Economics organizó una jornada para analizar la realidad de la nutrición en el anciano, con la colaboración de Nutricia. La sesión se centró en la atención nutricional en los mayores y contó con el punto de vista pluridisciplinar de distintos expertos en nutrición reunidos en el Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz.*

La jornada, celebrada en la sede del Ilustre Colegio de Médicos de Badajoz, registró la asistencia de médicos y otros profesionales de la salud involucrados en el área de la nutrición, que siguieron con interés las aportaciones de los expertos en nutrición y geriatría convocados.

Tras la presentación a cargo del editor de *Medical Economics*, Manuel García Abad, tomó la palabra para inaugurar la jornada José María Vergeles, director general de Gestión del Conocimiento y Calidad de la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura, quien puso de relieve que “la importancia clínica y socioeconómica de la adecuada nutrición de los ancianos es indiscutible y por ello la Administración extremeña presta una atención especial a esta faceta asistencial”.

El director general de Nutricia, Enrique Bermejo, puso de manifiesto en su intervención el compromiso principal de su Compañía

en promover y fomentar el conocimiento, la formación y la investigación en nutrición clínica, aportando una amplia experiencia en este ámbito junto a una clara apuesta por la innovación de calidad. En este sentido, destacó que “la mejora de la calidad nutricional del anciano pasa por la necesaria colaboración de los cuatro colectivos involucrados en esta área: clínicos, pacientes, administraciones públicas e industria”. Así mismo, mostró su satisfacción por colaborar en esta sesión programada por *Medical Economics* en Extremadura, comunidad que se caracteriza por presentar un alto índice de ancianos que residen en el domicilio y que, por otra parte, será la próxima sede del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) en 2010.

El análisis de la realidad clínica de la nutrición en el anciano, primera mesa de la sesión, fue precedida por una conferencia a car-



De izda. a dcha., Juan Carlos Campón, Pedro Hidalgo, M<sup>a</sup> Jesús Mejuto, Enrique Bermejo, y Manuel García Abad.

go del profesor Abelardo García de Lorenzo, presidente de la Sociedad Española de Nutrición Enteral y Parenteral y director de la Cátedra de Medicina Crítica de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. En su exposición, el doctor García de Lorenzo corroboró con datos la importancia clínica y social de la nutrición del anciano. Según este experto, “la malnutrición de los ancianos es un problema evidente, que puede llegar a afectar a más del 40 por ciento de los ancianos ingresados en residencias y hospitales”; en este sentido, el ponente apostó por “realizar una adecuada atención a estos pacientes, promoviendo la equidad entre las distintas comunidades autónomas para el acceso a las medidas de soporte nutricional necesarias”. Así mismo, se impone la necesaria colaboración entre los profesionales directamente relacionados con la nutrición de nuestros mayores, lo que ya es una realidad en casos como el consenso entre la SENPE y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) acerca de la valoración nutricional de los ancianos.

En estos mismos términos se expresó el doctor Pedro Hidalgo, presidente del Colegio de Médicos de Badajoz y moderador de la mesa sobre la clínica de la nutrición del anciano. Para Hidalgo es ineludible acometer la atención al anciano de forma integral, contemplando en la misma el cuidado de la faceta social, de vital importancia en el ámbito de la nutrición y la alimentación, labor que encuen-

tra hoy día el obstáculo de la falta de geriatras.

En este sentido se hace necesario, según el doctor Manuel Antón, geriatra del Complejo Hospitalario de Cáceres, “un abordaje individualizado de cada paciente, identificando los factores de riesgo de desnutrición y la intervención nutricional oportuna en cada caso”. Las causas y consecuencias económi-

cas y sociales del envejecimiento poblacional fueron tema de interés durante la presentación. Según Antón, la población española envejece con rapidez, configurando una distribución de la pirámide poblacional

de base más ancha, con aumento de las personas de más de 75 años, en su mayoría mujeres, y un aumento de personas dependientes necesitadas de ayuda externa que, residiendo en hogares unipersonales, influye directamente en su calidad de vida, y en concreto en su nutrición.

Analizó después brevemente el doctor Antón los cambios fisiológicos que conlleva el envejecimiento y que predisponen a malnutrición, junto a la necesidad de realizar *screening* del malnutrido, para concluir en la importancia de establecer las medidas terapéuticas oportunas en relación con la idiosincrasia, los modos de vida, las costumbres y el entorno de los ancianos.

En estas medidas de tratamiento profundizó el doctor Luis Miguel Luengo, especialista en Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, quien resaltó la necesidad de realizar intervenciones

### Es necesario un abordaje individualizado de cada paciente, identificando los factores de riesgo de desnutrición



De izda. a dcha., Manuel Antón, José Antonio Hidalgo Antequera, Pedro Hidalgo, Luis Miguel Luengo y Abelardo García de Lorenzo.

nutricionales concretas ante las enfermedades más prevalentes en geriatría, como son la demencia, los accidentes cerebrovasculares o la enfermedad de Parkinson, atendiendo a problemas frecuentes en el anciano como alteraciones de la deglución o sequedad de boca.

La desnutrición es más frecuente de lo que se diagnostica, y por ello, en opinión de Luengo, es prioritario establecer unos objetivos claros en el tratamiento nutricional, como son lograr el adecuado estado nutricional, evitar complicaciones, mejorar calidad de vida y al tiempo la capacidad funcional del paciente, sin olvidar el papel clave que representa el cuidador, cuyo trabajo deber ser facilitado en todo momento.

### Empatía con el paciente

El doctor José Ramón Hidalgo Antequera fue el encargado de comentar, en su calidad de Defensor del Usuario del Sistema Sanitario Público de Extremadura, aspectos relativos a la empatía y humanización de la alimentación del anciano. Es una realidad que los mayores acogidos en instituciones se quejan habitualmente de comidas frías e insípidas, menús repetitivos o, en definitiva, de pérdida del placer de la comida.

En este sentido, el doctor Hidalgo dió lectura a una carta ficticia, pero real en los términos tratados, en la que una anciana hacía patentes sus preocupaciones relativas a su vida diaria en una residencia, con especial mención de sus quejas hacia los menús servidos en la misma. Esta situación, real para estos ancianos, puede tener solución o al menos ser paliada, si existe una mínima empatía con el pa-

ciente, es decir, una identificación mental y afectiva con el estado de ánimo de estos mayores, lo que, en palabras de Hidalgo, “ha de ir unido a valorar su alimentación, pero también respetar sus hábitos alimentarios, dar importancia al acto de comer, considerando en todo momento sus enfermedades y, en definitiva, mantener un claro objetivo de preservar su calidad de vida”.

La segunda mesa de la sesión, moderada por José María Martínez, director asociado de *Medical Economics*, puso de manifiesto la importancia social y económica de la nutrición en el anciano.

Abrió el turno de ponencias Magín Carbonero Elena, cocinero y presidente de la Asociación de Cocineros y Reposteros de Extremadura (ACOCYREX), aportando a la audiencia su punto de vista como experto en cocina y gastronomía, una opinión a considerar al hablar de nutrición. Después de exponer recomendaciones específicas con claro beneficio para la alimentación del anciano, expresó el compromiso de colaboración del colectivo profesional que representa para fomentar, junto a otras instituciones responsables, y sobre todo junto a los dietistas, el cuidado de la función gratificante de la comida en personas que presentan dificultades para comer en óptimas condiciones.

En su experiencia como cocinero, Carbonero ha enfrentado las situaciones más comunes que pueden afectar a la alimentación de los ancianos, como la malnutrición por enfermedades crónicas, por problemas dentales, alteraciones olfativas, o bien por tener una economía ajustada; la obesidad y su correlato de morbilidad asociada; las enfermedades coro-



De izda. a dcha., José María Martínez, Paula Mayoral y Antonio Ventura Díaz.

narias, más frecuentes y con mayor mortalidad en mayores de 65 años; o las patologías óseas en mujeres. En todas estas situaciones el profesional de hostelería, el cocinero, puede aportar su colaboración a los profesionales sanitarios para paliar en parte dichos problemas, contribuyendo a la mejor nutrición de este colectivo, y así mejorar su calidad de vida.

En este punto, en el trato con los ancianos, interviene como factor crucial la figura del cuidador, que requiere una especial atención, tanto en la consideración de su función social como al facilitarle una educación especial sobre dietética y nutrición.

Estos aspectos, conocidos por todos pero no del todo bien atendidos, fueron abordados por Paula Mayoral, profesora titular de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca, quien destacó la importancia de las actuaciones dirigidas a estos cuidadores, principales y en ocasiones únicos valedores de los ancianos, sobre quienes recae la responsabilidad de su cuidado integral, incluida su adecuada nutrición.

Por ello, y como puente hacia el anciano, es importante la dedicación para la salud de los cuidadores, con estrategias adecuadas para mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de la alimentación, potenciando los buenos hábitos alimentarios, modificando los hábitos incorrectos, evitando comportamientos de riesgo alimentario y, así mismo, optimizar las compras de alimentos y conocer las implicaciones de la higiene y conservación de los mismos.

**En el trato con los ancianos, interviene como factor crucial la figura del cuidador, colectivo que requiere una especial atención**

Un ejemplo de estas iniciativas en Extremadura es la labor de la Fundación Academia Europea de Yuste que, según explicó su director, Antonio Ventura Díaz Díaz, promueve la celebración un foro anual sobre geriatría con un objetivo principal, entre otros, fomentar cuidados específicos que requieren nuestros mayores, como su adecuada alimentación.

Cerró la sesión Juan Carlos Campón Durán, gerente del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (PADE), que destacó la importancia de la innovación nutricional desarrollada por su departamento, con la instauración de protocolos rigurosos de alimentación en los centros de mayores para así obtener el oportuno beneficio derivado de una acción que constituye, en definitiva, una

inversión en calidad de vida. La Consejería de Sanidad extremeña ha de atender a más de 11.000 plazas residenciales, actualmente distribuidas en 216 centros, lo que demanda el extremo cuidado de la atención nutricional, piedra angular de la estabilidad y calidad de vida de los ancianos en ellos acogidos.

Este binomio nutrición y salud es, en palabras de la consejera de Sanidad y Dependencia de Extremadura, María Jesús Mejuto, que clausuró la jornada, “un elemento fundamental en la promoción de la salud, tarea en la que Extremadura fue pionera al unir en el mismo departamento la atención a la salud y a la dependencia, de especial importancia en el caso de los mayores”. ■



José Mª Vergeles (izda.), con Pedro Hidalgo y Manuel García Abad.

Magín Carbonero cocinero y gastrónomo.

Otorgado por la Real Academia Nacional de Medicina, en colaboración con Sanofi Pasteur MSD

## El doctor Francesc Xavier Bosch recibe el I Premio Carlos IV de Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública

*La Real Academia Nacional de Medicina ha entregado el I Premio Carlos IV en Medicina Preventiva y Salud Pública al doctor Francesc Xavier Bosch. Este galardón ha sido instituido para el fomento y promoción de las actividades relacionadas con la Salud Pública y la Medicina Preventiva y el progreso de la investigación, en colaboración con Sanofi Pasteur MSD. La entrega del premio coincide este año con el 275 aniversario de la promulgación de los primeros Estatutos de esta Real Academia bajo el reinado de Felipe V.*



De izda. a dcha., Manuel Díaz Rubio, Carlos Zurita y SAR la Infanta Margarita, el doctor Francesc Xavier Bosch, Sergio Montero y Miguel Lucas Tomás.

**E**l jefe del Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer (CERP) y director de Relaciones Internacionales del Instituto Catalán de Oncología (ICO), Francesc Xavier Bosch, ha sido reconocido con el primer premio Carlos IV de Investigación en Medicina Preventiva y Salud Pública, que otorga la Real Academia Nacional de Medicina, en colaboración con Sanofi Pasteur MSD.

“Se estima que cerca del 20 por ciento de los tumores están asociados a infecciones no resueltas. De todas ellas, actualmente dos ya disponen de vacuna: la de la Hepatitis B y la del Virus del Papiloma Humano (VPH). Según las líneas de investigación que se están llevando a cabo, la actual vacuna frente al VPH podría tener capacidad de prevenir otros tumores como el de vulva, de

vagina, el cáncer anal o los tumores de la cavidad oral, de la laringe y de la faringe”. Así lo señaló el doctor Bosch, durante la entrega de este galardón, que recibió de manos de su Alteza Real la Infanta Margarita.

### Un compromiso con la Medicina Preventiva

Sergio Montero, director general de Sanofi Pasteur MSD, “expresó su satisfacción, personal y en nombre de Sanofi Pasteur MSD, de poder patrocinar un galardón instituido por la RANM y que en esta su primera edición distingue un trabajo de investigación en el campo de la vacunación. Para Sanofi Pasteur MSD constituye un privilegio colaborar en el Premio Carlos IV, al ser una oportunidad más de cumplir con su compromiso social, de inversión en

I+D y de favorecer y promover la vacunación”.

Tal y como manifestó el presidente de la RANM, el profesor Manuel Díaz-Rubio, “este primer premio ha sido concedido a un científico ejemplar, el doctor Francesc Xavier Bosch. Trabajador incansable, cuyas aportaciones científicas han sido y son de gran trascendencia. Sus trabajos de investigación en el campo de la Medicina Preventiva, concretamente en el área de la Oncología, y su excelente trayectoria científica han sido los motivos por los que el jurado ha decidido reconocerle con este galardón. Esperamos que este premio no sea más que un reconocimiento que profundice en su compromiso para avanzar más en los estudios que ha iniciado.”

El Premio Carlos IV en Medicina Preventiva y Salud Pública, que este

año celebra su primera edición, está dotado con 30.000 euros. La razón de ser de este galardón responde a la labor de mecenazgo que desempeñó Carlos IV, quien durante su reinado impulsó diversas actuaciones en pro del desarrollo de la Salud Pública. De carácter anual y ámbito iberoamericano, tiene como objetivo fomentar las actividades relacionadas con la mejora de la Salud Pública y el progreso de la investigación biomédica en general. “El Premio Carlos IV”, comentó el profesor Díaz-Rubio, “tiene un hondo significado por raíces históricas vinculadas a la Corona, al mundo de la cultura, a la ciencia en general y a la medicina en particular, en un año que además coincide con el 275 aniversario de la promulgación de los primeros Estatutos de esta Real Academia bajo el reinado de Felipe V”.

### Promotor de la investigación en Salud Pública

La vacuna del VPH ya ha demostrado su capacidad para prevenir el cáncer de cuello de útero, el de vulva y el de vagina. “Aunque todavía es una hipótesis en la que estamos trabajando para desarrollar su potencial preventivo, sabemos que una parte de los tumores de ano y de la cavidad oral de la laringe y de la faringe están asociados a los mismos tipos del VPH, que están ya incluidos en la vacuna frente al VPH”, explicó el doctor Bosch.

Otras de las líneas de investigación en este tema están dirigidas a crear vacunas frente al VPH de espectro más amplio o formulaciones de estas vacunas que sean más adaptables a países del tercer mundo, “es decir, vacunas termoestables que no requieran una cadena de frío bien organizada”. Asimismo, se están ensayando —todavía en modelos animales— preparaciones inmunológicas, denominadas vacunas terapéuticas, que actuarían como tratamiento de las lesiones preinvasivas, “que tienen el potencial de reducir el número de cirugías en mujeres que tienen lesiones preinvasoras”, señaló.

El doctor Bosch se ha convertido en uno de los epidemiólogos españoles más influyentes en la literatura científica internacional en torno a este ámbito y en

un promotor de la investigación en Salud Pública en nuestro país. En su trayectoria profesional concurren el interés por la investigación, la selección de temas ligados muy estrechamente a la Salud Pública, la preocupación por los esfuerzos internacionales de cooperación y desarrollo en los países más pobres en temas de salud y el empeño de transferir el conocimiento a los profesionales que deben utilizarlo.

Respecto a su visión de la Salud Pública, este experto indicó que “debe estar atenta a los progresos que tengan evidencias científicas consolidadas y aplicaciones prácticas suficientes para pro-



Honorio Bando, secretario del jurado, saluda a Carlos Zurita y a SAR la Infanta Margarita.



Durante su intervención, el presidente de la RANM, Manuel Díaz Rubio, resaltó la excelente trayectoria científica del doctor Francesc Xavier Bosch.



El doctor F. Xavier Bosch recibe el premio, de manos de SAR la Infanta Margarita.

mover una intervención. La Salud Pública se ha convertido en una ciencia en sí misma, la de tomar decisiones frente a una información limitada, en general obtenida de estudios específicos”.

En relación a las actividades de prevención, el doctor Bosch reconoció que “particularmente las vacunas, son víctimas de su propio éxito, ya que el hecho

de que una patología sea socialmente menos visible, o que desaparezca, hace perder la perspectiva de todos los esfuerzos dedicados para llegar y mantenerse en ese punto. Cuando se baja la guardia en prevención, las enfermedades vuelven. Es por ejemplo lo que ha ocurrido con la poliomielitis o el sarampión, entre otras enfermedades infecciosas”. ■

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA Dafiro 5 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 5 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Cada comprimido recubierto con película contiene 10 mg de amlodipino (como amlodipino besilato) y 160 mg de valsartán. Para la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido recubierto con película. **Dafiro 5 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo oscuro, con la impresión «NVR» en una cara y «EC» en la otra cara. **Dafiro 10 mg/160 mg:** Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo claro, con la impresión «NVR» en una cara y «JUC» en la otra cara. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. Dafiro está indicado en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino o valsartán en monoterapia. **Posología y forma de administración:** La dosis recomendada de Dafiro es un comprimido al día. Dafiro 5 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 5 mg o valsartán 160 mg solos. Dafiro 10 mg/160 mg puede administrarse en pacientes cuya presión arterial no se controla adecuadamente con amlodipino 10 mg o valsartán 160 mg solos, o con Dafiro 5 mg/160 mg. Dafiro puede administrarse con o sin alimentos. Se recomienda tomar Dafiro con un poco de agua. Se recomienda la titulación de la dosis individual con los componentes (es decir, amlodipino y valsartán) antes de cambiar a la combinación a dosis fija. Cuando sea clínicamente adecuado, se puede considerar el cambio directo desde la monoterapia a la combinación a dosis fija. Por conveniencia, se puede pasar a los pacientes que están recibiendo valsartán y amlodipino en comprimidos/cápsulas separados a Dafiro que contenga la misma dosis de los componentes. **Alteración renal:** No se requiere un ajuste posológico en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada. Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Alteración hepática** Debe tenerse precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática o trastornos biliares obstructivos (ver "Advertencias y precauciones de empleo"). En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada es 80 mg de valsartán. **Pacientes de edad avanzada (65 años o mayores):** En pacientes de edad avanzada se recomienda precaución al aumentar la dosis. **Niños y adolescentes:** Dafiro no está recomendado para uso en pacientes menores de 18 años debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a los principios activos, a derivados dihidropiridínicos o a alguno de los excipientes. Insuficiencia hepática grave, cirrosis biliar o colestasis. Insuficiencia renal grave (TFG <30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) y pacientes sometidos a diálisis. Embarazo (ver "Embarazo y lactancia"). **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** **Pacientes con depleción de sodio y/o de volumen:** En estudios controlados con placebo se observó una hipotensión excesiva en el 0,4% de los pacientes con hipertensión sin complicaciones tratados con Dafiro. Puede presentarse hipotensión sintomática en los pacientes con un sistema renina-angiotensina activado (tales como los pacientes con depleción de volumen y/o sal que reciben dosis elevadas de diuréticos) que están recibiendo bloqueadores del receptor de la angiotensina. Es necesario corregir esta condición antes de la administración de Dafiro o se recomienda supervisión médica al inicio del tratamiento. Si se presenta hipotensión con Dafiro, debe colocarse al paciente en posición de decubito supino y, si es necesario, administrar una perfusión intravenosa de solución fisiológica salina. Una vez la presión arterial haya sido estabilizada, el tratamiento puede continuarse. **Hiperpotasemia:** El uso concomitante de suplementos de potasio, diuréticos ahorradores de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio u otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio (heparina, etc.), debe llevarse a cabo con precaución y con controles frecuentes de los niveles de potasio. **Estenosis de la arteria renal:** No se dispone de datos sobre el uso de Dafiro en pacientes conestenosis bilateral de la arteria renal oestenosis en pacientes con un único riñón. **Trasplante renal:** Actualmente no existe experiencia en el uso seguro de Dafiro en pacientes que hayan sufrido recientemente un trasplante renal. **Alteración hepática:** Valsartán se elimina principalmente inalterado a través de la bilis, mientras que amlodipino se metaboliza extensamente en el hígado. Debe tenerse especial precaución cuando se administre Dafiro a pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada o trastornos biliares obstructivos. En pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada sin colestasis, la dosis máxima recomendada de valsartán es 80 mg. **Alteración renal:** No es necesario ajustar la posología de Dafiro en los pacientes con insuficiencia renal de leve a moderada (GFR >30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Se recomienda controlar los niveles de potasio y la creatinina en insuficiencia renal moderada. **Hiperaldosteronismo primario:** Los pacientes con hiperaldosteronismo primario no deben ser tratados con el antagonista de la angiotensina II valsartán ya que el sistema renina-angiotensina está alterado por la enfermedad primaria. **Insuficiencia cardíaca:** En pacientes susceptibles, pueden anticiparse cambios en la función renal como consecuencia de la inhibición del sistema renina-angiotensina-aldosterona. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave cuya función renal pueda depender de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona, se asocia el tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y antagonistas del receptor de la angiotensina con oliguria y/o azotemia progresiva y (en raras ocasiones) con insuficiencia renal aguda y/o muerte. Con valsartán se han registrado resultados similares. En el estudio a largo plazo, controlado con placebo de amlodipino (PRAISE-2) en pacientes con insuficiencia cardíaca de las clases III y IV de la NYHA (New York Heart Association Classification) de etiología no isquémica, se asoció amlodipino con un aumento de casos de edema pulmonar a pesar de que no hubo diferencia significativa en la incidencia de empeoramiento de la insuficiencia cardíaca en comparación con placebo. **Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrofica obstructiva:** Como con todos los vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes conestenosis aórtica o mitral, o con cardiomiopatía hipertrofica obstructiva. No se ha estudiado Dafiro en ninguna población de pacientes diferente de la hipertensión. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** **Interacciones ligadas a amlodipino** **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Inhibidores CYP3A4** Un estudio en pacientes de edad avanzada ha mostrado que diltiazem inhibe el metabolismo de amlodipino, probablemente vía CYP3A4 (la concentración plasmática aumenta en aproximadamente un 50% y aumenta el efecto de amlodipino). No se puede excluir la posibilidad de que inhibidores más potentes de CYP3A4 (es decir, ketoconazol, itraconazol, ritonavir) puedan aumentar la concentración plasmática de amlodipino en mayor medida que diltiazem. **Inductores CYP3A4 (agentes anticonvulsivos [p. ej. carbamazepina, fenobarbital, fenitoína, fosfenitoína, primidona], rifampicina, Hypericum perforatum)** La administración conjunta puede dar lugar a concentraciones plasmáticas menores de amlodipino. Está indicado un control clínico, con un posible ajuste posológico de amlodipino durante el tratamiento con el inductor y después de su retirada. **A tener en cuenta en el uso concomitante** **Otros** En monoterapia, se ha administrado de forma segura amlodipino con diuréticos tiazídicos, betabloqueantes, inhibidores de la ECA, nitratos de larga duración, nitroglicerina sublingual, digoxina, warfarina, atorvastatina, sildenafil, medicamentos antiácidos (gel de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, simeticona), cimetidina, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos y medicamentos hipoglucémiantes orales. **Interacciones ligadas a valsartán** **No se recomienda el uso concomitante** **Litio** Durante el uso concomitante de inhibidores de la ECA se han registrado aumentos reversibles de las concentraciones séricas de litio y de la toxicidad. A pesar de la ausencia de experiencia en el uso concomitante de valsartán y litio, no se recomienda esta combinación. Si la combinación resulta necesaria, se recomienda un control exhaustivo de los niveles séricos de litio (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Diuréticos ahorradores de potasio, suplementos de potasio, sustitutos de la sal que contengan potasio y otras sustancias que puedan aumentar los niveles de potasio** Se recomienda controlar los niveles plasmáticos de potasio si se prescribe un medicamento que afecte los niveles de potasio en combinación con valsartán. **Se requiere precaución en el uso concomitante** **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), incluyendo inhibidores selectivos COX-2, ácido acetilsalicílico (>3 g/día), y AINEs no selectivos** Cuando se administran antagonistas de la angiotensina II simultáneamente con AINEs puede presentarse una atenuación del efecto antihipertensivo. Además, el uso concomitante de antagonistas de la angiotensina II con AINEs puede producir un mayor riesgo de empeoramiento de la función renal y un aumento del potasio sérico. Por ello, se recomienda un control de la función renal al inicio del tratamiento, así como una hidratación adecuada del paciente. **Otros** No se han hallado interacciones clínicamente significativas durante el tratamiento en monoterapia de valsartán con las siguientes sustancias: cimetidina, warfarina, furosemida, digoxina, atenolol, indometacina, hidroclorotiazida, amlodipino, glibenclámida. **Interacciones frecuentes con la combinación** No se han realizado estudios de interacción entre Dafiro y otros medicamentos. **A tener en cuenta en el uso concomitante:** **Otros agentes antihipertensivos** Los agentes antihipertensivos utilizados frecuentemente (p. ej. alfabloqueantes, diuréticos) y otros medicamentos que pueden causar efectos adversos hipotensores (p. ej. antidepresivos tricíclicos, alfabloqueantes para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna) pueden aumentar el efecto antihipertensivo de la combinación. **Embarazo y lactancia** Como precaución no debe utilizarse Dafiro durante el primer trimestre de embarazo. Antes de planear un embarazo debe realizarse un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. Si se confirma el embarazo, tiene que interrumpirse el tratamiento con Dafiro lo antes posible. No hay experiencia de uso de Dafiro en mujeres embarazadas. Los estudios en animales indican que valsartán/amlodipino presenta una toxicidad reproductiva de acuerdo con lo descrito para valsartán y otros antagonistas de la angiotensina II. Está contraindicado el uso de Dafiro durante el segundo y tercer trimestre de embarazo (ver sección "Contraindicaciones"). Las sustancias que actúan sobre el sistema renina-angiotensina pueden causar daño (hipotensión, alteración de la función renal, oliguria y/o anuria, oligodramnia, hipoplasia craneal, retraso del crecimiento intrauterino) y muerte en fetos y neonatos durante el segundo y tercer trimestre no indican efectos adversos de amlodipino ni otros antagonistas del receptor del calcio sobre la salud del feto. Sin embargo, puede existir riesgo de parto prolongado. Si se ha producido exposición a Dafiro a partir del segundo trimestre de embarazo, se recomienda un control mediante ultrasonidos de la función renal y del cráneo. Los lactantes expuestos a antagonistas de la angiotensina II *in utero* deben observarse atentamente por lo que se refiere a hipotensión, oliguria e hipopotasemia. Se desconoce si valsartán y/o amlodipino se excretan en la leche materna. Valsartán se excretó en la leche de ratas que amamantaban. Debido a las reacciones adversas potenciales en lactantes, debe tomarse una decisión sobre si interrumpir la lactancia o el tratamiento, teniendo en cuenta la importancia de este tratamiento para la madre. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Al conducir vehículos o utilizar máquinas debe tenerse en cuenta que ocasionalmente pueden presentarse mareo o cansancio. **Reacciones adversas:** La seguridad de Dafiro ha sido evaluada en cinco ensayos clínicos controlados con 5.175 pacientes, 2.613 de los cuales recibieron valsartán en combinación con amlodipino. Las reacciones adversas se han clasificado en función de la frecuencia utilizando la siguiente convención: muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/100); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000), muy raras (<1/10.000), incluyendo casos aislados. Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuente: Taquicardia, palpitaciones. Rara: Sincope. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuente: Cefalea. Poco frecuente: Mareo, somnolencia, mareo postural, parestesia. **Trastornos oculares:** Rara: Alteraciones visuales. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuente: Vértigo. Rara: Tinnitus. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuente: Tos, dolor faringolaríngeo. **Trastornos gastrointestinales:** Poco frecuente: Diarrea, náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, boca seca. **Trastornos renales y urinarios:** Rara: Polaquiuria, poliuria. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuente: Erupción, eritema. Rara: Hiperhidrosis, exantema, prurito. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo:** Poco frecuente: Inflamación de las articulaciones, lumbalgia, artralgia. Rara: Espasmos musculares, sensación de pesadez. **Infecciones e infestaciones:** Frecuente: Nasofaringitis, gripe. **Trastornos vasculares:** Poco frecuente: Hipotensión ortostática. Rara: Hipotensión. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuente: Edema, edema depresible, edema facial, edema periférico, fatiga, rubefacción, astenia, sofoco. **Trastornos del sistema inmunológico:** Rara: Hipersensibilidad. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Rara: Disfunción eréctil. **Trastornos psiquiátricos:** Rara: Ansiedad. **Información adicional sobre la combinación:** Se observó edema periférico, un efecto adverso conocido de amlodipino, generalmente con menor incidencia en los pacientes que recibieron la combinación amlodipino/valsartán que en aquellos que recibieron amlodipino solo. En ensayos clínicos doble ciego, controlados, la incidencia de edema periférico por dosis fue la siguiente: La incidencia media de edema periférico uniformemente sopesada entre todas las dosis fue del 5,1% en la combinación amlodipino/valsartán. **Información adicional sobre los componentes individuales** Las reacciones adversas previamente observadas para uno de los componentes individuales pueden ser reacciones adversas potenciales para Dafiro, incluso si no se ha observado en los ensayos clínicos del producto. **Amlodipino** Otras reacciones adversas adicionales registradas en los ensayos clínicos con amlodipino en monoterapia, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: La reacción adversa más frecuentemente observada fue el vómito. Reacciones adversas observadas menos frecuentemente fueron alopecia, alteración de los hábitos intestinales, dispepsia, disnea, rinitis, gastritis, hiperplasia gingival, ginecomastia, hiperglucemia, impotencia, aumento de la frecuencia urinaria, leucopenia, malestar, cambios de humor, migraña, neuropatía periférica, pancreatitis, hepatitis, trombocitopenia, vasculitis, angioedema y eritema multiforme. Pueden presentarse dolor anginoso, ictericia colestática, elevación de AST y ALT, púrpura, erupción y prurito. **Valsartán** Otras reacciones adversas adicionales observadas en los ensayos clínicos con valsartán en monoterapia en la indicación de hipertensión, independientemente de su asociación causal con la medicación del estudio, fueron las siguientes: Infecciones virales, infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, rinitis, neutropenia, insomnio. Pueden presentarse alteración de la función renal, especialmente en pacientes tratados con diuréticos o pacientes con insuficiencia renal, angioedema e hipersensibilidad (vasculitis, enfermedad del suero). **Sobredosis** **Síntomas** No hay experiencia de sobredosis con Dafiro. El principal síntoma de sobredosis con valsartán es posiblemente hipotensión pronunciada con mareo. La sobredosis con amlodipino puede dar lugar a una vasodilatación periférica excesiva y, posiblemente, taquicardia refleja. Se ha observado hipotensión sistólica marcada, y, probablemente, prolongada que puede llegar incluso al shock con un resultado fatal. **Tratamiento** Si la ingestión es reciente, se puede considerar la inducción del vómito o el lavado gástrico. La administración de carbón activado a voluntarios sanos inmediatamente o hasta dos horas después de la ingestión de amlodipino ha mostrado disminuir de forma significativa la absorción de amlodipino. La hipotensión clínicamente significativa debida a una sobredosis de Dafiro exige apoyo cardiovascular activo, incluyendo controles frecuentes de las funciones cardíaca y respiratoria, elevación de las extremidades, y atención al volumen de líquido circulante y a la eliminación de orina. Puede ser útil un vasoconstrictor para restaurar el tono vascular y la presión arterial, dado que no hay contraindicación de uso. El gluconato de calcio intravenoso puede ser beneficioso para revertir los efectos del bloqueo de los canales de calcio. Es poco probable que valsartán y amlodipino se eliminen mediante hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** **Núcleo del comprimido:** Celulosa microcristalina, Crospovidona Tipo A, Sílice coloidal, anhídrido, Estearato de magnesio. **Recubrimiento:** Dafiro 5 mg/160 mg: Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco. **Dafiro 10 mg/160mg:** Hipromelosa, Dióxido de titanio (E171), Amarillo óxido de hierro (E172), Rojo óxido de hierro (E172), Macrogol 4000, Talco **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 30 meses **Precauciones especiales de conservación** No conservar a temperatura superior a 30°C. Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad. **Naturaleza y contenido del envase** Blisters de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 7, 14, 28, 30, 56, 90, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Blister precortado unidosos de PVC/PVDC. Un blister contiene 7, 10 ó 14 comprimidos recubiertos con película. Tamaños de envase: 56, 98 ó 280 comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones** Ninguna especial. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido **NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN Dafiro 5 mg/160 mg:** EU/1/06/371/009 -16, EU/1/06/371/028-030 **Dafiro 10 mg/160 mg:** EU/1/06/371/017 - 24, EU/1/06/371/031-033 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 16.01.2007 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO** Diciembre 2007 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Medicamento sujeto a prescripción médica **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Dafiro 5 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=39,93€ PVP+IVA=41,52€. Dafiro 10 mg/160 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 28 comprimidos: PVP=42,45€ PVP+IVA=44,15€. Con licencia de Novartis Farmacéutica, S.A. Comercializado por **ESTEVE**

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

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

Juan José Güemes, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, inauguró el Congreso

## Expertos nacionales e internacionales se reúnen en el III Congreso de la Sociedad Madrileña de Trasplantes

*La Sociedad Madrileña de Trasplantes ha celebrado recientemente su III Congreso anual, al que han asistido más de 200 expertos nacionales e internacionales en trasplante de órganos. Durante el encuentro tuvo lugar una mesa sobre trasplante y Atención Primaria, con el objetivo de mejorar la formación del médico de familia en el manejo de los pacientes trasplantados y en las alteraciones que puedan surgir antes o después del trasplante.*

Más de 200 expertos en el trasplante de órganos se han reunido en el III Congreso de la Sociedad Madrileña de Trasplantes (SMT), inaugurado por el consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Juan José Güemes, quien destacó la posición de privilegio en la que se encuentra esta Comunidad en la donación y el trasplante de órganos, siendo referencia nacional e internacional y un ejemplo a seguir. Además, se homenajeó a los profesores Óscar Leiva y Enrique Moreno, en su despedida de la profesión médica, ya que han sido referentes nacionales e internacionales en el trasplante de órganos.

El Congreso se ha diseñado en esta ocasión con el objetivo de ofrecer a los asistentes una amplia revisión de los temas más controvertidos y actuales relacionados con el trasplante de órganos. Así, además de aportar los últimos datos disponibles sobre la donación y trasplante en la Comunidad de Madrid, tuvo lugar una mesa sobre donación en asistolia (con paro cardíaco irreversible), sobre inmunosupresión en trasplantes, sobre los avances en el trasplante de órganos sólidos y, como gran novedad, se ha dispuesto una sesión sobre trasplante y AP.

Como destaca el doctor José María Morales, presidente de la SMT y de la unidad de Trasplante Natal del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, "existía una necesidad latente de colaborar y formar a los médicos generales sobre el manejo de los pacientes trasplantados; ellos demandaban esa formación y para los en-

fermos es clave que sus médicos de familia sepan hacer un seguimiento de posibles trastornos o alteraciones que pueden surgir antes y después del trasplante".

Los retos actuales en inmunosupresión fue otro de los temas centrales del Congreso. Así, no sólo se revisaron las pautas estándar actuales que se utilizan en la inmunosupresión de los pacientes trasplantados, sino también las nuevas alternativas para tratar de minimizar la utilización de los fármacos inmunosupresores que tienen un perfil más tóxico.

considerado uno de los expertos mundiales más relevantes en la investigación y desarrollo clínico de los fármacos biológicos en trasplante, el ex-presidente de la Sociedad Americana de Trasplantes, Flavio Vincenti, de la Universidad de California, en San Francisco. El experto expuso los resultados a largo plazo con el primer fármaco biológico que podría aprobarse en unos meses para el trasplante de órganos, el belatacept, una proteína biológica dirigida a evitar el rechazo de los órganos trasplantados. Este anticuer-



De izda. a dcha., Carlos Chamorro, coordinador de la Oficina Regional de Trasplantes, Valentín Cuervas-Mons, vicepresidente de la SMT, Juan José Güemes, consejero de Sanidad de la CAM; y José M<sup>a</sup> Morales, presidente de la SMT.

Otro de los ejes científicos fue la celebración de la II Reunión Científica sobre Trasplantes, que han organizado conjuntamente la SMT, la Sociedad Americana de Trasplantes y la recientemente creada Sociedad Española de Trasplantes. La inminente irrupción de los tratamientos biológicos en el trasplante de órganos fue el tema estelar de la reunión. Se contó para ello con las aportaciones del que es

po monoclonal actúa contra las células T que intervienen en el rechazo celular; como explica José María Morales, "el nuevo fármaco, que debería ser aprobado por la FDA a fines de este año, evita que estos linfocitos se activen, lo que reduce el rechazo pero, sobre todo, lo exime de efectos adversos comparado con otros inmunosupresores de elección en estos momentos". ■

# Gestión Profesional

## El valor del teléfono (y II)



José María Martínez García\*

» Las preguntas abiertas exigen una respuesta larga y descriptiva. Comienzan con palabras como: quién, cuando, cómo, por qué, etcétera.

» Ante el discurso del cliente hay que adoptar una actitud de "escucha activa", indicando a éste que le estamos escuchando, que estamos cerca de él, pero sin interrumpirle.

**T**erminaré en esta columna dando una serie de consejos sobre el diálogo a establecer entre el empleado (llamémosle recepcionista, coordinador del *call center* u otra de las muchas acepciones que se manejan en la práctica diaria) y el paciente o sus familiares. Y comenzaré por el estilo del diálogo. Es muy importante que sea positivo y que se perciba al otro lado del teléfono. Así, hay que hablar en presente, pues es el tiempo de la acción, nunca en pasado o condicional, y hay que saber preguntar, pues es la clave para cualquier tipo de conversación. No se trata sólo de hablar, además hay que, formular preguntas, que deben ser:

- **Abiertas.** Son las que exigen una respuesta más larga y descriptiva. Son todas las que se comienzan con palabras como: quién, cuándo, cómo, por qué, etc. Logran la participación del posible cliente/paciente y generan nuevos datos o descubren necesidades.

- **Cerradas.** Son las que tienen un número limitado de respuestas (máximo una o dos palabras). Sirven para obtener información muy específica, aclarar un punto concreto, atraer al cliente de nuevo al tema y comprender el "qué" de las cosas.

Saber escuchar es muy importante puesto que el teléfono no permite ver el lenguaje corporal ni otras formas de comunicación no verbal. Algunas claves para escuchar mejor son las que siguen.

- a) **Hablar lo necesario.** No se puede aprender nada nuevo sobre el cliente mientras usted habla.

- b) **Pensar como un cliente.** Es la llamada empatía. Trate de imaginarse el entorno en que se encuentra el interlocutor.

- c) **Preguntar.** Para comprender más a fondo la opinión, situación o punto de vista del cliente.

- d) **Concentrarse.** Estar atento. Si el interlocutor siente que usted no está siguien-

do el hilo de la conversación, la eficacia de la llamada se verá limitada.

- e) **Escuchar las ideas, no las palabras.** Trate de descubrir la opinión o punto de vista subyacente en las opiniones del cliente.

- f) **No discutir, ni mental ni verbalmente.** Deberá tener una actitud mental abierta, ser amigable, no defensivo y pensar que usted es socio de su cliente, no su adversario.

- g) **Usar interjecciones.** El interlocutor no ve su lenguaje corporal ni sabe si usted está asintiendo con la cabeza o no. Por tanto, ocasionalmente, diga por ejemplo: "sí", "ya veo", "está bien".

Asimismo, el silencio sirve para subrayar la importancia de las palabras principales aislándolas y para oír al interlocutor. Pero mucho cuidado con el llamado silencio negativo. Consiste en el abandono del cliente al silencio, por ejemplo frases como: "Un momento, por favor"; hay que explicarle por qué se le abandona. Debería sustituirse por: "Consulta mi fichero, un momento por favor". Ante el discurso del cliente hay que adoptar una actitud de "escucha activa", indicando a éste que le estamos escuchando, que estamos cerca de él, pero sin interrumpirle. Así, podemos utilizar palabras como: "Desde luego, sí, le escucho, está bien...".

Por otro lado, la sonrisa "se oye" por teléfono. La imagen mejora y la voz y su elocución son más atractivas si usted está sonriendo. Además, la sonrisa humaniza el contacto telefónico y es un elemento importante de personalización.

Y, por supuesto, creo que no debo seguir esta serie de comentarios sobre el comportamiento de los pacientes sin ser justos hacia la persona que me ha enseñado casi todo lo que aquí estoy exponiendo y que fue columnista de esta revista durante tres años de temas de calidad asistencial, Victoria de No. Cuento con tu permiso para copiar tu sabiduría, muchas gracias. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

## El Colegio de Médicos de Valencia premia a 'Medical Economics'

El artículo titulado *La profesión médica en el siglo XXI ha sido reconocido como mejor trabajo en la divulgación del I Congreso de la Profesión Médica celebrado en Valencia.*

La Redacción de MEDICAL ECONOMICS, en la persona de su director asociado, ha sido distinguida con el Premio de la Fundación del Colegio Oficial de Médicos de Valencia por un compendio de artículos dedicados a *La profesión médica en el siglo XXI*, publicados en el número 110 de la revista, correspondiente al 24 de abril de 2009.

Le hizo entrega del galardón el presidente de dicha institución, Vicente Alapont Raga, momento que recoge la fotografía en un acto que tuvo lugar en el Colegio Oficial de Médicos de Valencia.



Vicente Alapont entrega el galardón a Gonzalo San Segundo.

El jurado del Premio, presente en la entrega del mismo, estuvo compuesto por los miembros del Colegio de Médicos de Valencia: Rafael Roca, Francisco Andrés, Antonio Monrabal y Joaquín Guerrero, encabezados por su presidente, y también distinguió al periodista José Martín Pérez, del diario *El Mundo* de la Comunidad Valenciana.

La serie de artículos por los que ha sido premiado nuestro director asociado hacen referencia a diversos aspectos y temas tratados en el I Congreso de la Profesión Médica celebrado el pasado mes de marzo en Valencia. Dichos temas, recogidos ampliamente por *Medical Economics* fueron la Atención Primaria, los colegios de médicos, la formación continuada y la demografía médica.

El jurado ha destacado estos trabajos periodísticos al abordar las opiniones, problemas, problemas, inquietudes, retos a los que el médico se enfrenta como profesional, en un congreso en el que por vez primera, el protagonista absoluto fue el propio médico. ■



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

# cristalmina

ANTISEPTICO CON  
GLUCONATO DE  
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico  
transparente, eficaz,  
seguro y rápido

#### PROSPECTO DE CRISTALMINA

**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DCI) 1 g. 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 CONSERVACION Y ALMACENAMIENTO:** Presérvase de la luz. **INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica.

#### PRESENTACIONES:

Cristalmina solución 1% ..... envase 500 ml  
Cristalmina solución 1% ..... envase 125 ml  
Cristalmina solución 1% ..... envase 25 ml  
Cristalmina solución 1% monodosis

#### OTRAS PRESENTACIONES:

Cristalmina film 1% gel ..... envase 100 g  
Cristalmina film 1% gel ..... envase 30 g  
Cristalmina Plus solución 1% ..... envase 30 ml

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT  
innovación y calidad

# Gestión de Calidad: Enfermería

## Aportaciones a la ley de dependencia



Charo Vaquero Ruipérez\*

La atención a las necesidades de las personas en situación de dependencia es un problema social importante y un reto para las políticas sociales de los países desarrollados. En España estamos en pleno proceso de desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, aprobada el 14 de diciembre de 2006, estando previsto su total desarrollo para el año 2015. Con esta Ley se pretende que todo ciudadano español tenga cubiertas sus necesidades en el caso de que se verifique su situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la ley, sin importar su nivel económico, aunque los beneficiarios de las prestaciones participen en la financiación según su capacidad económica personal.

De acuerdo con el artículo 2.2 de la Ley, la dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

La atención a la dependencia se convertirá en el cuarto pilar del Estado de Bienestar después de la sanidad, la educación y las pensiones. Los ciudadanos consideran la protección de las situaciones de dependencia como una prestación más que el Estado debe cubrir. En estos momentos, más de un millón de personas han solicitado ayudas por padecer algún grado de dependencia, de las que el 73 por ciento tienen más de 65 años.

Teniendo en cuenta que la atención a estas personas se realiza, sobre todo, en el

ámbito familiar, recayendo fundamentalmente en las mujeres, con la incorporación de éstas en el mercado laboral, se hace cada vez más difícil, compatibilizar el trabajo con los cuidados a las personas dependientes. Por otra parte, la cobertura desde la Administración, hoy por hoy, es insuficiente y con importantes diferencias entre las distintas comunidades autónomas. Para solventar este problema se ha constituido el Consejo Territorial del Sistema, que es el responsable de articular el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), velando para que existan criterios comunes de actuación y un único baremo en todo el Estado español, que determine el nivel y grado de dependencia.

No podemos olvidar que la dependencia es un problema que afecta a la necesidad de cuidados de una población cada día más numerosa, y que la intervención con estos pacientes se debe centrar en mejorar su autonomía personal, su bienestar y calidad de vida. Por este motivo, las enfermeras deben formar parte de los equipos multidisciplinares que aborden la valoración de estos pacientes, los cuidados de sus problemas de salud y la formación al cuidador, que no siempre cuentan con la capacitación suficiente para poder atenderlos adecuadamente, al mismo tiempo que tienen que darles soporte y apoyo para “cuidar al cuidador”, especialmente en el manejo del estrés. De hecho, la enfermera en el ámbito de la Atención Primaria asume esta responsabilidad en coordinación con los servicios sociales, especialmente en las visitas a domicilio. Un ejemplo que merece la pena reseñar es el de Andalucía, donde las enfermeras realizan los informes de las condiciones de salud de todas las solicitudes de las personas que quieren acogerse a la ley, lo que ha supuesto que los dispositivos de apoyo social puedan priorizar las visitas de los valoradores, dando respuesta a los casos más graves. ■

» La atención a la dependencia se convertirá en el cuarto pilar del Estado de Bienestar después de la sanidad, la educación y las pensiones.

» La dependencia es un problema que afecta a la necesidad de cuidados de una población cada día más numerosa y la intervención con estos pacientes se debe centrar en mejorar su autonomía.

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

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

## Fujitsu presenta su 'Estrategia Lean en Sanidad'

**F**ujitsu ha presentado su propuesta “Lean en Sanidad”, una filosofía diseñada por la multinacional japonesa para ofrecer en el ámbito sanitario, procesos de mejora continua para los hospitales y las organizaciones sanitarias. La meta de Lean en Sanidad de Fujitsu, es conseguir que los ámbitos de salud ofrezcan a los pacientes un servicio de calidad, seguro, rápido, sostenible y eficiente, gracias fundamentalmente al buen trabajo de las personas y la eliminación de los desperdicios de los procesos.

Según Juan Carlos Muria, responsable de Sanidad de Fujitsu en España, “la metodología que ha presentado Fujitsu persigue conseguir una total eficacia de las organizaciones sanitarias, eliminando las islas ya sea en departamentos o en sistemas de información, consiguiendo que el trabajo de las personas sea excelente, ya que se reducen todas las barreras, para ofrecer la mejor manera de desarrollar sus tareas diarias”. ■

## Boehringer Ingelheim entrega sus Premios al Periodismo en Medicina

**B**oehringer Ingelheim ha entregado los galardones de la 23ª edición del Premio Boehringer Ingelheim al Periodismo en Medicina, en un acto presidido por la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez. El trabajo premiado en la categoría de prensa escrita ha recaído este año en “Viaje a las fronteras de la ciencia”, de Milagros Pérez Oliva, publicado por el diario *El País*. Mientras que

en la categoría de medios audiovisuales, ha resultado ganador el trabajo “Un presidente contra el Alzheimer”, del equipo del programa *Quèquicom*; formado por Jaume Vilalta, Marc Boada, Joan Torrents i Míriam Martí; emitido en TV3. ■



Los ganadores del premio, con la ministra de Sanidad.



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, Nitrofuril (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 nitrofuril, pueden ocasionalmente presentarse manifestaciones cutáneas de tipo alérgico, que desaparecen al suspender el tratamiento. Intoxicación y su tratamiento: No se ha descrito ningún caso de intoxicación por efectos de este producto. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Teléfono: 91 562 04 20. Presentación: Tubo de 40 g. Sin receta médica. PVP: 7,21 PVP(IVA): 7,49 euros.

InfoSalvat  
900 80 50 80  
infosalvat@salvatbiotech.com

**SALVAT**  
innovación y calidad

# Capital Riesgo

## Tipos de innovación sanitaria (y II)

En la entrega anterior (ver *MEDICAL ECONOMICS* número 119) analicé la innovación centrada en el consumidor. En esta ocasión describiré la innovación centrada en la tecnología y en nuevos modelos de negocio.



Luis G. Pareras\*

**P**ertenecen al grupo de innovación centrada en la tecnología todas aquellas innovaciones en medios diagnósticos, fármacos, dispositivos médicos (*medical devices*), nuevas formas de terapia etcétera, que se nutren del avance científico y tecnológico. Si un profesional sanitario diseña y patenta unos nuevos catéteres revestidos de antibióticos con el objeto de reducir las infecciones en las vías endovenosas, podemos decir que este profesional ha desarrollado una innovación basada en la tecnología. Diseñar y patentar una nueva prótesis de rodilla también es innovación basada en la tecnología.

A este grupo pertenecen también un subtipo de innovación tecnológica que está basado en las iniciativas que utilizan las tecnologías de la información. Nuestra actividad depende en gran medida de la información de la que disponemos. En sanidad la información es vital, y suele estar repartida en muchos lugares, dispersa. Aquellas innovaciones que conecten “islas de información” son fundamentales para reducir costes, mejorar la calidad o reducir errores médicos, entre otras muchas ventajas.

### Innovación centrada en nuevos modelos de negocio (integración)

Estas iniciativas son las que *a priori* quedan más lejos de los profesionales de la sanidad porque su dimensión suele ser mayor que la de los dos tipos anteriores. Este tipo de innovación se basa en la consolidación, en agregar distintos participantes en la provisión de servicios sanitarios para hacerlos más grandes y en teoría más eficientes y rentables.

La sanidad está muy fragmentada, los profesionales sanitarios somos por naturaleza muy individualistas. Muchos médicos trabajan en la sanidad privada en solitario, o en despachos de menos de tres personas. Existen muchos centros sanitarios que no dependen más que de sí mismos (no forman parte de cadenas de centros sanitarios). El sector que fabrica material médico, o dispositivos médicos está igualmente fragmentado, está compuesto también por miles de pequeñas compañías.

Al unir varias de estas iniciativas “dispersas” podemos obtener lo que se conoce como economías de escala: al unir compañías pequeñas para formar compañías más grandes, tendremos, por ejemplo, más capacidad de presión para bajar los precios de nuestros proveedores, que no querrán perder un cliente tan importante y ajustarán al máximo sus precios. O, de igual modo, podremos eliminar aquellos costes redundantes que se “repetían” en cada compañía por separado, y que ahora al trabajar juntos ya no son necesarios.

Existen dos tipos de integración:

1. La integración horizontal, que trata, por ejemplo, de integrar diez hospitales privados en una sola cadena de hospitales que operan bajo la misma marca, de modo que puedan proveer un mejor servicio a un coste más bajo.
2. La integración vertical, que trata de integrar todos aquellos servicios necesarios para el tratamiento de una patología única en un solo gran centro para ofrecer un mejor servicio al paciente y mejorar así la calidad, aumentar la eficiencia y disminuir también el coste. ■

» Nuestra actividad depende en gran medida de la información de la que disponemos. En sanidad la información es vital, y suele estar repartida en muchos lugares, dispersa.

» La integración vertical, que trata de integrar todos aquellos servicios necesarios para el tratamiento de una patología única en un solo gran centro para ofrecer un mejor servicio al paciente.

(\*) 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)

# idepro

INSTITUTO DE FORMACIÓN  
Y DESARROLLO PROFESIONAL

Estimado compañero:

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

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

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

**Dr. Felipe Chavida**  
Presidente

## Formación Mural en

### Programa

Año 2009

**Póster 9. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en el paciente médico ambulatorio**

**Autor: J. Eduardo Carrasco Carrasco**  
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Área Cardiovascular de SEMERGEN  
Centro de Salud Abarán (Murcia)

**Póster 10. Riesgos laborales por exposición a material biológico**

**Autor: J. Eduardo Carrasco Carrasco**  
Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria  
Área Cardiovascular de SEMERGEN  
Centro de Salud Abarán (Murcia)

**Autor: José Navarro Yepes**  
DUE de Atención Primaria  
Centro de Salud Abarán (Murcia)



Acreditado por



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

Compromiso con la Formación

**Abierto plazo de inscripción**

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



GlaxoSmithKline  
[www.gsk.es](http://www.gsk.es)

**InfoSalvat**

800 80 50 80

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

**SALVAT**  
innovación y calidad



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*



**"NO ADHESIVOS"  
FINANCIADOS  
POR LA  
SEGURIDAD SOCIAL**

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo  
del paciente

# Internet y medicina

## La adicción a la Red, a debate



Marcial García Rojo\*

**E**s probable que la falta de una definición clara de la adicción a internet sea la causa principal por la que aún no existe consenso sobre este problema.

Para algunos investigadores se trata de un problema tan importante como la adicción al alcohol o al juego. Mientras que otros opinan que una adicción a medios de comunicación no tiene sentido.

Lo cierto es que son pocos los que discuten que el uso patológico de la tecnología es un problema real. A pesar de ello, hoy día no hay acuerdo sobre la inclusión de la adicción a internet en la quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales (DSM-V), cuya publicación está prevista para el año 2012.

El centro virtual para la adicción a internet, creado por la dra. Kimberly Young ([www.keithadkins.com/netaddiction](http://www.keithadkins.com/netaddiction)), afirma que las personas que utilizan demasiado el ordenador pueden llegar a tener problemas similares a otras adicciones: parejas rotas, problemas en el trabajo, falta de sueño. Las personas adictas a internet que emplean hasta 18 horas al día conectadas, pueden sufrir problemas físicos como dolor de espalda, molestias oculares y síndrome del túnel carpiano. Algunos autores afirman que hay una especie de efecto halo que rodea a internet, el cual origina que los problemas que pueda causar internet sean menospreciados, al compararlos con sus beneficios. Es curioso observar que en el mundo de los motores de búsqueda web se denomina efecto halo al efecto producido cuando las palabras clave utilizadas en páginas web mejoran su ranking en los buscadores y entonces tiran del resto de palabras clave, haciéndolas subir también en su posicionamiento.

Para los detractores del término adicción a internet, aunque es cierto que algunas personas utilizan internet y otras tecnologías en exceso, lo hacen para evitar enfrentarse a problemas subyacentes, como depresión o trastorno

de ansiedad social. Éstos son trastornos que sí tienen diagnósticos y tratamientos bien definidos. Es fácil encontrar un símil con la historia de Don Quijote, quien “del poco dormir y del mucho leer, se le secó el cerebro, de manera que vino a perder el juicio”.

Según estos autores, son los trastornos de salud mental los que originan obsesiones, que pueden ir desde ver demasiados partidos de fútbol en la televisión hasta leer demasiada ciencia ficción. La obsesión que algunos jóvenes japoneses tienen por los libros de cómic se considera un problema de aislamiento social, no una adicción a esa lectura. Lo cierto es que internet no es un medio de comunicación típico y probablemente no deba ser comparado con otros medios que no permiten el mismo grado de interacción.

Los estudios de investigación científica sobre la adicción a internet son escasos. Un artículo publicado en septiembre de 2009 por la Asociación Médica Canadiense (<http://www.cmaj.ca/>) destaca el trabajo de metanálisis realizado en Corea del Sur y Estados Unidos por Byun et al (*Cyberpsychol Behav* 2009;12:203-7). En el mismo, se analizan los trabajos publicados entre 1996 y 2006 y los autores afirman que es difícil llegar a conclusiones válidas, pues en los trabajos analizados se han utilizado criterios muy distintos para definir qué es un adicto a internet y los métodos empleados no eran correctos para poder para analizar la relación causal entre variables. Por ello, para conocer la importancia real de la adicción a internet son necesarios estudios que se basen en una definición estándar de esta adicción y que incluyan una selección adecuada de sujetos y de variables. Los autores del metanálisis recomiendan utilizar métodos que permitan analizar la relación causal y no sólo el grado de asociación entre variables, de forma que puedan definirse correctamente los antecedentes y las consecuencias de la adicción a internet. ■

» Son los trastornos de salud mental los que originan obsesiones, que pueden ir desde ver demasiados partidos de fútbol en la televisión hasta leer demasiada ciencia ficción.

» Algunas personas utilizan internet y otras tecnologías en exceso, lo hacen para evitar enfrentarse a problemas subyacentes, como depresión o trastorno de ansiedad social.

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

# Valencia

5,6,7 Mayo 2010

Palau de la Música  
y Congresos de Valencia



## XIII CONGRESO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA Y SEGURIDAD DEL TRABAJO

*La salud laboral:  
compromiso de todos*



Secretaría Técnica

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

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

Información e inscripciones  
**www.semst.org**



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*



**"NO ADHESIVOS"  
FINANCIADOS  
POR LA  
SEGURIDAD SOCIAL**

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo  
del paciente

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

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

**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)**

Medical Economics

# Chequeo a la Industria

The Roche logo consists of a blue hexagonal outline with a white interior. The word "Roche" is written in a bold, blue, sans-serif font, centered within the hexagon.

Roche

# Soluciones innovadoras para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades

*Fundada el 1 de octubre de 1896 en la ciudad suiza de Basilea por Fritz Hoffmann La Roche, actualmente Roche está a la vanguardia en el cuidado integral de la salud, proporcionando soluciones innovadoras para la prevención, identificación, diagnóstico, tratamiento, evaluación y monitorización de enfermedades.*

## Medical Economics

### Editor

Manuel García Abad

### Directores asociados

José María Martínez García

Gonzalo San Segundo Prieto

### Coordinador editorial

Enrique González Morales

### Secretaría de redacción

Cristina García Blanco

medeconomics@drugfarma.com

### Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

### Producción

José Luis Águeda Juárez

### Administración

Ana García Panizo

Tel.: 91 500 20 77

### Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

### Spanish Publishers

#### Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif.

Vértice

28041. Madrid.

Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075

E-mail: spa@drugfarma.com

Numancia, 91-93. 08029.

Barcelona

Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-61-63

D.L.: M-35829-2003

S.V.: 38/03-R-CM

Controlado por



## 27 A la vanguardia en el cuidado integral de la salud

La División Farma investiga, desarrolla, produce y comercializa medicamentos eficaces en la lucha contra las enfermedades de mayor impacto social.

## 28 Entrevista a Luc Dirckx

“Un equipo de 250 personas se ocupa de la búsqueda global de la excelencia”.

## 30 Una cultura de resultados

La compañía Roche lleva en España 76 años, apostando por la investigación, el desarrollo de productos innovadores y las alianzas estratégicas con líderes de cada área.

## 32 La salud como objetivo

La creación de soluciones integrales para los procesos patológicos y el ofrecimiento a los pacientes de cuidados individualizados son dos de los objetivos esenciales de Roche.

## 34 Una apuesta de futuro

La nueva organización gira en torno a cinco áreas terapéuticas principales: oncología, virología, inflamación, metabolismo y sistema nervioso central.

## 36 Compromiso con la sociedad

Uno de los ejes sobre los que gira la actividad de Roche es la responsabilidad social corporativa, que cuida con especial interés.

## 38 Alianzas estratégicas

Roche mantiene con numerosos socios acuerdos de cooperación y alianzas estratégicas, siendo las más importantes Chugai Pharmaceutical y Genentech.

## 39 Entrevista a Carmen Marqués

“Intentamos crear medicinas innovadoras. La mayoría de nuestros fármacos son biotecnológicos dirigidos hacia patologías concretas”.

## 40 Roche en cifras

La cifra de facturación en 2008 ascendió a 701 millones de euros, correspondientes a la división Roche Farma.

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

# A la vanguardia en el cuidado integral de la salud



Fundada el 1 de octubre de 1896 en la ciudad suiza de Basilea por Fritz Hoffmann La Roche, un empresario emprendedor y pionero convencido de que la fabricación industrial de medicamentos representaría un avance significativo en la lucha contra la enfermedad, Roche se ha desarrollado partiendo de un pequeño laboratorio farmacéutico hasta convertirse en una de las principales compañías farmacéuticas del mundo. Mientras la innovación en tecnología y medios es su distintivo, su razón de ser son las personas, las que componen Roche y lo hacen posible y, sobre todo, los miles de pacientes cuyas necesidades individuales han conducido desde el principio la innovación de la compañía. Actualmente, Roche está a la vanguardia en el cuidado integral de la salud, proporcionando soluciones innovadoras para la prevención, identificación, diagnóstico, tratamiento, evaluación y monitorización de enfermedades. Ocupa una posición líder en importantes áreas terapéuticas. La División Farma investiga, desarrolla, produce y comercializa medicamentos eficaces en la lucha contra las enfermedades de mayor impacto social dentro de las áreas de hematología, artritis reumatoide, oncología, hepatología, trasplantes, anemia, osteoporosis, gripe, sida y obesidad. Por otro lado, la División Diagnostics es líder en el mundo en diagnóstico *in vitro* y ofrece una amplia gama de productos y servicios en todos los campos del diagnóstico médico.



**Luc Dirckx**, director general de Roche Farma.

## ENTREVISTA

# “Un equipo de 250 personas se ocupa de la búsqueda global de la excelencia”

*Con una organización multifuncional, Roche Farma mantiene sus propias operaciones comerciales en España, país en el que pretende ampliar sus actividades siempre que las condiciones favorezcan “un ambiente de innovación”.*

**PREGUNTA:** *¿Hace mella la crisis en la investigación y desarrollo de Roche en España, capítulo al que el año pasado destinó 44 millones de euros?*

**RESPUESTA:** Nuestros planes para este año en I+D no se han visto afectados. No obstante, lo que sí es importante es que el Gobierno español y los demás gobiernos europeos deben ser conscientes de que si no creamos un ambiente de innovación en Europa Occidental, reubicaremos recursos a Europa Oriental, a países como China o la India. Tiene que haber un equilibrio, pero es muy delicado.

**P.** *Ese gasto o inversión, además del número de investigadores (unas 150 personas más medio centenar de colaboradores externos), ¿son las razones por las que Roche considera a España como su segundo gran centro de I+D en Europa después de Suiza?*

**R.** No puedo decir que España sea el segundo mayor centro de Europa, ya que llevamos a cabo grandes actividades en Francia, Alemania y en el Reino Unido. En España hay un alto potencial de centros altamente cualificados y un interés en hacer estudios clínicos. Por ejemplo, un centro que está trabajando en un proyecto específico, surgido de un organismo español relacionado con el cáncer de pulmón, un concepto pionero relacionado con los marcadores biológicos. Ha

sido tan interesante que se ha visto recogido por Francia e Italia y esto llevará ahora a una indicación global para este proyecto en particular. El nombre del producto es Tarceva. Surge de una innovación local que se elevó a la casa central. Y de estos tengo muchos ejemplos. Hay un alto nivel de voluntad y de pericia clínica. Por otro lado, las demandas burocráticas y el entorno que se requiere para hacer estudios clínicos en Europa Occidental, en cuanto a la privacidad y la seguridad, es cada vez más exigente, pero también es un reto y España tiene los sistemas adecuados de I+D, los elementos de apoyo adecuados en los hospitales y en el mundo académico para satisfacer este potencial.

**P.** *¿Qué planes de futuro reserva el grupo suizo a su filial española?*

**R.** Tenemos una organización multifuncional, así que somos una de las compañías en España que mantiene sus propias operaciones comerciales. Tenemos nuestra I+D, nuestra planta de producción en Leganés —que es muy importante para el grupo— y también tenemos el centro de datos e IT, un grupo de unas 250 personas que básicamente están a cargo de la búsqueda global de la excelencia, y esto es algo único. Así que la organización de Roche Farma en España es claramente multifuncional y muy diferente a la organización que tenemos, por ejem-

plo, en Francia y en Reino Unido. Y si consideramos la medicina personalizada y nuestras actividades en diagnóstica, el Grupo Roche es un grupo de asistencia sanitaria fuertemente arraigado en el entorno español. Así es que nuestros planes para el futuro son seguir así. Digamos, hay voluntad de invertir todavía más, pero las condiciones deben favorecer un ambiente de innovación. Claramente, la intención del grupo es mantener y ampliar las actividades en España.

**P.** *Ustedes afirman que “la innovación es nuestra respuesta a los desafíos médicos”. ¿Cómo se concreta o se materializa esta frase?*

**R.** Esta es una muy buena pregunta. Por un lado, es cada vez más difícil, si hablamos de nuestros productos, llevar muy diferentes tipos de medicinas a la comunidad médica. Queremos desarrollar medicinas que cambien y prolonguen la vida de las personas. La idea de Roche es añadir valor en términos de la mejora de la vida. Si entramos en áreas como la Oncología (últimamente nos estamos expandiendo hacia áreas como el Alzheimer), hemos colocado el listón muy alto para nuestro desarrollo, así que esta es la parte de la innovación y esta es la estrategia de Roche.

También tenemos el área de Diagnóstica, el segundo pilar robusto de Roche. Creemos que lo que va pasar en el entor-

no médico en los próximos 10 ó 15 años es que habrá una medicina cada vez más personalizada, donde la prueba diagnóstica será esencial. Creo que somos la única empresa en la industria farmacéutica que ha hecho una elección consciente de combinar farmacéutica y diagnóstica. Y esta combinación es innovación. Colaboramos con otras empresas y tenemos muchas alianzas con universidades en España. Lo llamamos nuestro "Cosmos de la Innovación". Lo que estamos haciendo con Avastin en el área de la Oncología es algo que está rompiendo barreras.

**P.** *Una buena parte del esfuerzo en I+D+i Roche lo canaliza hacia la medicina personalizada. ¿Es ésta la principal apuesta de la compañía?*

**R.** La gran apuesta de la compañía es la medicina individualizada, pero esto no es fácil. Está bien hablar de ello, pero para poder hacerlo se necesitan los marcadores adecuados y hay que empezar muy pronto en la investigación con algo nuevo, algo que llamamos *companion diagnostics*. Se trata de un elemento diagnóstico o un marcador que se mete en el inicio del desarrollo de un agente terapéutico.

**P.** *¿Los hospitales españoles están preparados para la medicina personalizada?*

**R.** Depende del área médica y de la comunidad autónoma. En Oncología empezamos a trabajar con Avastin, y después de dos años, el 90 por ciento de las mujeres que padecen cáncer de mama se hacen automáticamente la prueba de HER2. En España están todos a favor de una implantación progresiva de innovaciones. Así, la gente está aceptando el producto para el cáncer de pulmón: Tarceva. Los mejores médicos españoles tienen una reputación excelente y, por lo tanto, la aceptación de un biomarcador te da la ventaja de que cuando das un tratamiento, éste va a funcionar.

**P.** *Un elemento esencial para innovar es la política de alianzas que la compañía mantiene...*

**R.** Claramente. Llevamos trabajando con Genentech, que forma parte de nuestra organización, desde hace más de 20 años. Nos gusta mantener a esa com-

pañía a cierta distancia. Lo mismo está ocurriendo con nuestros socios en Japón, Chugai. Es una empresa hermana para Roche, somos el socio mayor, es una empresa líder. Adquirimos tecnologías y empresas pequeñas. Un ejemplo típico es Ventana, que tienen una tecnología de la que Roche carece. Están llevando su negocio de manera totalmente independiente. Somos un buen modelo en cuanto a cómo trabajamos con compañías que integramos en el grupo Roche. No somos partidarios de llevar a cabo una fusión enorme y luego reorganizarlo todo. Es uno de los factores de nuestro éxito.

**P.** *¿Cómo va el Proyecto CaRisMa, cuyo objetivo básico es conseguir la excelencia en la gestión de las relaciones con los clientes de la compañía?*

**R.** El proyecto tiene dos puntos. Uno, las herramientas, la tecnología que necesitamos para poder entender lo que nuestros clientes necesitan, sean pacientes, administraciones públicas, directores de hospitales, farmacéuticos, directores de hospitales o en centros de Atención Primaria. Y dos, la perspectiva y el cambio cultural. El proyecto aún no está terminado, es un gran reto para toda compañía farmacéutica, para conseguir esta asociación de largo alcance.

**P.** *Y en responsabilidad social empresarial, ¿cómo están?*

**R.** Nos hacen esta pregunta muchas veces. A modo de ejemplo, podemos citar nuestra creación de orfanatos en Malawi y la provisión de medicamentos a los países subdesarrollados. En nuestra planta de Leganés trabaja gente discapacitada... También llevamos a cabo muchas actividades culturales. En Roche llevamos muchos años ocupándonos de la responsabilidad social, que para nosotros no es una moda de ahora, sino que forma parte de nuestra estrategia empresarial.

**P.** *Roche y los profesionales médicos: ¿una relación mejorable?*

**R.** Honestamente, creo que tenemos una muy buena relación con los profesionales de la Medicina. Siempre pregunto, cuando veo a muchos de los profesores o médicos, cómo está la relación, que

se puede mejorar. Creo personalmente que Roche, como empresa, y esto se refleja a través de toda la organización, tiene que ver con el hecho de que queremos ser el compañero más fiable en el campo de la salud. Así es que con los pies en el suelo y de manera pragmática, como soy yo, tengo confianza en todas las actividades que hacemos, en todas las regiones, con los profesionales sanitarios, I+D, la tecnología, el apoyo... , estoy muy satisfecho con la relación que tenemos. No porque lo diga yo, sino por los comentarios que recibimos.

**P.** *El año pasado Roche España celebró su 75 aniversario. ¿Qué resaltaría de este periodo?*

**R.** Setenta y cinco años son muchos. Hemos construido y ampliado nuestras actividades en el entorno español. Podríamos haber mantenido sólo una operación comercial, pero añadimos la fábrica, la investigación, un centro internacional de la excelencia. Para nosotros ha sido una continuación, un mayor desarrollo de nuestras actividades al margen de los productos. Se tomó la decisión de añadir la división de Diagnóstica en Barcelona, un sitio importante que da apoyo a América Latina. Así que si miramos el desarrollo de Roche a lo largo de los últimos 30 ó 40 años, ha habido una inversión importante en el entorno español de parte del grupo multinacional que es Roche. Desde este punto de vista, en cuanto al grupo, la importancia de España ha estado claramente reflejada a lo largo de estos años. En cuanto a la cultura, creo que hemos podido mantener una cultura muy interesante en nuestra organización y muchos de nuestros empleados están orgullosos de trabajar en este entorno, porque valoramos muchísimo a las personas, apreciamos valores como el coraje, la pasión y la integridad que tenemos en la empresa. Así es que si miras a los 75 años, muchas de las actividades tienen que ver con la expansión de las actividades que teníamos, debido a que el grupo Roche ha tenido confianza en el entorno español. Y aquí está el reto clave para los próximos 75 años: si podremos mantener el mismo entorno fértil en el futuro, creo que tendremos un muy buen futuro. ■

## Historia de la compañía

# Una cultura de resultados

*Fundada en 1896 en Basilea (Suiza), la compañía Roche lleva en España 76 años, apostando por la investigación, el desarrollo de productos innovadores y las alianzas estratégicas con líderes de cada área.*

**1896.** El 1 de octubre de este año, a la edad de 28 años, Fritz Hoffmann-La Roche lanzó su compañía como heredera del grupo Hoffmann, Traub & Co, con sede en Basilea, Suiza. La regla máxima para Fritz Hoffmann-La Roche consistía en desarrollar y fabricar medicamentos innovadores de potencial y calidad en igual medida, para después distribuirlos más allá de cualquier frontera geográfica. Una voluntad que sigue siendo vigente en la actualidad.

**1897-1914.** Ya desde los inicios de la historia de Roche, la compañía abre su expansión hacia nuevas actividades empresariales. Durante estos años, Fritz Hoffmann y su nuevo socio, Carl Meerwein, comienzan a crear una red de agentes y filiales en Europa y otros continentes, abriendo oficinas en Milán, Nueva York, San Petersburgo, Londres, Viena, Berlín y Yokohama. En cuanto al desarrollo de nuevos productos, Roche protagoniza una rápida sucesión de nuevas presentaciones: jarabes para la tos, analgésicos, etcétera.

**1915-1927.** Son años complicados como consecuencia de la Primera Guerra Mundial y por el fallecimiento de Fritz Hoffmann-La Roche en 1920. Se dan los primeros pasos hacia las vitaminas sintéticas.

**1928-1944.** La compañía experimenta un inesperado crecimiento debido sobre todo a la producción de vitaminas. Roche consigue, además, seguir expandiendo su negocio e inicia su fuerte compromiso con el mercado estadounidense, realizando inversiones relevantes en Nueva York y Nutley. Redoxon es el primer preparado vitamínico en llegar al mercado. La compañía se convierte en el principal proveedor de vitaminas y alcanza un dominio significativo de la síntesis industrial de las vitaminas A, B1, B2, E y K1.

**1945-1964.** La producción de vitaminas de la compañía sigue aumentando y la inauguración de nuevas fábricas locales refuerza la posición de liderazgo de Roche en este mercado concreto. Con el fin de evitar una excesiva dependencia del sector de las vitaminas, Roche intensifica sus proyectos de investigación farmacéutica. Desde principios de los años 50 y hasta mediados de los 60, la investigación farmacéutica de Roche es enormemente diversa e incluye una cartera de productos que van desde los antidepresivos y los antimicrobianos hasta nuevos fármacos de quimioterapia contra el cáncer. A mediados de los años 50 aparece un nuevo grupo de agentes sedantes, conocidos como tranquilizantes, que rápidamente comienzan a utilizarse en el manejo clínico de los pacientes. La compañía lanza su primer fármaco contra el cáncer y Valium.

**1965-1978.** Roche amplía su presencia a nuevos mercados en el contexto de la salud. Este período marca el punto de inicio de la participación de Roche en la investigación biomédica básica, lo que se refleja en la decisión de crear el Instituto Roche de Biología Molecular de Nutley, el Instituto Basilea de Inmunología y el Centro Japonés de Investigación en Kamakura. Roche entra en el mercado de diagnósticos.

**1979-1990.** Roche comienza a reforzar sus estructuras de organización y decide crear unidades de negocio separadas e independientes, que van adquiriendo cada vez más autonomía. Además, las actividades corporativas se consolidan gracias a nuevas adquisiciones selectivas y a inversiones en algunos segmentos de mercado. Tras una alineación global de las estructuras de la compañía, Roche ha diseñado ya sus cuatro divisiones de negocio: farma, vitaminas y agentes químicos, diagnóstico y perfumes. Se lanzan nuevos productos al mercado y se avan-

za enormemente en los tratamientos frente al cáncer.

**1991-2000.** Roche se expande internacionalmente y lanza productos innovadores líderes en el mercado como Tamiflu, fármacos contra el cáncer como Herceptin o MabThera y contra el VIH como Invirase, Valcyte y Fuzeon. Además, la División de Diagnósticos lanza varios productos nuevos en todas las áreas de pruebas médicas. Al adquirir Boehringer Mannheim en 1998, Roche se convirtió en líder mundial del área de diagnósticos gracias a su exclusiva variedad de productos innovadores, a la amplitud de sus tecnologías y a su extensa presencia geográfica. Roche entra en el mercado japonés con su alianza con Chugai y, además, adquiere Syntex Corporation en Estados Unidos.

**Desde el año 2000.** Roche se encuentra entre las principales compañías farmacéuticas innovadoras del mundo y, con la experiencia compartida por Diagnóstica y Farma, se sitúa en una posición privilegiada para perseguir nuevas alternativas terapéuticas basadas en una medicina individualizada. Roche adquiere un gran compromiso social con numerosas fundaciones, grupos de apoyo y asociaciones para desarrollar numerosas acciones de responsabilidad social corporativa. Además, continúa liderando el área de oncología con nuevos productos como Avastin y Tarceva. Con el fin de centrarse en el campo de la salud, Roche se deshace de dos importantes divisiones de negocio: Fragancias y Vitaminas y Agentes Químicos Finos y se posiciona claramente como compañía farmacéutica basada en la investigación y comprometida con la innovación en salud.

Las unidades de negocio de Farma y Diagnósticos proveen a la sociedad de productos que abarcan todo el espectro de la salud, desde la detección temprana y la prevención de enfermedades hasta el diagnóstico y el tratamiento. Ambas divisiones se complementan perfectamente, de manera estratégica, jugando un papel fundamental a la hora de dar forma a la medicina del futuro, basada en un abordaje personalizado del paciente. Roche adquiere la empresa biotecnológica suiza GlycArt, la americana BioVeris y Ventana Medical Systems y lanza una OPA sobre la empresa estadounidense NimbleGen. En cuanto al desarrollo de produc-

tos, hay que destacar la presentación de Acetemra, eficaz tratamiento para la artritis reumatoide en adultos. En el 2009, Roche concluye la oferta pública de adquisición de Genentech. ■

## Roche en España

Roche Farma se implantó en España en 1933, y en la actualidad cuenta con 1.230 empleados distribuidos entre sus oficinas de Madrid y Barcelona, así como el centro de producción de Leganés, el almacén de distribución de Getafe y el Centro Internacional de Excelencia en Informática. En el año 2008 facturó 678 millones de euros.

La planta de producción de Leganés, en Madrid, es probablemente una de las más modernas y punteras de Europa, y fabrica y exporta productos farmacéuticos a más de 40 países de todo el mundo. Además, es el único centro de excelencia en la producción de comprimidos en Europa que está aprobado por la FDA para la exportación a Estados Unidos y por las autoridades de Japón.

Roche también cuenta en Madrid con un nuevo centro de excelencia en informática, inaugurado el año 2007, que da asistencia internacional 24 horas al día, siete días a la semana, y que controla más de 4.000 servidores y 60.000 ordenadores de mesa. Es un centro de decisión de estrategia tecnológica, con más de 190 proyectos, donde se desarrollan e introducen mecanismos de almacenamiento y archivo de información.

Roche Farma ocupa, hoy en día, una posición clave en el Grupo Roche gracias al talento y la formación de los trabajadores, la tecnología, la innovación constante y la búsqueda de satisfacer las necesidades de sus clientes. En este sentido, se está desarrollando un proyecto que contribuye a la mejora de la calidad de vida profesional y personal a través de la implantación de innovadores beneficios sociales e iniciativas de conciliación. Este ejercicio y compromiso con los trabajadores ha llevado a Roche a ser reconocida como Empresa Líder para talentos, Mejor Empresa para trabajar o la mención especial Madrid Empresa Flexible, concedida por la Comunidad de Madrid.

## Divisiones y productos

# La salud como objetivo

*La creación de soluciones integrales para los procesos patológicos y el ofrecimiento a los pacientes de cuidados individualizados son dos de los objetivos esenciales de Roche y constituyen su principal apuesta de futuro.*

La medicina del futuro se dirige a un tratamiento individualizado, siendo diferente la gestión de cada paciente. En el futuro, los tratamientos serán cada vez más diferentes y se incrementarán los procesos patológicos que se abordarán de manera integral. Roche ofrece soluciones nuevas y efectivas en las más importantes áreas terapéuticas como: hematología, artritis reumatoide, oncología, sida, hepatología, trasplantes, anemia, osteoporosis, gripe y obesidad.

**Artritis reumatoide.** Uno de los principales motores del crecimiento de Roche en los próximos años es la cartera emergente de productos contra enfermedades autoinmunes, con la artritis reumatoide como primera indicación.

**MabThera (rituximab).** Tras el lanzamiento de este producto, Roche tiene en desarrollo una serie de proyectos con el potencial para seguir en el camino del éxito. Constituye una aproximación terapéutica radicalmente diferente al tener como diana de su mecanismo de acción las células (linfocitos) B, las cuales desempeñan una función clave en la patogénesis de la artritis reumatoide.

**Roactemra (tocilizumab),** el segundo compuesto innovador de Roche contra la artritis reumatoide, es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a los receptores de la interleucina 6 (IL-6) inhibiendo así la actividad de esta citocina, una proteína con una función importante en el proceso inflamatorio de la artritis reumatoide.

**Oncología.** MabThera (rituximab) fue primer anticuerpo monoclonal autorizado para el tratamiento del cáncer, en concreto para el linfoma no Hodgkin (LNH), donde a lo largo de estos años ha ofrecido más años de vida sin progresión para los pacientes con linfoma folicular, gracias a su uso en combinación con quimioterapia como inductor de la mejor respuesta posible, seguido del mantenimiento de la misma, usado como monoterapia; y también

la oportunidad de curación para los pacientes con linfomas agresivos, de la mano de su indicación en combinación con quimioterapia. Ahora, 10 años más tarde, MabThera continúa abriendo nuevos caminos, debido a los excelentes resultados demostrados en sendos ensayos, en primera línea y en recaídas, de pacientes con leucemia linfática crónica, que serán la base para el registro de ambas indicaciones a lo largo de 2009 y 2010.

**Herceptin (trastuzumab)** es una terapia dirigida para el cáncer de mama HER2 positivo que ha demostrado en más de 1.300 mujeres y en más de 10 años un aumento significativo de la supervivencia libre de enfermedad, del riesgo de recaída y de la supervivencia global en todos los estadios de la enfermedad.

**Xeloda (capecitabina)** es una quimioterapia oral indicada en el tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal, cáncer gástrico avanzado y cáncer de mama.

**Avastin (bevacizumab)** es un anticuerpo monoclonal humanizado fruto de más de 30 años de investigación y el primero de una nueva generación, los denominados antiangiogénicos. Es el primer y único antiangiogénico que ha mostrado de forma consistente mejorar la supervivencia global y/o la supervivencia libre de progresión en pacientes con cáncer colorrectal, de pulmón, de mama y renal. En España, Avastin está aprobado como tratamiento de primera línea en: cáncer colorrectal metastásico, cáncer de mama metastásico, cáncer de pulmón no microcítico metastásico o recidivante (salvo el tipo histológico con predominio de células escamosas), también en la indicación de cáncer renal.

**Tarceva (erlotinib)** está indicado en España para el tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastásico, tras una primera línea de tratamiento con quimioterapia. Tarceva (erlotinib) es un fármaco diana que inhibe eficazmente la tirosina-quinasa del EGFR con un mecanismo de acción totalmente distinto al de la quimioterapia tra-

dicional, lo que le confiere una mayor especificidad sobre las células tumorales.

**Sida.** Fuzeon (enfuvirtida) es el primero de una nueva clase de medicamentos antirretrovirales, los inhibidores de fusión, contra las cepas del VIH resistentes a los demás fármacos antirretrovirales disponibles.

**Hepatología.** Pegasys (peginterferón alfa-2a) resulta de la unión de una molécula de PEG (polietilenglicol de cadena ramificada de 40 kd), al interferón alfa-2a (Roferon-A). Desde su lanzamiento en 2003 se ha convertido en el tratamiento más utilizado contra la hepatitis C, en combinación con Copegus (ribavirina). Además ha sido autorizado para el tratamiento de la hepatitis B.

**Trasplantes.** CellCept (micofenolato mofetilo) es un fármaco inmunosupresor desarrollado para la profilaxis del rechazo agudo en pacientes receptores de un trasplante (renal, cardíaco o hepático) que, desde su aparición en el año 1996, ha mejorado de forma significativa, con respecto a las anteriores pautas de inmunosupresión, la supervivencia del injerto y del paciente a largo plazo. Actualmente, CellCept es el tratamiento de elección para la profilaxis del rechazo.

**Valcyte (valganciclovir)** es un antiviral indicado para el tratamiento y la prevención de la retinitis por citomegalovirus (CMV) en pacientes con sida y para la prevención de la enfermedad por CMV en pacientes trasplantados de alto riesgo.

**Anemia.** Mircera (metoxi-polietilenglicol epoetina beta) está indicada para el tratamiento de la anemia sintomática asociada a la enfermedad renal crónica (ERC). Es el único agente eritropoyético que puede administrarse 1 vez al mes manteniendo estables los niveles de hemoglobina en todos los pacientes con ERC, constituyendo un importante avance en el tratamiento de la anemia.

**NeoRecormon (epoetina beta)** es una glucoproteína que estimula la formación de glóbulos rojos cuando el riñón no libera suficiente eritropoyetina de forma natural. Está indicado para el tratamiento de la anemia asociada a la insuficiencia renal crónica, para el tratamiento de la anemia sintomática en el paciente oncológico que está recibiendo quimioterapia, y para aumentar el rendimiento de la sangre autóloga de pacientes incluidos en un programa de preodonación.

**Osteoporosis.** Bonviva (ácido ibandronico) es el primer fármaco indicado para el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica con una dosis mensual. Se trata de un bifosfonato que ha mostrado reducir el riesgo de sufrir fracturas vertebrales y no vertebrales.

**Gripe.** Diseñado para combatir todos los virus de la gripe, Tamiflu (oseltamivir) es un antiviral perteneciente al grupo de los inhibidores de la neuraminidasa que, administrado durante las primeras 48 horas de la aparición de los síntomas, permite moderar su intensidad, acortar el proceso gripal y reducir sus complicaciones.

**Obesidad.** Xenical (orlistat) es un medicamento para perder peso exclusivamente en forma de grasa y está indicado en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Consigue eliminar hasta un 70 por ciento más de grasa corporal que con una dieta sola y permite una alimentación variada. ■

## Planta de producción de Leganés

La planta de producción de Roche Farma en Leganés es una de las más modernas de Europa. Esta planta, reconocida como uno de los centros de excelencia del Grupo Roche en todo el mundo, fabrica y exporta a más de 40 países, incluyendo: Alemania, Argentina, Austria, Bélgica, Pakistán, Polonia, Rusia, Estados Unidos y Nueva Zelanda. En 2006 se empezó a fabricar para el mercado japonés y en 2007 se obtuvo la aprobación para la fabricación a Brasil. Actualmente, ocupa 22.000 m<sup>2</sup> en una zona industrial con unos 15.000 m<sup>2</sup> construidos y se centra en los siguientes productos: Inivirase, medicamento para tratar el sida, que exporta a toda la Unión Europea; Naprosyn, un antiinflamatorio, que exporta a todo el mundo; Aleve; otro antiinflamatorio que exporta a Estados Unidos; Inhibace, para tratar enfermedades cardiovasculares; y Torasemida, Rivotril y Toradol, que exporta a la Unión Europea.



## La I+D+i en España

# Una apuesta de futuro

*La nueva organización gira en torno a cinco áreas terapéuticas principales: oncología, virología, inflamación, metabolismo y sistema nervioso central.*

**R**oche continúa apostando por la investigación y el desarrollo de nuevos productos y nuevas indicaciones. Además, se posiciona en la medicina individualizada, lo que la lleva a la creación de tratamientos personalizados especí-

ficos para subpoblaciones de pacientes, basándose en el conocimiento de las diferencias biológicas entre ellos y las características de la enfermedad.

Es una de las primeras compañías en reconocer el potencial de la medicina persona-

## Hitos científicos

- 1933/47** » Los investigadores desarrollan la primera síntesis industrial de las vitaminas A, C y E.
- 1950** » Descubrimiento y desarrollo de la benzodiazepina, surgiendo una nueva era en la psicofarmacología.
- 1973** » Herbert Boyer y Stanley Cohen realizan el primer experimento de ingeniería genética en California.
- 1974** » Premio Galien por el descubrimiento del medicamento para la enfermedad de Parkinson, en reconocimiento a los esfuerzos de Roche para eliminar los efectos secundarios asociados a las terapias anteriores.
- 1975** » El alfa puro de interferón se obtiene de los extractos de la célula.
- 1976** » Herbert Boyer y Robert Swanson fundan Genentech, la primera compañía biotecnológica, al sur de San Francisco.
- 1978** » La proteína alfa pura de interferón es aislada por los científicos de Roche. Genentech y Roche comienzan un proyecto conjunto para producir interferon alfa en bacterias manipuladas genéticamente.
- 1984** » Premio Galien por Tigason, el primer tratamiento realmente efectivo para las manifestaciones severas de psoriasis.
- 1986** » Sale al mercado el primer producto manipulado genéticamente, Roferon-A (interferón alfa-2<sub>a</sub>).
- 1987** » Susumu Tonegawa, investigador del Instituto Basel para la Inmunología, es galardonado con el Premio Nobel de medicina por su trabajo con segmentos del gen del anticuerpo. Este trabajo posteriormente hizo posible producir anticuerpos humanos.
- 1988** » Premio Galien por Anexate, el antagonista de las benzodiazepinas, que revierte el efecto de las benzodiazepinas.
- 1990** » Roche adquiere la mayoría de las acciones en Genentech.
- 1991** » Roche adquiere los derechos de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), técnica y marca disponibles para el uso industrial.
- 1995** » Los científicos de Roche descubren una nueva clase de terapéuticos, los inhibidores de la proteasa, para el tratamiento del sida.

lizada y esta es la forma y la base, hoy en día, de entender la I+D de la compañía.

Con el fin de mejorar todavía más la capacidad de innovación y trabajar de forma más adecuada con la medicina individualizada, Roche Farma ha implantado una importante reorganización en sus actividades de investigación y desarrollo. Esta nueva organización gira en torno a cinco áreas terapéuticas principales (Disease Biological Areas: DBA): oncología, virología, inflamación, metabolismo y sistema nervioso central. Cada DBA establece sus prioridades y toma sus decisiones en relación a ese área específica. Esto está ayudando tremendamente a la investigación de los productos e incrementando el número y

la calidad de los programas de desarrollo. Roche España participa de lleno en todos los programas de investigación, desde la fase I a la fase IV, con las casi 160 personas que forman parte de este departamento. Es uno de los llamados *key countries* de Roche. Esto hace a España partícipe de los ensayos clínicos de todos los productos de la compañía.

Cada vez hay más países que se ofrecen para acoger este tipo de investigaciones en condiciones muy competitivas. La apuesta por España se apoya en la calidad y profesionalidad de los investigadores, así como en el apoyo de las autoridades para hacer compatibles las máximas garantías con la eliminación de trabas burocráticas. ■

## en 75 años de historia

- 1997** » Se lanzan MabThera, anticuerpos humanos monoclonales (terapia del cáncer) y Zenapax (prevención del rechazo del órgano después del trasplante).
- 1999** » Premio Galien por el desarrollo de Invirase, el primer inhibidor de la proteasa del VIH en el mundo.
- 2004** » Venta de Consumer Health a Bayer.  
» La División Diagnostics lanza el primer reactivo para la detección de HPV (papilomavirus humano) basado en la técnica PCR.
- 2005** » Introducción de Tarceva, Avastin.  
» Introducción en el mercado del primer sistema integrado que permite la gestión de la diabetes con una sola mano Accu-Chek Compact Plus.  
» Roche Diagnostics adquiere la empresa española Carpe Diem, incorporando la última tecnología en servicios de telemedicina en su área de Diabetes Care y comercializados bajo la marca Emminens.
- 2006** » Consolidación del Centro de Excelencia Internacional de Informática en Madrid. Hoy más de 250 personas colaboran en este centro.  
» La división Diagnostics lanza Cobas 6000, primera plataforma modular para laboratorios de tamaño mediano, que permite determinar más de 90 pruebas de bioquímica clínica, inmunoanálisis para determinación de drogas y seguimientos terapéuticos, más de 40 inmunoensayos heterogéneos para diagnóstico tiroideo, hormonal, oncológico y cardíaco.
- 2007** » Lanzamiento de Bonviva, tratamiento contra la osteoporosis.  
» Suministro de Tamiflu a las autoridades sanitarias y lanzamiento en farmacias.  
» Roche Diagnostics adquiere la empresa norteamericana 454 Life Sciences incorporando a su cartera de productos destinados a la investigación una novedosa gama de instrumentación para la secuenciación de ADN de alto rendimiento.
- 2008** » Lanzamiento de Mircera, que consolida a Roche en el tratamiento de la anemia.
- 2009** » Lanzamiento de RoActemra para tratar la artritis reumatoide y actualmente se está trabajando en nuevas moléculas para el tratamiento de la diabetes, del sistema nervioso central, del cáncer y de la artritis reumatoide.

## Responsabilidad corporativa

# El compromiso con la sociedad

*Uno de los ejes sobre los que gira la actividad de Roche es la responsabilidad social corporativa, que cuida con especial interés, sobre todo en el desarrollo y mejora de situaciones como la falta de medicamentos en los países pobres.*

**E**l objetivo principal de las diferentes actividades de responsabilidad social corporativa es cubrir todos los aspectos sociales en los que la ayuda y colaboración de la empresa sea fundamental para el desarrollo y mejora de situaciones como la falta de medicamentos en los países pobres, el cuidado del medio ambiente y educación sanitaria, entre otros.



Roche España participa en un proyecto de ayuda a orfanatos en Malawi.

La actividad referida a responsabilidad social es muy importante para Roche España. A través de los numerosos programas y convenios con organizaciones y empresas privadas, la compañía apoya la integración de discapacitados tanto en centros externos como en las propias delegaciones que Roche posee en todo el territorio nacional.

Como miembro de la Junta de Protectores de la Real Fundación de Toledo (entidad de carácter cultural), Roche colabora anualmente en la financiación de los premios que entrega la fundación a personalidades e instituciones que han tenido una trayectoria relevante en el ámbito cultural. Colabora también con la Fundación Theodora financiando el trabajo anual de un Doctor Sonrisa. Esta aportación ha contribuido a que más de 25.000 niños hospitalizados en diez hospitales españoles hayan recibido la visita de un Doctor Sonrisa.

Además, en el año 2005, la División de Atención Primaria puso en marcha un estudio de mercado sobre osteoporosis en el que participaron más de 2.000 médicos españoles: reumatólogos, ginecólogos y traumató-

logos. Se incentivaba la participación en la encuesta con 6 euros. Cada médico entrevistado decidía si los cobraba o los destinaba a la Fundación Theodora. La acción, pionera en la compañía, tuvo un gran éxito: el 100 por ciento de los médicos decidieron donar su participación en la encuesta. Se recogieron 15.300 euros que fueron donados íntegramente a dicha Fundación.

En esta misma línea, Roche España participa en la Carrera por los niños, una marcha de cinco kilómetros organizada por los empleados con la intención de recaudar dinero para colaborar en proyectos de ayuda a niños. En la última edición, participaron en nuestro país más de 800. La mitad de la recaudación conseguida en España se destinó a un proyecto de ayuda a orfanatos de niños en Malawi y la otra mitad se envió a la Fundación de Oncología Infantil Enriqueta Villavecchia de Barcelona.

### Cuidado del medio ambiente

Por otro lado, en el ámbito del medio ambiente Roche ha obtenido la certificación en Gestión Ambiental, de acuerdo a la norma ISO 14001, en 2008, y continúa dedicando tiempo y esfuerzo para lograr la mejora del comportamiento ambiental de Roche Farma España S.A. Este compromiso de mejora continua y de prevención de la contaminación se ha visto reflejado, entre otros, en el desarrollo y aplicación de un plan de acción para la consecución de los tres objetivos ambientales corporativos existentes: ahorro en el consumo energético, conservación del valor ecológico y cumplimiento de la legislación ambiental aplicable.

Roche lleva a cabo programas de acceso a la asistencia sanitaria en países pobres. Así, la Iniciativa de Transferencia Tecnológica está aumentando la capacidad de los países más pobres y afectados para la fabricación de tratamientos médicos. En este sentido, Roche ha ofrecido su experiencia técnica para ayu-

dar a los fabricantes locales del África subsahariana y de los países menos desarrollados y los conocimientos necesarios para producir medicamentos genéricos contra el sida.

Por medio de AmpliCare, Roche Diagnostics ayuda a los médicos de los países más pobres del mundo a testar y monitorizar a los pacientes con VIH/sida. Gracias a este programa, Roche ha proporcionado las pruebas de carga vírica del VIH al precio más bajo posible. Esta iniciativa cuenta con el respaldo de importantes programas gubernamentales y privados. Además, un programa educativo garantiza la puesta al día de los médicos y enfermeros locales en los últimos avances sobre cuidados del VIH/sida.

Desde 1994, el proyecto más significativo para la compañía en el ámbito solidario es Phelophepa, o Tren de la Esperanza, un hospital sobre ruedas, que consta de 16 vagones, equipado para acercar ayuda y educación sanitaria a las regiones más pobres y remotas de Sudáfrica, un lugar en el que sólo existe un médico para cada 4.000 personas.

En Malawi, Roche colabora con la European Coalition of Positive People patrocinando centros de acogida en los que niños huérfanos a causa de la enfermedad encuentran educación, atención sanitaria, pozos de agua potable y refugio. A través de la Carrera por los niños se recaudan fondos para este proyecto. Y en Latinoamérica, Roche ha cedido al gobierno brasileño los derechos de la medicina para tratar la enfermedad de Chagas, que amenaza las vidas de 18 millones de personas en el Amazonas.

Ante la amenaza de la gripe aviar, la compañía ha donado a la Organización Mundial de la Salud cinco millones de packs de su antiviral Tamiflu para hacer frente a una eventual pandemia. También, Roche ha iniciado una colaboración con el Comité Internacional de Cruz Roja, por el que, durante seis años, soportará económicamente y, a través de donación de fármacos y servicios, los distintos proyectos que la ONG realice a nivel global.

En agosto de 2007, una región de Perú fue sacudida por un terremoto muy fuerte que alcanzó 7,9 en la escala de Richter. Roche ayudó a reconstruir la aldea destruida de Chocos, un pueblo en los Andes peruanos, que fue fuertemente afectada. El proyecto está financiado por Roche, Re&Act y empleados de Roche, y se construirá una presa, que ayudará a la recuperación económica y social de la zona. Tam-

bién participó en las actividades de ayuda de emergencia en Sichuan (China), tras el gran terremoto del 12 de mayo de 2008.

Roche también ayuda a los países desarrollados al vender sus productos en los que hay un buen número de personas que no pueden pagar la atención médica ni el seguro de salud. En estos casos la compañía proporciona medicamentos y revisiones gratuitas a los pacientes que participan en los ensayos clínicos, con tratamientos y pruebas adicionales a las estudiadas, y compensa a los más de 7.000 hospitales y clínicas de todo el mundo por cada paciente que implican en un ensayo de la compañía. El dinero se destina a financiar personal de enfermería adicional o crear centros educativos y de investigación. ■

## Al compás de la música

En 2003, Roche, el Festival de Lucerna, la Orquesta de Cleveland y el Carnegie Hall llegaron a un acuerdo internacional pionero para el progreso de las artes. Bajo los términos del acuerdo, Roche encarga periódicamente una nueva obra a un compositor contemporáneo. Este proyecto se creó para ofrecer a los artistas de la música contemporánea el reto y la oportunidad de forjar nuevas fronteras en su especialidad. Así se combina la innovación en las artes y la innovación en medicina.

Roche también colabora con el Festival de Salzburgo a través del Roche Continents. Estudiantes de ciencias naturales, arte y música de 21 países europeos se reúnen en Salzburgo para debatir sobre el tema de la creatividad en sus especialidades y hallar los puntos de contacto entre disciplinas a primera vista tan distintas. La semana de estudios, celebrada por primera vez en 2007, tiene como fin estimular a los estudiantes a participar en un proyecto nuevo e inusual para examinar juntos el concepto de la creatividad y la innovación en el arte, la música y las ciencias.

Para celebrar su centenario en 1996, Roche donó el Museo Tinguely con la labor del escultor suizo Jean Tinguely a su ciudad natal de Basilea. El museo, diseñado por el famoso arquitecto suizo Mario Botta, se encuentra cerca de la sede de Roche, en el histórico Parque de la Soledad de Basilea.

## Alianzas estratégicas de Roche

# Más de 50 alianzas con compañías de todo el mundo

*Roche mantiene con numerosos socios acuerdos de cooperación y alianzas estratégicas, siendo las más importantes con Chugai Pharmaceutical (Japón) y Genentech (Estados Unidos). A día de hoy, tiene establecidas más de 50 alianzas con compañías de todo el mundo, tanto en Europa y Norteamérica como en Asia.*

**E**n Estados Unidos, Roche ha establecido alianzas con una veintena de laboratorios, entre los que destacan Amgen y Gilead. También tiene presencia en Canadá, concretamente en Aspreva, Iso-technika y Stressgen. En el continente asiático ha extendido lazos con organizaciones en Japón, entre las que destacan Astellas y Chugai, así como en India. Y en Europa, mantiene



Chugai es una de las principales farmacéuticas orientadas a la investigación.

acuerdos y alianzas con compañías de Reino Unido, como Elan, GE Healthcare o GSK, entre otras; en Bélgica, con Solvay, y en otros países como Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Islandia, Italia, Suecia y Suiza. Los acuerdos más importantes son los siguientes.

**Chugai Pharmaceutical.** En 2008, Roche elevó su participación del 50,1 al 59,9 por ciento, afianzando así la importancia de la alianza estratégica. Chugai es una compañía especializada en medicamentos de prescripción con sede en Tokio. Es una de las principales farmacéuticas japonesas orientadas a la investigación, con una fuerte base en productos biotecnológicos. Desde el inicio de la alianza estratégica, en 2002, Chugai, como miembro importan-

te del grupo, interviene activamente en las actividades de I+D de medicamentos de prescripción de Roche, tanto en Japón como a nivel internacional. Chugai Pharmaceutical está desarrollando productos innovadores con aplicaciones mundiales en áreas específicas, como oncología, enfermedades renales, huesos y articulaciones. Los centros de investigación de Chugai en Gotemba y Kamakura (Japón) colaboran en el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos, y el de Ukima investiga en el desarrollo tecnológico para la producción industrial.

**Genentech.** En 2009, Roche y Genentech alcanzaron un acuerdo para unir ambas organizaciones y crear un líder en innovación sanitaria. La compañía resultante de esta unión se ha convertido en la séptima en Estados Unidos en términos de cuota de mercado farmacéutico. Genentech es una compañía puntera de investigación biotecnológica, fundada hace más de 30 años, que descubre, desarrolla, fabrica y comercializa medicamentos para tratar a pacientes con importantes necesidades médicas aún no satisfechas. Un aspecto a destacar de las alianzas de Roche es su capacidad para alimentar la creatividad a través de acuerdos fundamentados en el respeto, la autonomía y la cultura. En términos más concretos, las alianzas de Roche se basan en: acuerdos creativos (no todos los acuerdos son iguales), conceder a los socios la libertad de opinar y decidir en el desarrollo de sus activos, apoyar el desarrollo de las ideas y proyectos de los socios, estabilidad a largo plazo gracias a la técnica y experiencia empresarial adquirida, con acuerdos flexibles para beneficiar a ambas partes, y la convicción y el orgullo de las asociaciones realizadas, valorando el reconocimiento aportado por las mismas a la empresa en todo el mundo. ■

## ENTREVISTA

# “Buscamos soluciones de alta calidad para necesidades no cubiertas”

La medicina individualizada es traslacional porque invita a trabajar en equipo, de forma multidisciplinar, lo que es un tema clave para los profesionales.



**Carmen Marqués López,**  
directora médica.

**PREGUNTA:** *Cada vez hay más mujeres al frente de un equipo de investigación. ¿Cómo lo lleva usted? ¿Cuántos investigadores tiene a su cargo y cuántos son médicos?*

**RESPUESTA:** Lo llevo pues igual que un hombre, con un poco de organización y la ayuda de todos, especialmente mi familia. La forma de dirigir de las mujeres está más enfocada hacia los objetivos y nos importa menos la presencia física y el horario. Los departamentos de la industria farmacéutica cada vez tienen más mujeres. En el mío somos cien personas de plantilla, de las que el 70 por ciento son mujeres. Una cuarta parte del total son médicos. Y tenemos más de medio centenar de colaboradores externos, que contratamos según las necesidades de la investigación.

**P.** *¿Cuáles son los principales ejes sobre los que se asienta la política de I+D de la compañía?*

**R.** Intentamos crear medicinas innovadoras. La mayoría de nuestros fármacos son biotecnológicos dirigidos hacia patologías concretas. Buscamos soluciones de alta calidad para necesidades no cubiertas, o sea, enfermedades que no se curan o no se curan del todo. Y lo que hacemos, naturalmente, es crear, prevenir, diagnosticar y tratar, investigando de una forma responsable y ética. Estamos trabajando muy especialmente en la medicina individualizada.

**P.** *Y para ello, “debemos partir de diagnósticos y tratamientos innovadores”.*

**R.** El problema de la medicina actual es que los medicamentos, desafortunadamente, no están diferenciados. Y es que hasta hace poco, como no conocíamos la medicina molecular, hacíamos medicina empírica. Lo que hace Roche es adaptar el tratamiento a cada paciente o grupo de pacientes, porque genéticamente el comportamiento de los fármacos en cada organismo es diferente. Somos pioneros en la medicina individualizada.

**P.** *¿En qué medida la medicina individualizada es una oportunidad para el Sistema Nacional de Salud?*

**R.** Los beneficios son tremendos. Con la aflicción de la medicina individualizada cualquier gestor va a ahorrar dinero, seguro. El impacto económico de la farmacogenómica está demostrado que es positivo, de claro ahorro de costes.

**P.** *¿Y para los profesionales sanitarios y la práctica clínica?*

**R.** Ahora mismo, entre el 30 y el 70 por ciento de los fármacos fallan, no te solucionan tu problema. Y para el médico es esencial que no haya fallos terapéuticos, es decir, buscar el fármaco más eficaz para sus pacientes. Además, la medicina individualizada es traslacional porque invita a trabajar en equipo, de forma multidisciplinar. Y esto es un tema clave.

**P.** *¿Cuántos proyectos de investigación y moléculas tienen en estudio y en qué fase se encuentran?*

**R.** España forma parte de cualquier proyecto de investigación que inicie Roche, desde las fases precoces hasta el final. O sea, desde la fase I hasta la IV, hacemos todo el desarrollo. Y cada vez, afortunadamente, hacemos en España más fases I y II. Estamos haciendo ensayos clínicos con 34 moléculas diferentes, trabajamos con 224 centros de investigación, y en 2008 hemos realizado 161 ensayos clínicos y tratado a más de 9.000 pacientes. Y con una inversión en I+D de casi el 22 por ciento del total de las ventas a nivel mundial, y en España estamos en torno al 16 por ciento de nuestra facturación.

**P.** *¿Qué aporta Roche España a la nueva cultura del uso racional del medicamento?*

**R.** Tenemos un departamento (*e-marketing*) exclusivamente dedicado a todo lo que es información acerca de los medicamentos, con todas las partes implicadas, también con los pacientes. Este es un tema puntero en Roche, no sólo con los productos comercializados, sino también en los ensayos clínicos. Pero la clave del uso racional de los medicamentos está en la medicina individualizada, es lo mejor que se puede hacer para racionalizar el uso y gasto de los fármacos. ■

## Roche en cifras

# Roche invierte en España el 16 por ciento en investigación

*La cifra de facturación ascendió a 701 millones de euros, correspondientes a la división Roche Farma, y 346,2 millones a la división de Roche Diagnostics. A lo largo del pasado año, Roche España invirtió más de 43,8 millones de euros en 179 proyectos de investigación.*

**R**oche se mantiene a la vanguardia en el cuidado integral de la salud, proporcionando soluciones individuales e innovadoras para la prevención, identificación, diagnóstico, tratamiento y evaluación de enfermedades. Este es el motivo por el que la compañía ha orientado sus actividades, principalmente, al desarrollo de una investigación intensiva en el tratamiento de las patologías de mayor impacto y necesidad social incluidas dentro de las áreas de oncología, sistema nervioso central

e infecciosas, entre otras. Siguiendo la estela marcada hasta el momento, y como consecuencia de una cultura basada en una actitud emprendedora y en el trabajo en equipo, Roche España se ha convertido en una filial clave dentro del grupo, tanto en la producción de medicamentos como en el desarrollo de ensayos clínicos y la informática. Y es por lo que uno de los principales compromisos de Roche Farma España es la búsqueda exhaustiva de soluciones integradas para las necesidades del mañana. ■

## Datos significativos

### Más de 1.047 millones de facturación

En el año 2008, Roche España cerró su ejercicio con buenos resultados. Concretamente, la cifra de facturación ascendió a 701 millones de euros, correspondientes a la división Roche Farma, y 346,2 millones a la división de Roche Diagnostics.

### 38 moléculas examinadas

A lo largo del pasado año, Roche España invirtió más de 43,8 millones de euros en 179 proyectos de investigación, en los cuales se examinaron 38 moléculas, participando 224 centros y 12.397 pacientes.

### Nuevos productos

En el 2009, Roche lanzó RoActemra, un nuevo fármaco biológico que hace posible alcanzar la remisión de la artritis reumatoide, y MabThera, en su indicación como primera línea de tratamiento para leucemia linfática crónica. También tiene previsiones de lanzar este año Avastin para el tratamiento de glioblastoma. Este fármaco está presente en España para el tratamiento del cáncer colorrectal, de mama, pulmón no microcítico y renal, y en un futuro próximo se espera lanzar su indicación para el cáncer de ovario.

### 1.905 empleados

La cifra total de empleados de Roche España asciende a 1.905 (676 de Roche Diagnostics y 1.229 de Roche Farma). En España, Roche Farma tiene sus oficinas centrales y las de Informática internacional en Madrid, el centro de logística de Getafe, la planta de producción en Leganés, así como oficinas en Barcelona. Por su parte, Roche Diagnostics cuenta con una sede central y un centro logístico en San Cugat del Vallés (Barcelona). A nivel global, Roche tiene presencia en todo el mundo y cuenta con varios centros de investigación mundial: Basilea I y Basilea II (Suiza), Kamakura (Japón), Nutley y South San Francisco (Estados Unidos), y Penzberg (Alemania).



ESPAÑA

*Educación Médica Continuada en Vivo*

## ACTIVIDADES 2010

### PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

### PROGRAMA APdAP 2010

Actualización en Pediatría de Atención Primaria

### FIDE 2010

Foro Internacional en Diabetes y Endocrinología



CON LA GARANTÍA DE:



Revised by:



PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN

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

# Atasco de pacientes: ponga soluciones



Por Tammy Worth

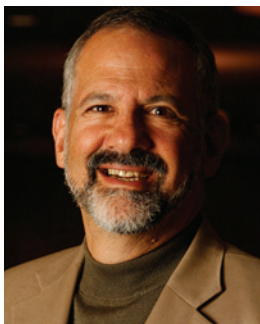
Eliminar los grandes embotellamientos mejorará la satisfacción del paciente y aliviará su estrés y de su personal.



**D**ebi Croes ha oído casi todas las excusas posibles sobre los problemas de masificación de consultas, desde que hay pocas sillas en la sala de espera hasta que las salas de reconocimiento son insuficientes. Pero Croes, asesor en gestión de consultas y cofundador de The Croes Oliva Group en Lexington, Massachusetts, todavía no ha encontrado la consulta en la que la escasez de sillas sea la verdadera culpable. ¿Qué es lo que ha encontrado en cambio?

“Demasiado a menudo, aparcen a sus pacientes, síntoma de ineficiencia”, dice Croes.

Y ser aparcado afecta a la satisfacción de los pacientes, según una encuesta de 2007 publicada en *BMC Health Services Research*. Mientras la cantidad de tiempo que un paciente realmente pasa con su médico es lo que más impacto ha tenido para determinar la satisfacción de los pacientes, las 5.000 personas encuestadas también reveló que cuanto más tiempo deben esperar hasta ser aten-



«Si se conoce el número de pacientes que se atienden al día por regla general, se pueden calcular las necesidades de empleados»»

—Frank Cohen, asesor, Clearwater, Florida

didos, menos posibilidades hay de que se vayan contentos.

“Los largos tiempos de espera y las cortas visitas crean problemas tanto para el paciente como para la consulta”, asegura Gordon Moore, médico de familia en Ideal Health de Brighton, un médico que trabaja solo cerca de Rochester, Nueva York. “Cuando las consultas malgastan el tiempo de los pacientes, incluso si tienen la impresión de que así lo hacen, hay menos probabilidades de que el paciente continúe y reciba la atención que precisa”. Dejar pasar las citas conduce a peores resultados.

Aunque la mayoría de las consultas con considerables atascos de visita son conscientes del problema, muchos tienen dificultad a la hora de identificar las causas y realizar los cambios necesarios para corregir la situación. Los expertos en gestión de consultas y los médicos, que se las han arreglado para encontrar y reparar los defectos en sus sistemas de control del número de pacientes, ofrecen su consejo para detectar los problemas.

### Comience por estudiar el número de pacientes

Una de las maneras más efectivas de diagnosticar los problemas consiste en estudiar el número de pacientes para determinar cuánto tiempo se invierte en cada paso de la visita. Aunque puede haber variaciones dependiendo del tipo de consulta y del tipo de visita, Frank Cohen, especialista en CPA Health Partners en Clearwater, Florida, se centra en los siguientes pasos básicos: 1. Registro; 2. Papeleo; 3. Convalidación del seguro; 4. Sala de reconocimiento; 5. Evaluaciones preclínicas; 6. Encuentro con el médico; 7. Codificación; y 8. Salida.

Hay diferentes maneras de estudiar el número de pacientes a los que atender, según Elizabeth Woodcock, especialista afincada en Atlanta y autora de *Mastering Patient Flow: Using Lean Thinking to Improve Your Practice Operations*. En una consulta con un sistema electrónico de registro del historial médico, el proceso puede ser automatizado si se

programa el ordenador para “marcar el tiempo” de los pasos del paciente a la vez que se introducen en su cuadro. Sin un registro del historial médico electrónico, puedes conseguir la ayuda de los pacientes, pidiéndoles que tomen nota de su progreso a medida que avanzan por cada paso de la visita; haga que un miembro del personal siga a los pacientes y haga lo mismo; o contrate a un asesor o a una persona independiente para que realice el seguimiento. Woodcock aconseja contratar a un alumno en prácticas de alguna escuela universitaria local que no reciba sueldo para trabajar *in situ* durante una semana y mapear el flujo de pacientes.

Cuando el grupo especializado en medicina interna y formado por cuarenta médicos del Emory Crawford Long Hospital en Atlanta propuso hacer eso, se involucraron tanto los médicos como los empleados, comenta Richard Gitomer, internista y jefe de los directivos de calidad. Anotaron el tiempo invertido en cada paso desde el registro hasta la salida en los archivos de los pacientes, pero no intentaron hacer un seguimiento a cada paciente. “Resulta demasiado oneroso hacerlo todo el tiempo. E incluso si solamente cronometras a dos o tres pacientes de cada médico, obtienes una cantidad de datos suficiente”, asegura Gitomer.

### Puntos clave

» Preparar guiones u otro tipo de respuestas estandarizadas para los problemas potenciales disminuye la posibilidad de que se produzca un atasco de pacientes.

» Enviar por correo el papeleo y llamar por teléfono a los pacientes nuevos para comprobar si necesitan asistencia antes de su cita reduce los embotellamientos en la recepción.

» Pedirle a los pacientes con diferentes problemas de salud que escojan sus dolencias más importantes y reserven el resto para otro momento es una manera eficaz de controlar las visitas de los pacientes.



## Analice los resultados y calcule necesidades

Al revisar los resultados, Frank Cohen recomienda formular las siguientes preguntas sobre cada paso de la visita:

- ▶ ¿Quién lo hace?
- ▶ ¿Cuánta gente hace falta para hacerlo?
- ▶ ¿Cuál es el ciclo de tiempo?
- ▶ ¿Cuál es la cantidad media al día?
- ▶ ¿Cuáles son los detalles del proceso?
- ▶ ¿Cuál es la media de retraso antes de llegar a este paso?
- ▶ ¿Cuántos pacientes están esperando?
- ▶ ¿Cuáles son las tres tareas más importantes en las que hay que volver a trabajar?
- ▶ ¿Cuáles son los tres peligros más importantes?

El ejemplo que ofrece como explicación es para el registro, pero realmente abarca los tres primeros pasos. “El personal de recepción se encarga de esta parte de la visita, un paciente por vez, y puede llevar a cualquier parte de tres a quince minutos”, dice Cohen. Si se conoce el número de pacientes que se atienden al día por regla general, se pueden calcular las necesidades de los empleados.

Pongamos que un registro en una recepción con cuatro empleados lleva unos nueve minutos, y el total de pacientes diarios es 78. El tiempo que se invierte en el registro cada día es de 702 minutos. Esto hacen 11,7 horas de trabajo al día, ó 58,5 horas a lo largo de una semana de cinco días.

Los detalles del proceso deben incluir el papeleo inicial, la verificación de los datos personales y del seguro del paciente, el cobro del copago y el aviso al personal clínico de la llegada del paciente. Una posible tarea que puede generar trabajo de más sería que un pacien-

## Consejos para terminar una visita

Richard Honaker, médico de familia, un médico socio de Family Medicine Associates de Texas, se ha convertido en experto en terminar visitas con pacientes que de otra manera querrían entretenerlo todo el día. Aquí van algunas de sus estrategias.

**Sea amable.** Puede tener dificultad para poner fin a la visita de un paciente, pero recuerde que debe tratarlo como le gustaría que le trataran a usted. Todos somos pacientes potenciales.

**Utilice a sus empleados.** Si un paciente es particularmente hablador, asegúrese de que se ha ocupado de todo lo que precisa y luego explíquele que una enfermera aparecerá en seguida para tomarle la presión sanguínea, aunque no sea necesario, de manera que usted podrá pasar a otro paciente.

**Limítese a la lista de síntomas.** “El que controla la lista, controla la visita”, asegura Honaker. Si un paciente llega con una lista de dolencias, pídale que se la entregue a usted. De esta manera, usted podrá controlar, no el paciente, la rapidez con la que se va tratando cada asunto.

te se hubiera mudado y hubiera que actualizar su historial. Entre los factores de riesgo se cuentan las barreras lingüísticas, las ausencias y la incapacidad para cobrar los copagos.

Una vez que se ha estudiado y comenzarán el flujo de pacientes, los atascos comenzarán a salir a la superficie. En ThedaCare, Fox Valley, Wisconsin, un sistema sanitario “multi-lugar” formado por 125 médicos, la evaluación del flujo de pacientes reveló que la manera en que se planeaban las visitas contri-



buía al embotellamiento. Resultó que los huecos para las citas largas (20 minutos) y las cortas (10 minutos) que eran asignados según la gravedad del paciente no cuadraban con la cantidad de tiempo que los médicos pasaban realmente con cada paciente, dice Jenny Redman-Schell, vicepresidenta del departamento de Servicios Médicos de Theda-Care. Para solucionar la situación, se adoptaron márgenes de tiempo estandarizados, con un tiempo de visita establecido para cada médico. La regulación de las citas de esta manera disminuyó el embotellamiento de la sala de espera e incrementó la satisfacción de los pacientes, tal y como demuestran varias encuestas recientes.

El grupo de medicina interna del Emory restó 10 minutos de cada visita simplemente estandarizando las salas de reconocimiento. Ahora, los asistentes médicos disponen y proporcionan cada sala de reconocimiento exactamente del mismo modo, de manera que los médicos pierden mucho menos tiempo en conseguir los instrumentos o el equipo específico.

“La búsqueda de procesos adicionales que pueden ser mejorados por la estandarización no acaba nunca”, dice Gitomer.

Hasta hace poco, el flujo natural en la consulta de medicina interna del Emory la ma-

yoría de los días comenzaba tranquilo, seguido de un ajetreo que empezaba a las diez y duraba hasta el mediodía. “Todos estábamos frustrados por no poder parar el tiempo, comíamos a toda prisa, y todavía atendíamos pacientes una hora después del cierre oficial de la consulta”, comenta Gitomer.

¿A qué se debe ese atraso? Un comienzo tardío causaba un efecto dominó a lo largo del día.

Empezar a trabajar tarde es un retén clave en la mayoría de las oficinas, según Croes. “Muy pocas consultas abren a la hora”, dice. “Rara vez he visto a un paciente en la sala al mismo tiempo que el proveedor piensa que están empezando. Las cosas suelen ponerse en marcha 15 ó 20 minutos tarde”.

En muchas consultas, las citas de las nueve de la mañana significan que el paciente, el personal y los médicos no llegan hasta entonces, provocando un retraso inmediato. Croes recomienda que los empleados lleguen a la consulta una media hora antes y que le pidan al paciente que llegue unos pocos minutos más temprano y que se aseguren de que los médicos estén listos cuando llega el primer paciente.

“Empezar a tiempo y el mundo cambiará”, dice.



Por José María Martínez

El artículo que sirve de portada a este número de *Medical Economics* explica cómo se “aparca” en algunas consultas a los pacientes, citando casos que se consideran límite, en las consultas ordinarias de muchas clínicas.

Y es que se habla continuamente de lo difícil que es esperar en las

consultas, aguantar horas y horas desde que se entra en la aterradora sala de espera hasta que se es atendido por un profesional de la Medicina, y en muchos casos es verdad.

Lo que intento defender en este comentario es que son muchas menos veces de lo que se dice, lo que sucede es que siempre lo malo se engrandece y lo bueno se considera normal... y ni se transmite.

Y ello sin considerar la picaresca de muchos de estos pacientes, en el nada despreciable deporte competitivo de “colarse” ante la mirada perpleja de los demás.

Aquí es donde entran en juego las habilidades de las clínicas u hospitales privados o públicos. Apar-

te de toda una serie de enseñanzas prácticas en el mundo de la gestión para transformar una objeción o una queja en una ventaja, —y que cada cual lo interprete como quiera—, por mi experiencia me considero en condiciones de decir que una consulta que aspire a tener un éxito absoluto, alcanzar eso que todo el mundo llama “excelencia” —y que nadie sabe qué significa a nivel cuantitativo, aunque se le llene la boca al pronunciarlo—, nunca debe agilizar brutalmente los períodos naturales de estancia del paciente en el centro. Si hace esto está perdiendo una magnífica oportunidad de mostrar su confort, de ser un escaparate de virtudes a transmitir posteriormente a otros

## El paciente

Para mitigar el atasco asociado con el retraso, en el Emory escalonaron los horarios de los empleados. Ahora, si el día comienza a las ocho, un grupo de asistentes médicos y de personal de recepción llega (y se va) 30 minutos antes; el resto empieza y termina la jornada más tarde. Los médicos también tienen la "presión del grupo" para llegar a tiempo, añade Gitomer.

Los médicos y el personal también deberían estar preparados antes de que se abran las puertas de la consulta. Esto puede hacerse eliminando los líos que conlleva el registro, como la comprobación de la elección del seguro y del saldo de la cuenta y la confirmación de las cantidades del copago. Croes recomienda que estos pasos se lleven a cabo un día o dos antes de la visita, para reducir los problemas cuando el paciente llega.

Una breve reunión al comienzo del día es algo que tanto Croes como Woodcock recomiendan. Esto ayudará a que los médicos y los empleados se preparen para las pruebas, a determinar la duración de las citas y a identificar y a planificar las ausencias potenciales.

En el Emory, el teléfono era otro punto de fricción. La mayoría de los días, el personal se veía agobiado por las llamadas telefónicas. Las enfermeras recibían multitud de mensa-



Es recomendable estudiar el número de pacientes que se tienen para determinar cuánto tiempo se invierte en cada visita.

jes de los pacientes debido a la cantidad de tiempo que llevaba responderles, y las encuestas acerca de la satisfacción de los pacientes revelaron una baja puntuación en "utilidad a través del teléfono". Como todo el mundo en el grupo ya sabía, las llamadas que no eran atendidas de una manera oportuna quitan recursos al flujo de pacientes. "Este es un atasco casi universal", observa Woodcock.

El personal del Emory eligió el siguiente remedio: devolver todas las llamadas sobre consejo médico antes de dos horas, a ser po-

## impaciente

pacientes potenciales, familiares o conocidos que ya lo han observado y disfrutado.

A fin de cuentas lo que marca la diferencia entre unas clínicas y otras es esa comodidad, ese confort, esa amabilidad, esa amistad y empatía que se puede y debe crear entre el personal entrenado de la clínica y los pacientes.

Cuántas veces he oído la frase: "Estuve allí y en pocos minutos me despacharon, casi ni me hicieron caso" y ello en pacientes sabedo-



res de que el trato asistencial ha sido el correcto. El verdadero arte de la gestión esa parte intuitiva, no científica, que marca la diferencia entre los buenos gestores y los que no lo son, debe equilibrar ambas versiones: la paciente y la impaciente dándole a cada cual lo que corresponde. Recetas para hacerlo hay muy variadas, dentro del profundo respeto que merecen el paciente y sus familiares o acompañantes.

Les voy a dar algunas, a riesgo

de transformarme en el "Arguiñano" de este tema.

**Batas blancas.** Procure que todo el personal que trate al paciente lleve esta indumentaria, se identifique como tal, como es el caso de un auxiliar de clínica, un DUE, un optometrista, que están ya haciendo pruebas necesarias para el diagnóstico, están "asistiendo" al paciente y deben ser percibidos como tales; es tiempo que cuenta como asistencia, como ayuda al médico para que realice un correcto tratamiento. Las pruebas necesitan muchas veces de tiempo para que se visualicen, pues en oftalmología no todas las pupilas dilatan en el mis-

(continúa en página siguiente)



Los expertos recomiendan informar al paciente en todo momento de las pruebas que se le van a realizar.

sible. Para facilitar el proceso, comenzaron por poner los mensajes en una carpeta azul en el buzón del “protocolo habitual” de cada médico, antes que en sus escritorios (a los que rara vez acuden durante la jornada). La carpeta es una señal para ocuparse de los mensajes lo antes posible.

En semanas, la parte de llamadas médicas devueltas antes de dos horas aumentaron del 30 a casi el 85 por ciento. “Con el tiempo, e incluso cuando las enfermeras y los médicos estuvieron de vacaciones, el grupo consiguió mantener una tasa de respuesta del 80 por ciento”, comenta Gitomer.

Woodcock propone un planteamiento similar: desarrollar una señal para las llamadas urgentes: un trozo de papel rojo o una nota con un título especial, o incluso una carpeta de color vivo para minimizar los efectos de las llamadas en el flujo de pacientes. La señal le indicará al médico la necesidad de responder rápidamente. También recomienda que los médicos reserven un tiempo durante el día para revisar los mensajes y para responderlos como sea necesario.

Otra táctica consiste en interceptar las llamadas innecesarias antes de que puedan hacerse realidad. “Una buena regla general es no decirle nunca al paciente, ‘Llámenos’”, añade Woodcock. Ocuparse del asunto en seguida, tanto si es una remisión, la publicación de los historiales médicos o el mantenimiento de la medicación, evitará futuras llamadas.

Cuando un paciente viene a ver a Richard Honaker, médico de familia, con una letanía de dolencias que no pueden ser trata-

(viene de la página anterior)

mo momento. El paciente no espera que le reciba el médico; ya se está trabajando en su enfermedad potencial desde que ha entrado en la consulta.

**Intente que el paciente se relaje en la consulta.** Y como el principal problema es de información, al llegar déle por escrito los pasos que va a seguir en su estancia, las pruebas que se le van a realizar, su utilidad, explíquese en un lenguaje comprensible. El paciente no es tonto, lo va a entender y las va a tener, en todo momento, presentes, va a seguir su desarrollo y si no dispone de tiempo para hacerlas, indíquele, sin prejuicios, que vuelva otro día más tranquilamente, por su bien. O adquiera unos *chips* de localización y ofrézcale la posibilidad de salir a la calle, que haga compras o visitas cercanas a nues-

tro centro, que rentabilice su tiempo dentro de la cultura urbana, minutos antes de tener que presentarse de nuevo en él va a recibir su aviso desde nuestra recepción.

**El confort.** Es realmente el factor diferencial entre clínicas monográficas. Pregúntele al paciente de vez en cuando por su estado de ánimo, ofrézcale café u otras bebidas, o la posibilidad de llamar por teléfono; interécese por sus necesidades logísticas en ese momento. Ofrézcale información sobre sus potenciales patologías o muéstrele las excelencias de la clínica donde se encuentra, mediante monitores de televisión, pero sin renunciar nunca al factor de contacto personal. Haga encuestas, no de satisfacción, pero sí para saber cuál ha sido el origen de la visita, por ejemplo.

**Observe continuamente.** No escatime medios para ello, qué ocu-

rrer en la sala de espera y compruebe a intervalos si la actitud de los pacientes que esperan es positiva o no. A veces para esto es muy útil tener conocimientos sobre lenguaje corporal.

**Evite comentarios en tiempos de espera.** En momentos de congestión, evite que el paciente haga comentarios a los demás sobre el tiempo de espera. Preguntas del tipo: ¿cuánto lleva esperando usted aquí? ¿Usted también está esperando para el doctor X? En ese caso interrumpa “casualmente” el diálogo y, si es posible, comunique al paciente que va a ser atendido de inmediato, o improvise una excusa creíble, o haga que la espera sea positiva: “Comprendo que vamos un poco retrasados, por eso vengo a preguntarles si les puedo ofrecer un café, o aquí les traigo unas revistas nuevas”. O llámele

das en una sola visita, el médico superior en Family Medicine Associates de Texas le entrega al médico una lista de control de síntomas. Entonces le pide al paciente que compruebe todos sus problemas médicos, pero sobre todo que identifique los cinco más importantes. Mientras tanto, atiende a otro paciente, y luego vuelve con el primero y se ocupa de sus preocupaciones más urgentes.

### Involucre a sus pacientes

“Esto le da tiempo a los pacientes para pensar cuáles son los síntomas que necesitan poner sobre la mesa”, aclara Honaker. “Cuando regreso, los pacientes sienten que me han contado todo lo que necesitaban decirme. Trato con ellos todo lo que me es posible y les pido que vuelvan en otra ocasión para ocuparnos del resto”.

Honaker también utiliza folletos educativos para el mejor funcionamiento de la consulta. Si un paciente está deprimido o se le ha recetado una nueva medicación complicada, se le entrega un folleto acerca de la enfermedad o el medicamento y se le deja sólo unos minutos para que le eche un vistazo. Cuando el médico vuelve, es capaz de abordar cualquier pregunta poco común

con rapidez. (Para más recomendaciones, vea “Consejos para terminar una visita”).

Hacer que los pacientes se involucren de esta manera es una parte importante del control de su consulta, dice Croes. Editar folletos para anunciar los primeros tiempos de llegada (enviados a los pacientes nuevos antes de la visita) o explicarle a los pacientes nuevos dónde se puede estacionar o cómo localizar un despacho difícil de encontrar aumenta la posibilidad de que lleguen a tiempo.

Llevar a cabo estos consejos producirá una notable diferencia en el flujo de pacientes, por supuesto. Pero no importa cuánto se aceleren las cosas y se atajen los problemas antes de que ocurran, es inevitable que los pacientes tengan que esperar. “Nunca prometa atender a alguien dentro de un período de tiempo determinado”, aconseja Woodcock. Es preferible hacer que dentro de sus expectativas quepa la posibilidad de un atasco.

Si el servicio que usted proporciona es ejemplar en la mayoría de aspectos, los pacientes no se sentirán decepcionados por la espera, según los asesores. “Como en muchos otros campos de servicios, a menudo son las pequeñas cosas las que más cuentan”, añade Woodcock. ■

para una prueba diagnóstica sencilla, de forma que no se sienta “abandonado”.

**Las urgencias al final.** Esto no tiene que ser una norma general, pero sí muy frecuente (hay patologías en las que están justificadas las excepciones). La picaresca indica que muchos pacientes se “cuelan” en la consulta por este sistema y se les ve salir de ellas una vez atendidos “como una rosa”. El recepcionista de las urgencias debe tener una formación mínima específica para discernir si de verdad o no requiere un tratamiento inmediato (escasas veces) y saber manejar el “drama fingido” con la psicología del sujeto, para indicarle que sí, que será excelentemente atendido, pero después de acabar con los pacientes regularmente citados, seguro que estadísticamente, muchos abandonarán no sólo

las urgencias, sino hasta la consulta.

Y dicho esto, amigo gestor que lee esta revista asiduamente: suerte y templanza. Habrá muchas situaciones en las que deberá mostrar una paciencia sin límites, pero nunca olvide que es su principal papel que todos los integrantes de la historia (pacientes, médicos, resto de personal sanitario, etc.) se muestren satisfechos. Será entonces cuando merecerá el premio del reconocimiento de su tras-



cedental labor. Sus pacientes volverán acompañados de otros en número creciente, se habrá ganado su respeto y confianza, piezas clave en el desarrollo empresarial sanitario. ■



**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 viladagliptina y 850 mg de hidrocloreto de metformina (correspondientes a 660 mg de metformina). Zomarist 50 mg/1000 mg: Cada comprimido recubierto con película contiene 50 mg de viladagliptina y 1000 mg de hidrocloreto de metformina (correspondientes a 780 mg de metformina). Para consultar el contenido real de metformina en los comprimidos recubiertos con película, consulte el apartado **DATOS CLÍNICOS**.

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 viladagliptina 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 viladagliptina más 2000 mg de hidrocloreto de metformina. Los pacientes en tratamiento con viladagliptina 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 viladagliptina. No se dispone de experiencia clínica con viladagliptina y metformina en combinación triple con otros fármacos anti-diabéticos. 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, - Cetocidosis 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 puedan 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 acidótica, 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 pueda 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 viladagliptina, 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 viladagliptina es limitada en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de clase funcional II de la New York Heart Association (NYHA) y, por ello, viladagliptina ha de utilizarse con precaución en estos pacientes. No hay experiencia del uso de viladagliptina 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. **Cirugía:** 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 "Contraindicaciones" y "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. **Viladagliptina:** Viladagliptina presenta un bajo potencial de interacción con otros medicamentos que se administran simultáneamente. Dado que viladagliptina es un sustrato enzimático del citocromo P (CYP) 450 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 viladagliptina en combinación con los anti-diabéticos 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 diclofenaco (sustrato de la glicoproteína P, gpP), warfarina (sustrato del CYP2C9) no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante con viladagliptina. 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 viladagliptina. Sin embargo, esto no se ha establecido en la población diana. Como ocurre con otros anti-diabéticos orales, el efecto hipoglucemiante de viladagliptina 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 (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 de las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron viladagliptina 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 notificadas 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 viladagliptina más metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de viladagliptina más metformina o con placebo más metformina. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron viladagliptina 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 viladagliptina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de viladagliptina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para viladagliptina y placebo, respectivamente). **Información adicional sobre los principios activos individuales de la combinación a dosis fijas** **Viladagliptina.** 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 viladagliptina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de viladagliptina 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 viladagliptina 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 viladagliptina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para viladagliptina 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 prevenirlos, 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. **Viladagliptina.** La información sobre la sobredosis de viladagliptina 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 viladagliptina 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), 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. **Metformina.** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** No debe eliminarse por hemodilísis, pero si su principal metabolito de hidrólisis (LAY 151). Se recomienda un tratamiento de soporte.

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

Trastornos del sistema nervioso	
Frecuentes	Temblores
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 viladagliptina 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	Nosofaringitis
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 interrumpa. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) pueden disminuir los niveles de glucosa en sangre. Si fuese necesario, se debe ajustar la dosis del medicamento anti-diabético durante el tratamiento con el otro medicamento y cuando éste se interrumpa. **Embarazo y lactancia** No existen datos suficientes sobre la utilización de Zomarist en mujeres embarazadas. Para viladagliptina, 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 viladagliptina 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 viladagliptina en la leche. Se desconoce si viladagliptina 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 viladagliptina, 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 viladagliptina y metformina. Los datos aquí presentados se refieren a la administración concomitante de viladagliptina y metformina, al añadir viladagliptina a un tratamiento con metformina. No se dispone de ensayos en los que metformina se haya añadido a viladagliptina. 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 viladagliptina, 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, 100 mg y 150 mg de viladagliptina una vez al día, 50 mg de viladagliptina dos veces al día y todos los comparadores, respectivamente. Estas elevaciones de las transaminasas fueron generalmente asintomáticas, no progresaron ni se asociaron a colostasis o ictericia. Se han notificado casos raros de angioedema con viladagliptina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando viladagliptina se administró en combinación con un IECA. La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con viladagliptina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron viladagliptina 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 notificadas 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 viladagliptina más metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de viladagliptina más metformina o con placebo más metformina. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron viladagliptina 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 viladagliptina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de viladagliptina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para viladagliptina y placebo, respectivamente). **Información adicional sobre los principios activos individuales de la combinación a dosis fijas** **Viladagliptina.** 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 viladagliptina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de viladagliptina 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 viladagliptina 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 viladagliptina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para viladagliptina 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 prevenirlos, 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. **Viladagliptina.** La información sobre la sobredosis de viladagliptina 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 viladagliptina 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), 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. **Metformina.** Una sobredosis masiva de metformina (o si existe riesgo de acidosis láctica) puede dar lugar a acidosis láctica, lo que es una urgencia médica y debe tratarse en un hospital. **Tratamiento:** No debe eliminarse por hemodilísis, pero si su principal metabolito de hidrólisis (LAY 151). Se recomienda un tratamiento de soporte.

**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**  
vildagliptina + metformina

 **JALra**  
vildagliptina



# Cómo conseguir a los mejores

Poner un anuncio para encontrar un socio no es suficiente. Es necesario convencer a los candidatos de que nuestra consulta es la mejor.

Por Keith Borglum\*

**S**u consulta crece, las citas de los nuevos pacientes se aplazan semanas (o meses) y ya no es capaz de recordar sus últimas vacaciones. Y encima, uno de sus socios le ha comunicado su intención de jubilarse. ¿Cómo disminuir la cantidad de trabajo hasta proporciones razonables?

---

\*El autor es asesor de gestión de consultas, tasador y agente en Santa Rosa, California.

Para muchas consultas de Atención Primaria y decirlo resulta más fácil que hacerlo. Los médicos internistas tienen tanta demanda que existe un sitio *web* de búsqueda de trabajo para médicos que ya tiene 884 ofertas y sólo 132 currículos de candidatos. También son pocos los dermatólogos disponibles. Una reciente encuesta reveló que una de cada tres consultas dermatológicas busca un socio o comprador. En el campo de la ortopedia, un interno se incorpora al trabajo por cada dos que se jubilan.

La escasez de médicos sobre la que tanto ha leído es ahora una realidad para usted. A falta de poder trasladar su consulta a una comunidad a pie de playa o a un lugar con un paisaje espectacular, ¿cómo competir?

No existe una medida infalible. Pero 25 años de experiencia como asesor y agente de consultas ayudando a los médicos a encontrar socios y compradores me han enseñado que hay varias maneras de hacer atractiva su consulta, y de hacer que sea más probable que socios potenciales la vean como el lugar en el que quieren trabajar.

### La importancia de la ubicación geográfica

No puede cambiar el lugar, pero puede destacar sus puntos fuertes y mitigar o quitar importancia a sus características menos atractivas. También puede reinterpretar el significado de conveniencia geográfica, según una lección que aprendí hace años. El factor principal del éxito a la hora de contratar personal es encontrar un socio que quiera vivir (y cuya familia quiera vivir) en la comunidad, o al menos, cerca de donde se encuentre su consulta, porque ya tiene familia. Con el tiempo, muchos médicos se mudan para estar más cerca de sus familiares ancianos o de parientes que puedan ocuparse de cuidar a sus hijos. Pero estas conveniencias geográficas sólo se presentan cuando el médico vive a más de una hora o no más de 32 kilómetros de distancia. Lo mismo ocurre cuando se trata de vivir cerca de la playa, de una estación de esquí o de una ciudad cosmopolita.

Sin embargo, con el deterioro económico actual el coste de la vida es una consideración clave. Así, las consultas situadas en las zonas más caras de la ciudad, que estarían entre las más atractivas para que los médicos decidieran establecerse allí, están teniendo

problemas a la hora de encontrar socios. Si se han visto afectadas por los planes de salud predominantes con tasas de reembolso bajas, el coste de la vivienda se vuelve prohibitivo en relación con los ingresos potenciales.

Lo contrario también es verdad. De manera que si su consulta se encuentra en una zona donde los precios de la vivienda y los impuestos de propiedad son razonables, usted puede aprovechar esta realidad como herramienta de contratación. Asimismo, es buena idea fomentar los beneficios locales, como buenos colegios, un bajo índice de criminalidad o actividades al aire libre. Una vez tuve un candidato que se decidió por una consulta en una ciudad pequeña porque era un lugar excelente para practicar ciclismo de montaña, su *hobby* favorito.

### Mejore el rendimiento de su consulta

Para los candidatos, la ubicación y la familia son lo que más puntúan a la hora de quedarse en una consulta, pero estos factores rara vez son suficientes para superar un rendimiento económico flojo. Internet ha facilitado a los médicos el acceso al referente económico de las consultas, y los médicos jóvenes suelen saber mucho más sobre los ingresos esperados y los gastos genera-

«Para los candidatos, la ubicación y la familia son lo que más puntúa a la hora de quedarse en una consulta»

les que los médicos mayores. Como resultado, si no puede permitirse proporcionar una oferta de compensación que suponga al menos el cincuenta por ciento de los sueldos del mercado y de los incentivos, la contratación le resultará una tarea muy complicada.

Según mi experiencia, en estos casos es mejor esperar uno o dos años antes de intentar incluir uno o más socios en la consulta. No es tanto tiempo como parece, teniendo en cuenta que por lo general aconsejo a las consultas que se den un tiempo de hasta tres años para encontrar a un socio.

Entre tanto, recomiendo poner a punto la consulta para conseguir aumentar la rentabilidad. Es muy importante reforzar el rendimiento de su consulta, pues la hará más

atractiva para los socios potenciales, y le permitirá competir en el campo de los salarios. Incluso contando con un hospital que le ayude con ingresos garantizados en forma de préstamos perdonables, si la consulta no es capaz de mantener al nuevo médico por sí sola, el socio se marchará en cuanto las subvenciones cesen.

### Fomente sus posibilidades de éxito

Existen otras muchas maneras de aumentar sus oportunidades de encontrar a los mejores socios. A continuación, le presento algunas estrategias de contratación.

**Abarque una amplia red.** Actualmente, la mayoría de los médicos encuentran trabajo gracias a listados y anuncios de Internet antes que en los periódicos. Con esto en mente, póngase en el lugar del candidato y realice una búsqueda en Internet. Modifique su anuncio, si es necesario, para que su oportunidad de trabajo aparezca en la primera página del

buscador. Deje su anuncio en los sitios *web* más destacados e incluya en él palabras clave de búsqueda. Asimismo, puede contratar a un informático o a un encargado

de selección de personal que sepa cómo llevar a cabo esta tarea. Haga correr la voz, también, ya que muchos candidatos llegarán a través del boca a boca. Cuénteles a su grupo de guardia, a sus compañeros, a sus

amigos de la residencia, a las residencias regionales, a los administradores de los hospitales, a los contables y a los representantes farmacéuticos que está buscando un asociado.

Tenga en cuenta a los “competidores”; los médicos que no están contentos con sus empleos y están preparados para dar un paso más pueden llegar a

ser socios antes que formar nueva consulta médica privada que le haga la competencia.

**Ofrezca una oferta salarial sólida.** Un amigo me dijo una vez: “Cuando te ofreces a pagar cacahuetes, lo único que consigues son monos”. Conozca el precio del mercado e igualelo o supérelolo, ofreciendo una base salarial modesta y endulzándola con un fuerte incentivo al rendimiento. Probablemente también le vendrá bien ofrecer un seguro médico junto a otros beneficios.

**Desarrolle un plan de marketing.** Conseguirá causar una buena impresión en los médicos y diferenciarse de sus competidores si presenta un plan por escrito que exponga la manera en la que pretende ayudar a su nuevo socio a llegar a ser más productivo y eficaz económicamente. Esto no tiene por qué resultar complicado o costoso. Se trata de enviar por correo una presentación del nuevo médico a todos sus pacientes; celebrar una casa abierta para los miembros de la comunidad médica para que conozcan a su nuevo colega; pasar un par de horas con el nuevo socio presentándole a los especialistas que le remiten pacientes a usted; y publicar anuncios en el periódico local y en el boletín informativo del hospital.

Siempre viene bien acordar con el recién llegado que dé un par de charlas patrocinadas por el hospital, que dirija algunas juntas médicas, o que participe en una revisión de gráficos y síntomas para intentar salvar a un paciente.

**Ofrezca flexibilidad.** Cada vez más los médicos desean un estilo de vida equilibrado, y algunos quieren trabajar media jornada. Es más conveniente encontrar a dos médicos que trabajen media jornada y no uno solo que trabaje a jornada completa. Yo ayudé a una médico joven a empezar a trabajar sola en su propia consulta, y pronto se convirtió en un grupo numeroso y exitoso donde todos los médicos trabajaban media jornada.

**Asee su contabilidad.** No me importa si declara la comida de su perro como “gasto de seguridad” deducible con fines fiscales y lo lleva de vez en cuando para justificarlo, pero si sus gastos no están claramente identificados usted parecerá menos rentable y menos formal a los ojos de un candidato al empleo. Un médico informado hará que un contable o un asesor revise la contabilidad de la consulta antes de plantearse formar parte de



## Cómo hacer su consulta más atractiva

- ▶ Ofrezca una oferta salarial sólida y una rápida trayectoria hasta la propiedad.
- ▶ Destaque los beneficios adicionales de la zona.
- ▶ Mejore su imagen.
- ▶ Ponga la contabilidad al día.
- ▶ Haga un plan de marketing.
- ▶ Logre que la visita sea memorable.

ella. Para asegurarse el salir airoso, ponga al día su libro mayor y realice la contabilidad al menos con tres meses de antelación para identificar con exactitud los gastos de beneficio personal, como las contribuciones de la jubilación, el seguro médico personal o familiar, los coches y la educación médica continua.

Pensándolo bien, ¿para qué esperar? Tanto si se encuentra en proceso de selección de personal como si no, ponga al día la contabilidad de su consulta médica ahora.

**Cuide su escenario.** Todos estamos un poco ciegos a alguna parte de nuestro entorno, así que échelo un buen ojo a su consulta. Arregle la oficina, modernícela con pintura y alfombras nuevas, lo que sea necesario, incluyendo monitores de ordenador de pantalla plana más grandes para todos los trabajadores. Elimine el desorden, quitando las cosas no esenciales o poniéndolas en un almacén. Cuelgue un nuevo letrero y ordene su escritorio. A veces aconsejo a los médicos que desmonten sus oficinas para repintarlas, y que vayan metiendo otra vez sólo lo que necesitan y cuando lo necesitan, suprimiendo cualquier diario o libro que no se haya abierto en más de un año.

Ordene el escritorio del nuevo socio y haga que la oficina resulte atractiva, de manera que los candidatos se imaginen a sí mismos y a sus cosas en ella. Los agentes inmobiliarios lo llaman "puesta en escena", y afirman que puede aumentar el valor y las ventas de un cinco a un diez por ciento.

**Refresque sus habilidades comunicativas.** Las entrevistas son para ambas partes, y para usted es tan importante venderse al candidato como lo es para él. ¿Conoce la diferencia entre un compromiso y un falso cierre? En caso negativo, apúntese a un curso de comunicación de ventas en el que aprenderá cómo cerrar el trato. Hay muchos *on line*, o en cassette, CD y MP3, así que puede oírlos en el coche o en su iPod mientras va a la oficina.

**Convenza a la familia del socio.** Es un punto a favor que la familia esté de su lado. Por ello, averigüe la profesión de la esposa con antelación, y facilite un par de presentaciones para "entrevistas informativas", de ser posible con pacientes en ese campo en particular, que además le comentarán a la esposa lo buen doctor que es usted.

Si es posible, descubra cuáles son los pasatiempos favoritos de la familia y lleve a cabo un recorrido por un lugar donde puedan disfrutarlos. Pida a un agente inmobiliario que les dé un paseo por las casas del vecindario y que comente con ellos los precios, los impuestos locales, y las escuelas, o deje que su hijo lleve a los suyos a dar una vuelta por el centro comercial. Todas las salas de reconocimiento son similares, por eso la idea es que sea la visita a la comunidad lo que destaque.

Sé que parece que para lograrlo hay que trabajar mucho, sobre todo para un médico que ya está demasiado ocupado, que es el motivo por el que se busca un socio. Pero piense en la recompensa. Va a pasar más tiempo con su nuevo socio que con su propia familia. Siguiendo mi consejo, tendrá más posibilidades de conseguirlo. ■

# JORNADA

## Medical Economics®

### La investigación sanitaria en la Región de Murcia



#### Salón de Actos Consejería de Sanidad y Consumo

Ronda de Levante, 11

Murcia, 16 de diciembre de 2009

Con la colaboración de



Información e inscripción: Aída González  
Tel.: 91 500 20 77 - [info@medecoes.com](mailto:info@medecoes.com)

Ver programa completo en [www.medecoes.com](http://www.medecoes.com)

# Economía de la Salud

## en el Área Respiratoria (XIX)

### El mercado de medicamentos en España



Álvaro Hidalgo\*

Según los datos de la última Encuesta de Salud de 2006, los medicamentos son la tecnología sanitaria más utilizada por la población española a mucha distancia de las consultas médicas o de la utilización de la asistencia sanitaria especializada. Así el 65,99 por ciento de la población española mayor de 16 años declaró estar consumiendo algún tipo de medicamento en las últimas dos semanas. Sin embargo, sólo el 38,36 por ciento acudió al médico en las últimas 4 semanas y únicamente el 9,59 por ciento ha estado hospitalizada en los últimos 12 meses.

Desde un punto de vista cuantitativo basta con observar los datos que publica el Ministerio de Sanidad y Política Social para comprobar la importancia del consumo de medicamentos. En el año 2008 se facturaron por el Sistema Nacional de Salud (SNS) 889.533.775 recetas, lo que supuso un incremento del 5,47 por ciento frente al año 2007, cifrándose el gasto farmacéutico a través de receta oficial del SNS en 11.960.488.108 euros y siendo el incremento respecto al año 2007 del 6,87 por ciento. Estos datos suponen que el gasto medio por receta facturada por el SNS a lo largo de 2008 de 13,45 euros frente a los 13,27 euros de 2007. En relación al gasto sanitario público los 11.960 millones de euros representan en torno al 20 por ciento, mientras que en porcentaje del PIB el gasto farmacéutico a través de receta oficial del SNS representa el 1,13 por ciento. Si a estos datos le añadimos el gasto farmacéutico que se realiza en atención especializada podemos entender que la magnitud y la importancia cuantitativa del gasto farmacéutico concentran gran parte de la atención de los gestores del SNS, de académicos, profesionales sanitarios, industria farmacéutica y opinión pública.

Si tenemos en cuenta que a lo largo del año 2006 trabajaban 33.482 médicos en los centros de salud y consultorios de Atención Primaria del SNS (Ministerio de Sanidad y

Consumo, 2008), la mera división del total gastado por el SNS por este número de médicos nos indica que cada médico facturó 357.221 euros, por término medio, en recetas. Este presupuesto de gasto no está al alcance de la mayoría de profesionales de las administraciones públicas o de la empresa privada. Paradójicamente no existe mucha información sobre cómo los médicos asignan este gasto y en función de que variables o parámetros lo hacen, aspecto que se abordará próximamente en estudio de próxima aparición que ha realizado el Instituto Max Weber, la Fundación Gaspar Casal y el Seminario de Investigación de Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha, del que daremos cuenta en próximos artículos.

#### Gasto farmacéutico

Por otra parte, el estudio de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares pone de manifiesto que el gasto en productos farmacéuticos de los hogares españoles es muy modesto. Así este gasto alcanzó 163,30 euros en 2006 y 180,02 euros en 2007. Estas cantidades suponen únicamente el 0,53 por ciento del gasto total de los hogares en 2006 y el 0,58 por ciento en 2007. Si comparamos los datos de la EPF de España con los datos que ofrece la OCDE para el año 2007 apreciamos que el gasto *per capita* medio en medicamentos en los países de la zona euro de los que se disponía datos era de 158,5 euros, mientras que en España con datos de la OCDE este gasto alcanzaba los 114 euros. Italia con 228 euros o Francia con 164 euros se encuentran muy por encima del gasto español. En cuanto a la tasa de copago del gasto farmacéutico de medicamentos con receta por parte de las familias en el mismo año alcanzaba el 6,20 por ciento en España, cuando la media para Bélgica, Austria, España y Francia (únicos países de los que disponemos datos en 2007) era del 39,89. Esta reducida tasa de copago, hace que el gasto sanitario privado sea más reducido en nuestro país que en la media de la zona

» La magnitud y la importancia cuantitativa del gasto farmacéutico concentran gran parte de la atención de los gestores del SNS.

» En el mercado de prescripción, las ventas de los medicamentos del área respiratoria ascendieron según la OCDE a más de 1.100 millones de euros.

Euro. Hay que señalar que por estos motivos, el mercado de medicamentos español es de los cinco mayores mercados farmacéuticos de la Unión Europea (Francia, Alemania, Italia, España y el Reino Unido). La evolución de este mercado parece ser mucho mejor que la media de los mercados económicos, ya que estos crecerán entre un 3 y un 4 por ciento el próximo año, según refleja el Informe de Previsiones IMS 2009 sobre el sector farmacéutico y terapéutico publicado por la consultora IMS Health.

Si se comparan las tasas anuales de crecimiento del mercado farmacéutico público en España del pasado mes de agosto, con las registradas en el mismo mes de 2008, se puede apreciar que tanto el consumo de recetas como el gasto medio por prescripción crecen mucho más moderadamente hoy que hace un año. De esta forma, la tasa de crecimiento interanual del número de recetas es hoy casi un punto porcentual más baja que hace un año y la del gasto medio por receta es 0,6 puntos porcentuales menor, lo que ocasiona que la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico público haya sido en agosto de 2009, 1,5 puntos porcentuales más baja que la registrada en agosto de 2008. Por último, y a partir de información procedente de IMS, en el período de 12 meses que terminó en junio de 2009, el mercado de todos los medicamentos sujetos al Sistema de Precios de Referencia (SPR) alcanzó el 34,4 por ciento del total del mercado de prescripción en unidades en España y el 19,4 por ciento de dicho mercado en valores. Hay que señalar, tal como recoge Farmaindustria en su último boletín de co-

yuntura del mercado farmacéutico que la cuota de mercado de los medicamentos sujetos al SPR es bastante homogénea entre comunidades, al distribuirse entre el 18 por ciento y el 21 por ciento del mercado total de prescripción en valores. De hecho, el 75 por ciento de las comunidades y ciudades autónomas españolas se encuentran muy próximas a la media (a una distancia inferior a  $\pm 1$  desviación típica) y el 100 por ciento de las comunidades autónomas se encuentran a una distancia inferior a  $\pm 2$  desviaciones típicas, lo que implica un alto grado de homogeneidad. Resultados parecidos se obtienen al analizar la distribución de cuotas de mercado de medicamentos sujetos al SPR en unidades.

En cuanto al peso del mercado respiratorio en el mercado farmacéutico español es considerable tanto en el mercado de prescripción con receta como en el de especialidades sanitarias. En el mercado de especialidades publicitarias su cuota de mercado está en torno al 30 por ciento, siendo la más importante de todos los grupos. En el mercado de prescripción las ventas de los medicamentos del área respiratoria ascendieron según la OCDE a más de 1.100 millones de euros, representando en torno al 10 por ciento del total.

De este mercado, los medicamentos para la EPOC y el asma representan en el último año 724 millones de euros, más del 60 por ciento del total del grupo. Entre ellos y dentro de aquellos que se han incorporado en 2008 destacan las ventas de Foster, de laboratorios Chiesi, con un importe de ventas superior a los 12 millones de euros, lo que representa más del 3 por ciento de su grupo. ■

Sección patrocinada por:



## Para saber más:

Boletín de coyuntura del mercado farmacéutico:

[http://www.farmaindustria.es/Farma\\_Public/Boletines/index.htm](http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/Boletines/index.htm)

Ministerio de Sanidad y Política Social:

<http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>

Observatorio del Medicamento de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles: <http://www.fefe.com/observatorio.asp>



# Inversiones

## Bonos convertibles: ¿es oro todo lo que reluce?



Natalia Aguirre Vergara\*

» Los cupones de estos bonos no están garantizados, sino que su pago estará condicionado a la obtención de un beneficio distribuible suficiente.

» En algunos casos, existe una enorme discrecionalidad del emisor, que podrá optar por convertir los bonos en acciones de forma unilateral a partir del primer año.

Con varias las entidades financieras que en los últimos meses han recurrido a la emisión de bonos convertibles en acciones para reforzar su solvencia, bonos que se han colocado con gran facilidad en las potentes redes comerciales de estos bancos. Sin embargo, son también varios los riesgos que comportan este tipo de productos, aún cuando muchos inversores los compren con la idea de que ofrecen una atractiva rentabilidad con un nivel de riesgo bajo.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que no estamos ante un producto de renta fija, sino más bien ante un híbrido, mezcla entre renta fija y renta variable, en la medida en que dichos bonos son obligatoriamente convertibles en acciones en el futuro. Por tanto, el inversor acabará finalmente con acciones en su cartera, sometidas a las fluctuaciones del mercado. En este contexto, lo más lógico sería comparar estos convertibles con la inversión directa en acciones, aunque de esto hablaremos más adelante.

En segundo lugar, los cupones de estos bonos no están garantizados, sino que su pago estará condicionado a la obtención de un beneficio distribuible suficiente. Incluso el banco podría decidir de forma unilateral y por razones de liquidez y solvencia no abonar el cupón. Asimismo, los bonos tienen carácter subordinado, por lo que en el orden de prelación tan sólo se sitúan por delante de las acciones ordinarias. Por otro lado, en algunos casos, existe una enorme discrecionalidad del emisor, que podrá optar por convertir los bonos en acciones de forma unilateral a partir del primer año. Esto se traducirá en que, en vez de obtener ese atractivo cupón esperado durante los cuatro o cinco años de vida del producto, sólo lo percibiríamos el primer año, para luego pasar a tener acciones del banco.

A todo esto se une la baja liquidez que previsiblemente puedan tener estos bonos

en su negociación en mercados secundarios. En caso de querer disponer de nuestro dinero antes del período de conversión, probablemente tengamos que aceptar vender en el mercado de renta fija con un descuento importante, lo que podría derivar en pérdidas para nuestra inversión.

Por último, hay también riesgo de preservación del capital. En algunos casos, el precio de conversión de los bonos en acciones ya traerá implícita una prima (del 10 por ciento en las últimas emisiones) sobre la cotización (media aritmética de "x" sesiones antes o después de la emisión de los bonos), lo que implica que la cotización de la acción deberá subir al menos en ese 10 por ciento para que preservemos nuestro capital, en caso contrario estaríamos asumiendo una pérdida. En otros casos, aunque en principio pueda parecer que no hay pérdida de capital (a la conversión se obtiene mayor o menor número de acciones, en función de que la cotización esté más baja o más alta); sí hay otro riesgo a considerar: puede transcurrir hasta un mes desde que se convierten los bonos hasta que el inversor puede vender sus acciones, con el consiguiente riesgo de mercado (posibilidad de caída de cotización de las acciones viejas —ya existentes— mientras que las nuevas —procedentes de la conversión de los bonos— aún no cotizan, lo que provocaría caídas posteriores en nuestras acciones nuevas).

No se dejen por tanto atraer por cantos de sirena, miren bien la letra pequeña, y adquieran siempre productos que se adecuen a su perfil de riesgo. Y si realmente desean invertir en renta variable, realicen el siguiente ejercicio: comparen el cupón que percibirán en caso de comprar el bono convertible con la rentabilidad por dividendo estimada en caso de adquirir directamente las acciones. Tengan asimismo en cuenta el coste de conversión de los bonos en acciones. Y no olviden que, si necesitan liquidez, ésta será muy superior en el caso de tener directamente las acciones. ■

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

# Valores del mes

## Sólidas perspectivas

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

Por **N. A. V.**

### Qué ofrecen

En esta ocasión hemos seleccionado dos compañías con sólidas perspectivas de crecimiento y que tienen también en común la elevada internacionalización (actual y futura) de sus negocios. Grifols es un *holding* del sector sanitario-farmacéutico y su principal actividad comprende la fabricación de derivados plasmáticos. Es el tercer operador mundial de plasma, y se trata de un grupo muy internacionalizado, puesto que el 83 por ciento de sus ingresos pro-

cede del exterior (Europa concentra el 42 por ciento de las ventas, mientras Estados Unidos acapara el 41 por ciento), estando presente en 90 países. Acciona culminó durante 2008 su transformación en una empresa centrada en tres pilares de crecimiento: energías renovables, agua e infraestructuras. Su vocación internacional es muy clara, plasmada en el objetivo de que el 70 por ciento de sus ventas proceda del exterior en 2017.

### Los elegidos

**Grifols.** Los resultados muestran cómo la compañía, a pesar de la difícil situación de las distintas economías, es capaz de seguir creciendo en ventas en sus tres divisiones: Biociencia (79 por ciento del total de los ingresos), Diagnósticos (12 por ciento) y Hospitales (9 por ciento). En Biociencia, su principal línea de negocio, las ventas crecen a tasas cercanas al 15 por ciento, apoyadas por la estabilidad de precios y el crecimiento en ventas de hemoderivados, que se aceleran en regiones menos desarrolladas como Asia y Latinoamérica. Asimismo, Grifols mantiene unos niveles de deuda controlados. Se puede decir que los resultados de esta compañía destacan frente a la gran mayoría de empresas en el actual entorno de crisis, y su visibilidad de resultados debería apoyar su cotización, que se ha quedado rezagada frente al resto del mercado.

**Acciona.** Sus cifras del primer semestre han estado penalizadas por la caída de los precios eléctricos en España, una actividad industrial que no se recupe-

ra y la caída de los márgenes en la división de infraestructuras debido al segmento de la construcción. Sin embargo, es previsible que la tendencia mejore en próximos trimestres, y la cotización podría contar con catalizadores a corto plazo como la próxima celebración de un "Día del inversor" del negocio de renovables y el resto de divisiones, la desinversión de activos (negocio de aparcamientos y de gestión de residuos) y la aportación de los activos renovables adquiridos a Endesa, que deberían permitir una mejora en la evolución de las cifras en la segunda mitad del año. ■

Concepto	Grifols	Acciona
Ticker	GRF	ANA
PER 2010	13,5	22
Rentab. dividendo (%)	1,8	3,5
Precio actual	11,72	91,30
Precio objetivo	14,5	115

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 17/11/2009

# Cultura

## LIBROS

### El consentimiento informado en hematología y hemoterapia

**E**l consentimiento informado es un requisito obligatorio en muchas facetas del trabajo de los hematólogos, y actualmente es considerado como un acto necesario para el progreso médico. Con el objetivo de mejorar la formación de los hematólogos en esta materia, la obra *El consentimiento informado en hematología y hemoterapia*, editada por la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, y patrocinada por Celgene, recoge la legislación existente en esta materia y revisa aspectos sobre el consentimiento informado en esta especialidad, como la entrada en un ensayo clínico para recibir un nuevo fármaco, la administración de una transfusión o la práctica de una exploración complementaria (biopsia hepática o médula ósea). También se recoge la solicitud del consentimiento informado a personas sanas con motivo de las donaciones de sangre o de una aféresis de pacientes hematopoyéticos.



**Título:** *El consentimiento informado en hematología y hemoterapia.*  
**Coordinadores:** Carreras, E.; Santiago, A.  
 391 páginas

## EXPOSICIONES

### Sorolla y su visión de España

**B**ancaja cierra el círculo del recorrido de Sorolla por España, que inició en Valencia hace dos años con la exposición *Sorolla. Visión de España*. Ahora, la obra del pintor regresa a su Centro Cultural en la capital valenciana con la nueva exposición *Visión de España. Sorolla en las colecciones de la Hispanic Society of America y de Bancaja*. Esta muestra ofrecerá al público la posibilidad de volver a admirar, antes de su regreso a Nueva York, los paneles regionales que el artista pintó para la Hispanic Society of America.



### Maíno. Retratos y paisajes

**C**on el paso del tiempo, a Juan Bautista Maíno se le ha situado muy cerca de Caravaggio pero, durante muchos años, casi siglos, su obra quedó relegada a la oscuridad del anonimato. Compuesta por 35 de las 40 obras que se le atribuyen y por otras 31 pinturas de los autores que más influyeron en su formación –entre ellos, Caravaggio, Guido Reni o Carracci–, esta exposición es la primera que se dedica a este pintor que destacó, sobre todo, como retratista y paisajista. La muestra se puede visitar hasta el próximo mes de enero en el Museo del Prado (Pº del Prado, s/n. Madrid).



## TEATRO

### José Coronado vuelve al teatro con 'Sombra de perro'

**E**l Teatro Infanta Isabel de Madrid ha estrenado *Sombra de perro*, una obra dirigida y escrita por Nancho Novo y protagonizada por el actor José Coronado. Un hombre es hallado encerrado en un contenedor de basura, del que se niega a salir. En las dependencias policiales, una psiquiatra le interroga. A través de ese interrogatorio se va deshilvanando la historia: está ahí encerrado por ocultarse de la luz, pues según él, la sombra que su cuerpo proyecta no es la suya, ni siquiera es humana: es de perro, y cuando esta sombra es grande se vuelve asesina y mata.





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

Fundación  
para la Investigación  
en Salud



Con el auspicio de



# Internet

## Los coletazos de la crisis se ceban con las TIC

**E**l sector inmobiliario fue el primero en sufrir los efectos de la crisis, pero también está siendo de los primeros en abandonarla. El negocio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) había mantenido el tipo hasta el segundo semestre de 2009, pero los coletazos de la crisis están afectando mucho a las nuevas tecnologías, como pone de manifiesto la caída del 13 por ciento de la actividad entre abril y junio pasados.

Según la patronal Aetic, la caída de la actividad había sido casi imperceptible en 2008, y en el primer trimestre de 2009 el descenso era asumible dentro de la que estaba cayendo en el conjunto de los sectores productivos. Sin embargo, a partir de abril se ha desencadenado un cambio brusco de tendencia que afecta principalmente a Telecomunicaciones y Electrónica de Consumo.

La cifra de negocio de las operadoras

se ha visto afectada por la caída generalizada de la actividad, igual que las compras de aparatos electrónicos para el hogar; y hasta los incombustibles terminales móviles han sufrido un retroceso del 17 por ciento en sus ventas durante el primer semestre de 2009. Sólo un sector se salva de la quema, precisamente Internet, gracias al sostenimiento de los contratos de acceso, que —no obstante— también decrecen respecto a 2008.

En cuanto a los servicios de telefonía fija y móvil, televisión de pago y servicios mayoristas la reducción de la facturación ha alcanzado el 4 por ciento, un dato envidiable mirando el conjunto del sector.

Las previsiones a comienzos de año ya anticipaban para el hipersector TIC un retroceso del 4 por ciento en la facturación anual, pero los nuevos cálculos más que duplican ese porcentaje. ■



**La caída de la actividad ha sido brusca a partir de abril afectando principalmente a Telecomunicaciones y Electrónica de Consumo.**

Sección patrocinada por  

**Web de I@MUJER**

### Ofertas astronómicas

Muchos aficionados al turismo gastronómico pueden encontrar en esta página *web* un amplio abanico de ofertas de variado tipo y alojamientos variados muy recomendables a buen precio.

<http://es.globedia.com/t/viajes/ofertas-gastronomicas>



### Algo más que una bici estática

Las posibilidades de hacer gimnasia en una bicicleta estática se combinan con una amplia variedad de ejercicios programados que hacen muy divertida su práctica.

<http://www.deportespain.com/spinning/>



## CIBERCONSEJOS

### El mercado ilegal en Internet

**L**as compras de datos de tarjetas de crédito o envíos de *spam*, mueven alrededor de 70.000 millones de euros cada año en todo el mundo. De ellos, unos 500 millones se generan en España. Lo que se llega a pagar es 300 euros por los datos robados de una tarjeta de crédito o hasta 800 euros por el envío de un millón de correos basura o *spam*. Estos negocios se mueven en foros y tiendas ilegales, apoyados en servicios proporcionados por ciberdelicuentes.

### Atención al 'Snow Leopard' de Apple

**A**pple ha admitido que algunos de sus usuarios están experimentando pérdida de los datos guardados en sus equipos. Esta pérdida tiene lugar en algunos ordenadores con la última versión del sistema operativo 'Snow Leopard', no siendo un dato nuevo, pues algunos usuarios ya se quejaron en septiembre, pero hasta ahora la empresa no lo ha admitido. Es necesario estar atento y reclamar la actualización del *software* al fabricante.

**NOMBRE DEL MEDICAMENTO** Jalra 50 mg comprimidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Cada comprimido contiene 50 mg de vildagliptina. 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.** Vildagliptina 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 tiazolindiona, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia y para los que es adecuado el uso de una tiazolindiona. **Posología y forma de administración.** **Adultos:** Cuando se utiliza en combinación dual con metformina o una tiazolindiona, la dosis diaria recomendada de vildagliptina 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 vildagliptina es de 50 mg una vez al día administrada por la mañana. Con este tratamiento de combinación, la administración de 100 mg de vildagliptina una vez al día no fue más efectiva que la administración de 50 mg de vildagliptina una vez al día. No se recomiendan dosis superiores a 100 mg. La seguridad y la eficacia de vildagliptina como terapia oral triple en combinación con metformina y una tiazolindiona 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 cetoacidosis 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 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. **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** 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. **Combinación con pioglitazona, metformina y gliburida:** Los resultados de ensayos clínicos realizados con estos antidiabéticos orales no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes. **Digoxina (sustrato de la glicoproteína P gp1), 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 amiodipino, ramipril, valsartán o simvastatina:** 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 de vildagliptina. Como ocurre con otros antidiabéticos orales, el efecto hipoglucemiante de vildagliptina 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 vildagliptina 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 vildagliptina se excreta en la leche materna humana. Los estudios en animales han demostrado la excreción de vildagliptina 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 vildagliptina, 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 vildagliptina en monoterapia y 1.520 pacientes recibieron vildagliptina en combinación con otro medicamento. 2.682 pacientes fueron tratados con 100 mg vildagliptina 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 vildagliptina 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 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 a colestasis 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 inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). 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 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), 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 vildagliptina + metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de vildagliptina + metformina o con placebo + metformina. En los ensayos clínicos la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron 100 mg diarios de vildagliptina 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 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). **Combinación con una sulfonilurea:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 50 mg diarios de vildagliptina + 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 vildagliptina + sulfonilurea frente al 0% en el grupo con placebo + sulfonilurea. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia al añadir 50 mg diarios de vildagliptina a glibeperida fue del 1,2% frente al 0,6% para placebo + glibeperida. 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 50 mg diarios de vildagliptina a glibeperida (-0,1 kg y -0,4 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Combinación con una tiazolindiona:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vildagliptina + una tiazolindiona, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos de tratamiento con 100 mg diarios de vildagliptina + tiazolindiona ni con placebo + tiazolindiona. En los ensayos clínicos la incidencia de hipoglucemia fue poco frecuente en pacientes que recibieron vildagliptina + 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 vildagliptina. 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 vildagliptina 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 vildagliptina en monoterapia la incidencia global de interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con vildagliptina 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 vildagliptina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, notificada 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 por la monoterapia con 100 mg diarios de vildagliptina (-0,3 kg y -1,3 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Sobredosis** 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 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. Vildagliptina no puede eliminarse por hemodiálisis. Sin embargo, el metabolito principal de hidrólisis (LAV 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. **Periodo 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 (3x112) 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 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiado. 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

**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	Temblo
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	Temblo
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 tiazolindiona 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 vildagliptina + 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 vildagliptina. 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 vildagliptina 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 vildagliptina en monoterapia la incidencia global de interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con vildagliptina 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 vildagliptina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, notificada 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 por la monoterapia con 100 mg diarios de vildagliptina (-0,3 kg y -1,3 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Sobredosis** 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 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. Vildagliptina no puede eliminarse por hemodiálisis. Sin embargo, el metabolito principal de hidrólisis (LAV 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. **Periodo 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 (3x112) 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 **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiado. 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

# Golf



Mallorca Golf Island Swing Game

## Olazábal se impone

Kaymer, Karlsson y Rose fueron los otros tres invitados al torneo, celebrado en Son Muntaner Golf.

Con José María Olazábal, ganador de dos grandes entre sus 35 victorias internacionales y tres Ryder Cup; el sueco Robert Karlsson, ganador de nueve títulos internacionales, número uno de Europa en el año 2008 y ganador de Ryder Cup; el británico Justin Rose, ganador de seis títulos, número uno de Europa en 2007 y jugador de Ryder Cup; y el alemán Martin Kaymer, actual número dos de Europa, ganador de cuatro torneos europeos y segundo clasificado en el recientemente celebrado Castelló Masters, el espectáculo estaba asegurado, y así ha sido. Cuatro jugadores al máximo nivel, que han realizado golpes impresionantes desde el primer hoyo de esta competición.

La entrega de premios del Mallorca Golf Island Skins Game estuvo presi-

didada por Joan Sastre, director general de Promoción Turística de la Consejería de Turismo del Gobierno de las Islas Baleares; Jordi Tarrida, director general de Arabella Resort; Romeo Sala, presidente de la Asociación de Campos de Golf de Baleares, y Vicente Mulet, presidente de la Federación Balear de Golf. Y fue presentada por María José Marijuan, directora general de MatchGolf.



José María Olazábal ganó en Mallorca.

Según Joan Sastre, “tenemos un español, un inglés, un alemán y un sueco, y lo que podría parecer un chiste no lo es, ya que desde la Consejería de Turismo representan los tres principales mercados internacionales: España, Alemania e Inglaterra, y el potencial que es Escandinavia, para trasladar la imagen de Mallorca como destino de golf”.

Jordi Tarrida señaló que “para nosotros es un orgullo haber disfru-

tado de la participación de estas espadas de golf y el espectáculo que nos han ofrecido. Quiero agradecer el apoyo del Gobierno y de la Federación Balear, la excelente organización de MatchGolf, y a todo nuestro equipo que ha trabajado duro para presentar las instalaciones y el campo en las mejores condiciones para un evento de esta categoría”.

Olazábal, por su parte, comentó: “Ha sido una experiencia fantástica, lo hemos pasado fenomenal. En el Castelló Masters había fallado muchos *putts*, y aquí los he metido todos. He pateado extraordinario. Ha hecho un día estupendo y hemos compartido un partido muy agradable con estos tres grandes jugadores. Creo que todos hemos pegado golpes buenísimos, hemos disfrutado mucho y esperamos que el público lo haya pasado bien. Mallorca es un destino de golf fantástico, me encanta venir a jugar aquí, tiene el clima, las instalaciones, y siempre nos tratan fenomenal. Esperamos volver pronto a jugar a Mallorca”. ■

## Álvaro Salto, campeón en Layos

Álvaro Salto se ha impuesto en la final del Circuito de Madrid de Profesionales, celebrada a 36 hoyos en Layos. Presentó una segunda tarjeta de 69 golpes (-3- para 140 y 4 bajo par en el total), con tres de ventaja sobre Ismael del Castillo y Vicente Blázquez, que han compartido la segunda posición con el par del campo de Layos. En un magnífico día, Salto ha firmado la vuelta más baja del torneo, 69 golpes, y en ningún momento ha dado opción a sus rivales. Por su parte, Carlos Balmaseda, que luchaba por mantener el número uno del ránking gracias a sus cinco victorias en el Circuito de Madrid de Profesionales esta temporada, se ha clasificado en cuarta posición con 145 golpes, uno más del par, y ha recibido el trofeo como mejor jugador del circuito. Balmaseda ha terminado cuarto empatado junto a Diego Suazo, Ander Martínez y José Carlos Zafra.