

Medical Economics®

www.medeco.es.com

Nº 123 15 de enero de 2010 EDICIÓN ESPAÑOLA Gestión Profesional / Atención al Paciente

Los profesionales reclaman formación

Pág. 26

MESA REDONDA

Drogodependencias

ADEMÁS

JORNADA AUTONÓMICA
La investigación
biomédica e innovación
tecnológica en la
Comunidad Foral
de Navarra

(págs. 12-15)

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



26 MESA REDONDA

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema que implica la actuación de los profesionales, especialmente los psiquiatras y los médicos de Atención Primaria. Éstos ocupan una posición estratégica para poder actuar, desde la prevención hasta el tratamiento multidisciplinar, en coordinación con la atención especializada. Pero, en general, carecen de la formación adecuada para cumplir responsablemente con este cometido. Para debatir sobre este tema, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda que contó con diversos expertos implicados en este controvertido tema.



La AP reivindica la atención al drogodependiente

JORNADA AUTONÓMICA

12 La investigación biomédica e innovación tecnológica, apuestas sanitarias de la Comunidad Foral de Navarra

MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de Astellas Pharma, organizó una jornada sobre la investigación biomédica en la Comunidad Foral de Navarra, que contó con la participación de los responsables de las distintas áreas de la Consejería de Salud.

PRÁCTICA PROFESIONAL

34 Lo primero es lo primero

Sepa por qué su paciente ha elegido su consulta y lo más importante, haga un seguimiento de la evolución del mismo. Así conservará a sus pacientes y tendrá la oportunidad de conseguir otros nuevos.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

38 Pacientes a la caza de fármacos

¿Está seguro de que sus pacientes le dicen toda la verdad sobre los fármacos que consumen? El autor explica siete valiosas lecciones que ha aprendido en sus diez años como médico.



34



38

Lo mires por
donde lo mires,
en PSN
te saldrá un

6%
TAE
extra*



**Y si ya eres
mutualista,
súmale 1**

7%
TAE
extra* (1)
Por tu fidelidad

* Interés adicional extraordinario ofrecido para todos los traspasos de Planes de Pensiones de otras entidades a PSN Rentabilidad Creciente PPA, así como para nuevas contrataciones y aportaciones extraordinarias realizadas a PIAS Garantía, PIAS Inversión o PSN Rentabilidad Creciente PPA, realizados por personas menores de 62 años, entre el 01/12/09 y el 31/03/10. Dicho interés se abonará en la póliza como aportación extraordinaria a cargo de PSN, con cálculo del 6% o del 7% TAE, desde la fecha de valor de recepción del importe traspasado o aportado hasta el 31 de marzo de 2010, siempre que dicha aportación se mantenga hasta el 1 de junio de 2010. No acumulable a otras promociones o campañas coincidentes.

*Fecha de abono de la aportación 6% o 7% TAE a cargo de PSN: junio de 2010.

(1) Promoción 7% TAE válida exclusivamente para mutualistas de PSN con pólizas de alta antes del 30/11/09.

Solicita más información a tu Asesor PSN
o en la oficina de Servicio al Mutualista: 902 100 062

PSN
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaria de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

Laura Piperno

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

Tarifa ordinaria anual	113 €
Tarifa instituciones anual	140 €
Ejemplar suelto	6 €
Ejemplar atrasado	9 €

Precios válidos para España, IVA incluido


Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2010

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 La Lanceta
- 10 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 16 **Gestión Profesional**
¿Por qué atender las quejas de los pacientes?
- 17 **Gestión de Calidad. Enfermería**
Los profesionales ante la violencia de género
- 18 **Tribunales**
La demandante perdió en las tres instancias
- 19 **Internet y Medicina**
La madurez de Medline
- 42 **Inversiones y Valores**

Y ADEMÁS...

- 8 De Cerca
- 44 Tres de últimas



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Cree que tiene suficiente formación sobre drogodependencias?

Participe a través de nuestra web:
www.medeco.es.com

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



ENCUESTA EXCLUSIVA

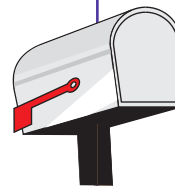
Medical Economics le anima a participar a través de www.medeco.es.com en la encuesta sobre la economía de las consultas privadas, para obtener el perfil del médico con ejercicio privado.

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.com

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web: www.medeco.es.com



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

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

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

© Copyright 2010 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 2010 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 Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero

Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Mariano Avilés Muñoz

Farmairis 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 Clínic 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 RRLL y Política Sanitaria
de Bayer Schering Pharma

Leandro Herrero

Presidente The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont

Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Alvaro Hidalgo Vega

Departamento de Economía. Universidad de
Castilla-La Mancha

Héctor Jausás Farré

Socio Director de Jausás Abogados

Albert Jovell Fernández

Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera

Consejero Técnico. Dirección General de Farmacia

Diego López Llorente

Presidente de Club Médico

Ricardo de Lorenzo y Montero

Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuín

Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés

Coordinador de Relaciones Institucionales
Chiesi España

Santiago Martínez-Fornés Hernández

Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores y Artistas

Rafael Matesanz Acedos

Coordinador Nacional de Trasplantes

Fernando Mesa del Castillo

Presidente de la Federación Nacional
de Clínicas Privadas

Teresa Millán Rusillo

Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban

Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González

Presidente del Consejo Nacional de
Especialidades en Ciencias de la Salud

Vicente Moya Pueyo

Catedrático Emérito
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria UCM

Regina Múzquiz Vicente-Arche

Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano

Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal

Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano

Director del Instituto Palacios de Salud
y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol

Director General de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira

Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado

Jefe de Servicio de Geriátria
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González

Director de Sanidad. PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos

Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias. CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa

Asesora Externa de Allergán

Julián Ruiz Ferrán

Socio Director de Medical Finders

Emilia Sánchez Chamorro

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

Eugeni Sedano i Monasterio

Director de Relaciones Institucionales
Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana

Catedrático Emérito de Patología Médica
Facultad de Medicina. UAM.

Guillermo Sierra Arredondo

Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache

Director. Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco

Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo

Presidente de Renta 4 Sociedad de Valores

Luis Verde Remeseiro

Presidente de la Sociedad Española
de Directivos de Atención Primaria

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García

Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández

Experta jurídica en Derecho
Ambiental

Jose María Martínez García

Presidente del Instituto
para la Gestión de la Sanidad

Charo Vaquero Ruipérez

Secretaria de la Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla

Profesor de Derecho Sanitario
Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero

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

Ofelia de Lorenzo Aparici

Directora Area Jurídico
Contencioso
Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara

Directora de Análisis y Estrategia
Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany

Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras

Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-MediTecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo

Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García

Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al Paciente

Vanessa Asenjo

Directora de Calidad y Atención
al Paciente de USP Hospitalares

Mi punto de vista

Una apuesta por la publicación médica en español

Aunque en los últimos años la producción científica en España ha incrementado su presencia en la bibliometría mundial con una cuota que supera el 3 por ciento, duplicando los niveles alcanzados hace quince años, sigue siendo necesario analizar no sólo la cantidad, sino también la calidad de estas publicaciones. El número de artículos científicos realizados en instituciones españolas ha crecido con una tasa anual cercana al 10 por ciento, siendo las áreas de medicina clínica y biomedicina las que concentran más de la mitad de los artículos publicados. No obstante, el número de citas recibidas no se corresponde a la cantidad de trabajos producidos, lo que guarda relación con la calidad percibida de los mismos. Así, nuestro país sigue presentado unos Índices Relativos de Citación inferiores a los registrados por países europeos como Suiza, Holanda, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Finlandia o Alemania.

La dificultad principal que debe superar una revista científica publicada en un idioma diferente del inglés es la falta de visibilidad, ya que al no catalogarse entre las “importantes” recibe menos artículos y de menor calidad, lo que a su vez hace que sea menos demandada. A pesar de ello, la publicación científica española puede potenciarse explorando posibilidades que complementen u ocupen aspectos que las grandes publicaciones del sector no cubren.

En la actualidad existen unas 20.000 revistas científicas en el mundo, que producen más de 1,5 millones de artículos anuales. Sin embargo, en el panorama global, el valor objetivamente contrastable de las revistas científicas espa-

ñolas es aún muy bajo. Así, en JCR 2008 (JCR-Web 4.5 *Journal Summary List*), de las 400 revistas nacionales, había sólo 29 en *Science Edition*; y únicamente a 17 se les concedía un factor de impacto superior a uno.

La defensa de la utilización del idioma español no debe ignorar que en la comunicación científica actual el inglés resulta imprescindible. Sin embargo, la utilización del español encuentra sitio en la divulgación de aspectos básicos del conocimiento científico, como revisiones de temas de actualidad o específicamente docentes, algo importante y muy necesario. Hoy cobran relevancia conceptos como los relacionados con la información actualizada e inmediata. El intercambio formativo e informativo global en materia científica supone un punto de partida para cambiar la forma de hacer la investigación. Los expertos apuestan por el acceso inmediato y actualizado a las últimas publicaciones e investigaciones desarrolladas en todo el mundo, y en ello deberíamos ser capaces de encontrar otras vías que permitan optimizar la proyección y difusión de la investigación española e iberoamericana.

La aplicación de las nuevas tecnologías y el desarrollo de Internet permiten poner a disposición de los científicos los mejores recursos informativos y formativos. La creación de una base bibliográfica biomédica en español con una gran capacidad de actualización y revistas profesionales indexadas, puede representar una herramienta de gran utilidad a la hora de realizar una búsqueda bibliográfica médica. Facilitar el acceso a información científica en español permitiría, además, favorecer y fomentar los contactos entre profesionales de uno y otro lado del



José Antonio Gutiérrez Fuentes*

Atlántico y, por lo tanto, incrementar el número de publicaciones de calidad en nuestro idioma.

Y, lo que parece más importante, son muchos los “usuarios de los nuevos conocimientos” que sólo los adquieren a través del idioma que les es propio, en nuestro caso —y el de casi 500 millones de hispano parlantes— el español. En un reciente estudio de la Fundación Lilly, que pronto será publicado, se constata que los médicos de Atención Primaria y pediatras españoles prefieren mayoritariamente informarse en español, y que verían de buen grado iniciativas que les facilitasen un acceso sistematizado a publicaciones biomédicas de calidad a través de bases de datos especializadas.

En este sentido, MEDES es una iniciativa promovida por la Fundación Lilly para potenciar la accesibilidad y utilización de las publicaciones científicas biomédicas en español. En la actualidad MEDES ofrece una base de datos con información publicada en una amplia selección de revistas hispanas de medicina y farmacia desde el año 2001, que ofrece a los interesados la posibilidad de realizar búsquedas bibliográficas (acceso a MEDES: www.fundacionlilly.com). ■

*Director de la Fundación Lilly.

La Lanceta

Déficit y chollo



Gonzalo San Segundo*

Proliferan cada vez con más asiduidad los informes que analizan nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) desde una visión crítica, poniendo en solfa, con datos y argumentos varios, su viabilidad si no se toman ciertas medidas. El último en hacerse público es el que rubrican la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) y la consultora McKinsey.

La premisa básica de dicho informe es que el sistema sanitario español “no es sostenible bajo su esquema actual” y, para garantizar su sostenibilidad, se aboga por una mayor responsabilidad de todos (pacientes, profesionales y gestores) y se concretan cuatro medidas que se deberían tomar: moderar “el sobreuso” de los servicios sanitarios, introducir de forma sistemática las nuevas prestaciones, generar mayor transparencia en el sistema y conceder mayor autonomía de gestión a los centros sanitarios y a los profesionales. Requisitos con los que ningún político responsable estaría en desacuerdo y, de hecho, es lo que, de uno u otro modo, las administraciones sanitarias propugnan.

Sin embargo, cuando esto ocurre, es decir, cuando se publican este tipo de informes, enseguida aparecen voces denostándolos y defendiendo a ultranza, y con rancios e inamovibles argumentos, la sanidad pública. Es como si advirtieran: ¡Que vienen los privatizadores, refugiémonos! En cuanto aparece una crítica a la sanidad pública, por muy razonada que esté, que se prepare su autor, pues enseguida le acusan de querer cargarse el sistema.

Sin entrar en la intencionalidad de los autores a la hora de elaborar dichos estudios y aceptando el derecho de réplica, lo que no cabe duda es que la Sanidad es, quizá, el sector más mutante de la economía española, no sólo por las cuestiones

demográficas, sino también por los avances científicos y tecnológicos.

Teniendo en cuenta esas premisas, ¿cómo se puede defender la viabilidad del SNS desde la lealtad a unas convicciones sin tener en cuenta la realidad cambiante? Lo que parece indiscutible es que el sistema sanitario público español cada vez es más costoso y genera más déficit. ¿Hasta cuándo este déficit, que ya va por los 11.000 millones de euros acumulados entre 2003 y 2007 —y con proyecciones de preocupación ascendente—, lo podrá asumir el Estado sin que se resientan la calidad y la eficiencia?

En este país, desde que Girón de Velasco creó la Seguridad Social, estamos acostumbrados al *all free* en la oferta sanitaria pública (a excepción de los medicamentos), y que no me toquen la bicha. Hay que ver con los inmovilistas, por mucha ideología progresista que pregonen. Estos no mueven un dedo por reivindicar el gratis total en otros servicios públicos, como la educación o el transporte. ¿Por qué la asistencia sanitaria ha de ser diferente, máxime cuando es progresivamente deficitaria?

Ojo, y antes de que estos fustigadores de herejes me echen del templo del razonamiento, que no se trata del copago, euro compensatorio o disuasorio. Se trata, simplemente, de que queremos seguir disfrutando de la ventaja obtenida sin esfuerzo particular actualizado, o sea, del chollo sanitario y, además, con abuso, premeditación, nocturnidad y alevosía. Y cuando alguien con mando en plaza insinúa públicamente que convendría hacer un pelín de esfuerzo para seguir con el chollo, le estigmatizan, y alguien con más mando en plaza le acalla, no vaya a ser que ponga en peligro el chollo del poder.

Cuando las conquistas sociales se enquistan, es conveniente realizar una biopsia. ■

*Director asociado de *Medical Economics*.



¿Cuál es el mejor tratamiento?

La vida escribe las preguntas.
Nosotros buscamos respuestas.

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



Innovación para la salud

Juan José Artells Herrero, director de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad

“Cada vez me río más de mí y menos de los demás”

Este barcelonés de 63 años, un tanto tímido, irónico, riguroso, racional y reflexivo, que confiesa reírse cada vez más de sí mismo “y menos de los demás”, conoce tanto de la vida (y de la economía de la salud) como pocos. Comenzó a trabajar a los 13 años, militó en el PCE durante el franquismo, estudió en Oxford con una beca, se forjó como directivo en distintas empresas privadas y ocupó diversos cargos en la Administración pública. Afronta esta entrevista (mide muy bien sus respuestas) en la madrileña Residencia de Estudiantes horas después de un nuevo triunfo del Barça.

Por Gonzalo San Segundo

PREGUNTA: Supongo que anoche gritó “¡Barça, Barça, Barça!”, título, por cierto, de un libro suyo que publicó en 1972...

RESPUESTA: Lo grito cuando puedo. Anoche no estaba en condiciones de gritar mucho, no por falta de voluntad, sino por falta de voz. Estando como están las cosas, ser barcelonista es una garantía de longevidad y de buena calidad de vida.

P. En dicho libro traza usted una historia social y política del FC Barcelona. ¿Por qué lo escribió?

R. Por una especie de confabulación de gente de distinto pelaje, como el historiador Josep Termes, el escritor Manuel Vázquez Montalbán y el entonces secretario general del Barça, Joan Granados. La idea fue hacer un recorrido por la historia política de Cataluña, viendo la correspondencia entre sucesos y acontecimientos relevantes, y la evolución, el impulso y finalmente la hegemonía del Barcelona como un símbolo soberanista.

P. El libro citado fue prologado por Vázquez Montalbán, un gran escritor que fue amigo suyo. ¿Le incluyó para que en 1968 ingresara en el PCE?

R. No. Mi vinculación con este partido viene de más lejos, y tiene que ver con

los profesores que en la Enseñanza Media tuve la suerte de tener, como el director del colegio, Augusto Gil Matamala (quizá el mejor profesor que haya tenido en lo que llevo de actividad intelectual y profesional), quienes me aportaron las bases críticas del entorno, de la historia y, en definitiva, la toma de conciencia con una formación y una educación que para los años cincuenta tenía un extraordinario valor. Pero mi decisión de unirme al partido no estuvo influida por ningún profesor.

P. ¿Qué legado le dejó Vázquez Montalbán?

R. Excepto la gastronomía, que en aquel entonces yo estaba en una austeridad autoimpuesta, me abrió las puertas hacia la apreciación de la cultura subterránea, que empezaba a emerger como una cultura alternativa a la de los curas y el franquismo. Y me inculcó un sentido del humor que trato de mantener como un homenaje permanente a él.

P. Abandonó el PCE en 1975. ¿Por qué?

R. Bueno, por dos razones. En el año 75 soy escogido para estudiar un doctorado en Oxford, lo que hace que mi tiempo y mis intereses sean distintos; y por otra parte, un poco mi hartazgo de una concepción de la militancia rayana digamos

en la disciplina monacal o religiosa. Nunca estuve muy a gusto con la manera de gestionar políticamente este tipo de organizaciones, que ahogaban la creatividad y la personalidad de los militantes.

P. ¿Cómo recuerda su militancia comunista?

R. Lo recuerdo como años bien aprovechados, que me ayudaron a discernir dónde estaba mi posicionamiento social y político y a entender todo aquello que no me fue explicado por el pánico y el miedo que la dictadura fascista imponía sobre los llamados vencidos.

P. ¿Sigue instalado ideológicamente en la izquierda o en posiciones progresistas?

R. Bueno, creo que esto es más una cuestión de comportamiento y de toma de posiciones que de declaraciones sobre uno mismo, ¿no? Desde luego, continúo aficionado al pensamiento crítico. No me satisface la injusticia ni la opresión, no me satisfacen para nada vinos nuevos en odres viejos, como son las cuestiones de avance democrático en el Estado español. Es decir, esperábamos, con el cambio de régimen que la democracia trajera un estilo de convivencia distinto del que ha continuado, en el sentido de que parece que no es políticamente correcto plantear la evolución

del sistema democrático hacia formas en las que cada territorio se exprese y se encuentre a gusto.

P. ¿Y respecto al nacionalismo catalán?

R. En el tema del nacionalismo lo que me preocupa es sintonizar con los tiempos que nos tocan vivir, con el siglo XXI, de modo que seguramente no se me va a encontrar en formulaciones nacionalistas añejas y pasadas de moda.

P. A propósito: ¿cómo enjuicia la polémica originada en torno Estatut-Tribunal Constitucional?

R. Me parece absolutamente impresentable la posición del llamado Tribunal Constitucional. Es impresentable democráticamente ante la comunidad internacional que alguien esté por encima de la voluntad popular, expresada en el Parlamento de Cataluña y refrendada, con tijeretazos, por el Congreso. Me parece una lamentable ópera bufa.

P. Retrocedamos en su biografía. Comenzó a trabajar a los 13 años. ¿Recuerda su primer trabajo?

R. Sí, fue en una pequeña industria de inyección de plástico y maquinaria antidiluviana que tenía un familiar mío. Y tuve que utilizar una máquina manual que inyectaba a palanca, con lo cual durante dos o tres años me puse en una forma física envidiable.

P. ¿Qué le supuso dar el salto a la Facultad de Económicas de Barcelona?

R. Tuve la suerte de ser alumno de Fabián Estapé y especialmente de Manuel Sacristán, a quien le debo la parte más exigente de mi formación lógica.

P. Con 30 años y una vida bohemía, dejó el Servicio de Estudios del Banco Urquijo y, con una beca, marchó a Oxford donde se especializó en Economía de la Salud...

R. Yo formaba parte del Servicio de Estudios del Banco Urquijo de Barcelona que dirigía Ramón Trías Fargas. Y don Ramón me planteó el siguiente dilema: o me integraba en alguna de las empre-

sas del Grupo Urquijo o aprovechaba una de las becas que el banco tenía para estudiar en el Saint Anthony College de Oxford con el fin de poner remedio a la irregular formación que en las facultades en aquellos tiempos se recibía. Y opté por continuar mi vida académica en Inglaterra.

P. Su estancia en Oxford le reportó serias críticas a su regreso a España. ¿Por qué y por quién?

R. Cuando regresé, en 1981 encontré un panorama distinto, irreconocible. Tuve algunas dificultades para reinser-tarme, particularmente con mis antiguos camaradas, en el sentido de que mi educación en Inglaterra me hizo ser mucho más exigente con los argumentos y con el respeto a la verdad.

P. Tras su paso por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Cataluña, el entonces ministro de Sanidad, Julián García Vargas, le nombró director general de Planificación Sanitaria...

R. Julián no siempre ha tenido mucho acierto escogiendo gente. Y en mi caso, la verdad, escogió a alguien que no tenía la menor idea de lo que era un cargo de nombramiento político, y me llevó un año hacerme con las medidas del cargo en el Ministerio. García Vargas tuvo una paciencia de Job conmigo. Y, al final, alguna cosa útil debí hacer.

P. Y participó en la redacción del Informe Abril...

R. Participé como un miembro más del grupo. Recuerdo la reacción de la caver-na sanitaria, formada por gente de todas las coloraciones del arco político. Cualquier vestigio de la alteración del *status quo*, y el Informe Abril era un posicionamiento rupturista y progresivo pero sin exagerar, fue realmente mal recibido. Curiosamente, después el informe se fue aplicando, pero de una manera descontextualizada, cada cual pilló lo que mejor le convino.

P. Ahora tenemos el Pacto por la Sanidad. ¿Qué espera de él?

R. Los problemas que la Sanidad española tiene enquistados han empeorado



“Los problemas de la Sanidad española han empeorado con esta crisis”.

con esta crisis que ha costado tanto reconocer. Por lo tanto, cualquier pacto, si lo es, y si están representadas todas las fuerzas que cuentan, debe ser en principio bienvenido. Espero que esta vez se tenga el acierto de dibujar las líneas de una política sanitaria sostenible y aceptable por todos, incluso desde el punto de vista de la financiación, que parece ser que es lo que aprieta el zapato de la Sanidad, cuando en realidad lo que realmente nos debería preocupar son los problemas de equidad y calidad.

P. Es persistentemente irónico. ¿Se ríe de sí mismo?

R. Hombre, creo que conviene algo de ironía, un cierto distanciamiento para que uno no se crea todo lo que dice. Yo cada vez me río más de mí y menos de los demás.

P. Ha tocado muchas teclas en su vida: la economía, la dirección empresarial, la publicidad, la planificación sanitaria, la literatura, el teatro, el violín... ¿Qué toca ahora?

R. Lo que puedo: pocos instrumentos, mucho papel de libros y mucha tecla del PC. He dejado de practicar el violín y soy mucho más comedido en mis expansiones emocionales con la gente. Duermo en Barcelona y de día doy más vueltas que un reloj viajando por España y el extranjero. ■

CON LA COLABORACIÓN DE:



Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

46,3

millones de americanos no tenían cobertura sanitaria en 2008.

45,6

millones en 2007.

176,3

millones de americanos tenían un seguro de salud vinculado a su trabajo en 2008.

177,4

millones en 2007.

44,8

por ciento de las defunciones en EEUU son atribuidas a la ausencia de un seguro médico.

Fuente: American Journal of Public Health.

32.000 EMPLEOS EN ESTE SECTOR

Las empresas de tecnología sanitaria española exportan el 25 por ciento de su producción

El sector de Tecnología Sanitaria en España realizó en 2008 exportaciones por valor de cerca de 1.500 millones de euros, siendo los países de la UE el principal destino de las mismas con el 60 por ciento, seguido de EEUU y los países iberoamericanos. En la actualidad, el 62 por ciento de las empresas de tecnología sanitaria tienen presencia en los mercados exteriores, a los que destinan el 25 por ciento de su producción, según se puso de manifiesto en la Jornada *Internacionalización e Innovación en el sector de la Tecnología Sanitaria y Equipamiento Hospitalario* organizada en Madrid por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) y el Club de Exportadores e Inversores Españoles, con la colaboración del Instituto Español de Comercio Exterior (ICEX). Asimismo en el marco de esta jornada se ha dado a conocer que el sector de tecnología sanitaria tiene a 32.000 personas empleadas en España de forma directa.



COLABORACIÓN CON COLEGIOS DE MÉDICOS

PSN refuerza su compromiso con los médicos

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) sigue abriéndose a otras profesiones universitarias para ampliar su base mutual, pero mantiene a la vez su compromiso fundacional con los médicos, que sigue siendo el colectivo protegido más numeroso. En las últimas semanas PSN ha renovado su colaboración con dos colegios de médicos, los de Navarra y Zamora, y ha incorporado a Gerona a la larga nómina de corporaciones con las que mantiene acuerdos. La nueva presidenta del colegio navarro, María Teresa Fortún, mantiene la colaboración a la que siempre han estado abiertas anteriores juntas de gobierno. PSN cuenta con cerca de 1.000 mutualistas médicos en la comunidad foral. Y en Zamora, el también nuevo presidente Sebastián Martínez ha rubricado la renovación de convenio de colaboración que el Colegio mantiene con PSN desde 2003.



FINANZAS Y MERCADOS

La retribución a los accionistas alcanza cifras récord en 2009

Las empresas que cotizan en el parqué español han pagado a sus accionistas 30.987 millones de euros vía dividendos y devolución de primas de emisión. Son pagos efectuados entre enero y noviembre, independientemente de con cargo a qué ejercicio sean. Se trata de una cifra récord, que supone un incremento del 14,21 por ciento respecto al mismo período de 2008 y que bate los 28.411 millones repartidos en todo 2008. Así lo puso de manifiesto el presidente de Bolsas y Mercados Españoles (BME), Antonio Zoido, y aseguró: "Aún así son muchas las compañías que han incrementado el pago respecto al año anterior, sobre todo de los sectores de energía y telecomunicaciones. Ello a pesar de que los beneficios de las cotizadas han caído un 30 por ciento".



CRECEN UN 75 POR CIENTO

Aumentan las agresiones en la Atención Primaria de la Comunidad Valenciana

El Colegio de Médicos de Valencia registró en 2009 un total de 30 notificaciones de agresiones a médicos, una cifra similar a la recogida durante 2008 (31). Sin embargo, Alejandro Buendía, presidente de la comisión contra las agresiones médicas del colegio valenciano, hizo hincapié en “el incremento de las agresiones físicas, que son los casos más graves”. El crecimiento de este tipo de violencia se ha incrementado en un 75 por ciento, es decir, se ha pasado de cuatro a siete casos. Respecto al origen de las agresiones, ha destacado que “al principio, cuando iniciamos el registro hace seis o siete años, casi todas correspondían a hospitales, pero esta situación ha ido cambiando y actualmente la mayoría proceden de centros de salud”. De hecho, en 2009, el 65 por ciento de las denuncias corresponden a centro de Atención Primaria. En este sentido, también ha alertado especialmente del “incremento de agresiones en las urgencias de Primaria”.



PROFESIÓN MÉDICA

La OMC alerta sobre la contratación de profesionales sin formación especializada

La delegación española de la OMC ha presentado ante los miembros de la Unión Europea de Médicos Generales y de Familia (UEMO) un informe en referencia al reconocimiento y homologación de títulos de grado y de especialista obtenidos en países extracomunitarios. La OMC ha denunciado que en los últimos cinco años se homologan más títulos de licenciados en Medicina de países extracomunitarios, que los que produce nuestro país, estimándose que hay unos 16.000 médicos en esta situación en España.



ADAPTACIÓN AL PLAN BOLONIA

Los estudios de Medicina tendrán consideración de máster

Los licenciados en Medicina accederán automáticamente a un título de máster. Según ha explicado el Ministerio de Sanidad, algunos de los 360 créditos que se estudian en la carrera de Medicina exigen competencias asociadas al nivel de máster superiores, por tanto al de grado. El máster es el título con el que el Plan Bolonia equipara en principio a las antiguas diplomaturas y licenciaturas. Por ello, aunque el título que obtenga el médico cuando acabe sus estudios sea de grado, un comité evaluará el expediente para conceder al graduado el título de máster.

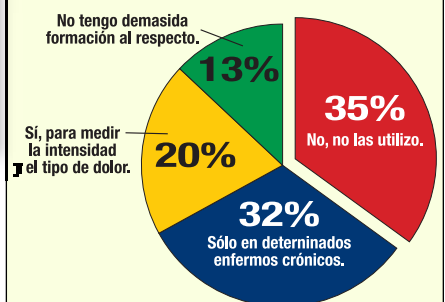


NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es

Medical Economics

¿Utiliza escalas de medición del dolor en su consulta?



La mayor parte de nuestros lectores, un **35** por ciento, asegura no utilizar habitualmente escalas de medición del dolor en su consulta, mientras que un elevado porcentaje, un **32** por ciento, dice hacerlo sólo con determinados enfermos crónicos. Un **20** por ciento asegura utilizarlas, mientras que un **13** por ciento dice no tener demasiada formación al respecto.

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

Apuestas sanitarias de la Comunidad Foral de Navarra

Investigación biomédica e innovación tecnológica

El Plan Estratégico de Investigación Biomédica, el nuevo Centro de Investigación Biomédica y la creación del Complejo Médico Tecnológico son las principales apuestas sanitarias de la Consejería de Salud de Navarra, según destacó la titular de este Departamento, María Kutz, en una jornada organizada por MEDICAL ECONOMICS, con la colaboración de Astellas Pharma, celebrada recientemente en Pamplona.



Gonzalo San Segundo

Ante un público especializado compuesto por cerca de un centenar de personas del ámbito sanitario navarro, la consejera de Salud, María Kutz Peironcelly, señaló que “Navarra es una realidad como territorio líder en las actividades de I+D en general, y en el cual la salud ha de ocupar también un primer plano, añadiendo a los múltiples proyectos de investigación el amplio potencial que la Administración Foral ofrece en el campo formativo, empresarial, económico y de progreso, aunando siempre las iniciativas públicas y privadas”.

Entre las actividades de I+D+i en salud, Kutz destacó como prioritarias el desarrollo del Plan Estratégico de Inves-

tigación Biomédica, que prevé, entre otros asuntos, la creación de un Centro de Investigación Biomédica que se ubicará en el Hospital de Navarra, y la construcción de un ambicioso Complejo Médico Tecnológico que contempla, a su vez, la puesta en marcha de tres centros: uno de investigación de imagen médica, otro de alta resolución ambulatoria y un tercero dedicado a laboratorio e imagen.

Dichos proyectos, ya en marcha, fueron presentados por sus máximos responsables, en un acto celebrado en la sede de la Confederación de Empresarios de Navarra y en el que el editor de esta revista, Manuel García Abad, dio la bienvenida a los ponentes y asistentes, y José María

Martín Dueñas, director general de Astellas, señaló que la compañía dedica el 17 por ciento de sus ventas a I+D+i, más que la media de la industria farmacéutica europea.

Javier Sada Goñi, director de Asistencia Especializada, en su conferencia *El impacto de la I+D+i en la calidad asistencial*, dijo que “es importante saber diferenciar con claridad entre investigación e innovación. La investigación —prosigue— persigue la obtención de nuevos conocimientos básicos o aplicados, mientras que la innovación se centra en generar bienes o servicios de valor o, lo que es lo mismo, la investigación consiste en invertir recursos para generar conocimiento y la inno-



De izda. a dcha., José María Martín Dueñas, director general de Astellas; María Kutz Peironcelly, consejera de Salud de la Comunidad Foral de Navarra; y Manuel García Abad, editor de *Medical Economics*.



José Luis Rodríguez y Aurea Toledo, del departamento de Market Access de Astellas.

vacación consiste en utilizar conocimiento para generar recursos". Un aspecto de la innovación que Sada calificó de "crucial" es la difusión del conocimiento, porque cuanto más rápidamente es adoptado un progreso tecnológico, mayor crecimiento económico y mejora de la competitividad produce.

Para valorar el impacto de la investigación en la práctica clínica hay que tener en cuenta tres factores fundamentales, según el director de Asistencia Especializada: la producción del conocimiento, que aparece en el mismo proceso investigador, su transmisión y el uso y aplicación del mismo. Hay evidencia de que el uso de la información proporcionada por la bibliografía científica modifica la práctica clínica, mejora el rendimiento de los profesionales y el proceso de toma de decisiones.

Si algo está marcando el desarrollo de la práctica asistencial y de la propia organización del sistema sanitario es la innovación tecnológica. A la misma se le considera responsable del aumento del gasto, de cambiar el concepto de salud y atención sanitaria, así como principal responsable de la superespecialización de la profesión médica en las últimas décadas. Pero el cambio tecnológico en Sanidad —concluyó Sada— presenta una gran incertidumbre sobre su eficacia, seguridad, efectividad, y coste-efectividad, "por lo que es necesario encontrar un ritmo de adopción y difusión de las nuevas tecnologías, que sea eficiente, compatible con

las posibilidades de financiación del sistema de salud y con criterios de equidad".

Emilià Pola Robles, director general del Instituto de Investigación Biomédica del Hospital de Bellvitge (Idibell), de Barcelona, trazó el panorama de la investigación biomédica en Cataluña: doce universidades, veinte centros de investigación con actividad en biomedicina, once centros de investigación ligados a hospitales (de los que seis están acreditados por el Instituto de Salud Carlos III) y once centros dependientes del Consejo Superior de Investigaciones Científicas con actividad en Biomedicina. En conjunto, Cataluña dedica el 1,6 por ciento de su PIB a I+D, frente al 2 por ciento de Madrid y País Vasco y el 1,9 por ciento de Navarra.

Retos en investigación biomédica

Pola prosiguió su intervención con una descripción de la labor que realiza el Idibell, creado en 2004 y acreditado en marzo del año pasado. Vinculado a la Universidad de Barcelona y al Instituto Catalán de Oncología, cuenta con 50 grupos de investigación en los que se integran directamente 117 investigadores principales y 738 personas de carácter científico, y un presupuesto para investigación de 2,3 millones de euros.

Tras ser acreditado, el Instituto de Investigación Idibell potenció su sintonía institucional, desarrolló su modelo organizativo, buscó su grado más óptimo de

integración en la estructura hospitalaria ("los hospitales son nuestra mejor baza") y definió su estrategia. Pola señaló los principales retos a los que el instituto se enfrenta: complejidad del entorno, barreras a la innovación: ausencia de políticas claras de propiedad intelectual, problemas culturales y falta de infraestructuras de innovación. Pero también hay oportunidades: "Una gran diversidad científica y asistencial y un alto potencial de aplicación de los resultados".

La exposición acerca de *La investigación en Atención Primaria y su reflejo en la salud* corrió a cargo de Rosa Magallón Botaya, médico de familia y coordinadora del Programa Aragonés de Investigación en Atención Primaria. Magallón, de entrada, recordó que la investigación en Atención Primaria de Salud ha sido siempre considerada "como un tema menor" dentro de la investigación, en el contexto del sistema sanitario público, y que tanto los gestores del conocimiento, como la opinión pública han considerado siempre que la generación de nuevas evidencias "sólo era posible en un medio asistencial complejo o en grandes laboratorios básicos". Y añadió: "Únicamente médicos de familia excepcionales, con gran vocación y capacidades, y generalmente al amparo de un grupo hospitalario, consiguieron despuntar como referentes de investigación en años pasados".

Sin embargo, hay una fecha decisiva que marca una leve inflexión en esta situación, y es la convocatoria de creación



De izda. a dcha., el doctor Thomas P. Keogh, Beatriz Lahoz, presidenta del Colegio de Odontólogos de Navarra; Manuel García Abad; Isabel Martín Montaner, directora general de Salud; y los odontólogos Manuel Peleato y Josetxo Zalba.



Isabel Martín Montaner explicó el funcionamiento del Complejo Médico Tecnológico.

de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa del Instituto Carlos III en 2003, en la que, por primera vez, se consigue crear una red nacional exclusiva de investigación en AP, compuesta entonces por grupos de trece comunidades autónomas. Muchos de estos grupos “fueron formados de manera artificial y al amparo de las prisas de la convocatoria; grupos emergentes, como el nuestro, pero que nos ha dado la oportunidad de desarrollar una infraestructura y una actividad investigadora en Aragón impensable hace poco más de cinco años”.

“ La investigación en AP ha sido siempre considerada como un tema menor en el contexto del sistema sanitario público ”

“Nuestra integración en la red –prosiguió Magallón– nos permitió participar en un proyecto FIS, coordinado con otros grupos de médicos de familia de otras regiones, y disponer, por primera vez en Atención Primaria, de una becaria dedicada a investigación. Con estos recursos, el núcleo inicial de tres médicos de familia, asistenciales, se planteó buscar el apoyo institucional autonómico, como elemento indispensable. Nuestra tímida emergencia en el panorama autonómico, mirado con recelo y reserva por propios compañeros y ajenos, se apoyó en la coyuntura de la creación paralela del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud,

que acogió desde el primer momento la tutela del mismo”.

Detalló algunos aspectos de lo hasta ahora conseguido: más de 400 profesionales vinculados de una u otra forma al proyecto, el reconocimiento como grupo consolidado de investigación por el Gobierno de Aragón, más de 20 proyectos financiados en convocatorias competitivas nacionales y otros tantos autonómicos, un grupo fluctuante de entre siete y nueve becarios, y un convenio de dedicación a investigación entre el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y el Servicio Aragonés de Salud. Dicho convenio, exportado a otras comunidades autónomas, establece que el investigador que lo precisa puede disponer de días libres de asistencia clínica para dedicarse a tareas de investigación fuera de la carga económica, y de días asignados al equipo al que se pertenece.

Katy Pérez Equiza, directora del Centro de Investigación Biomédica y responsable del Plan Estratégico de Investigación Biomédica de Navarra disertó acerca de *La investigación biomédica en Navarra: realidad y objetivos*. Dijo que en Navarra es posible hoy acometer el desarrollo de un fármaco desde los inicios de su investigación hasta su comercialización, y que la comunidad foral ocupa el octavo puesto en productividad biomédica. A este hecho contribuye el que el 12,5 por ciento de los médicos del Sistema Na-

varro de Salud-Osasunbidea realizan labores de investigación.

En la I+D sanitaria de la Comunidad Foral de Navarra, la Fundación Miguel Servet protagoniza un papel esencial, de primer actor, ya que esta entidad es la encargada de planificar la investigación, gestionarla e impulsarla. Y en esta tarea cobra un especial protagonismo la colaboración que se desarrolla entre el sector público y el privado, principalmente con las empresas del entorno navarro.

La disección del Complejo Médico Tecnológico de Navarra, proyecto incluido en el Plan Navarra 2012, que incluye un centro de investigación: una ICTS nacional de imagen médica y el Complejo Asistencial Médico Tecnológico, corrió a cargo de Isabel Martín Montaner, directora general de Salud.

Para la ICTS –comentó Martín Montaner– se ha elaborado un documento final con la memoria científica, la económico-financiera y las líneas de actuación, que en septiembre del pasado año se entregó al Ministerio de Ciencia e Innovación, dado que esta infraestructura se realiza con su colaboración y dentro del Mapa Nacional de ICTS. Su misión principal “es ser un centro de excelencia nacional e internacional dedicado a prestar servicios y a realizar investigación científica en los campos de la adquisición, procesado e interpretación y diagnóstico de imágenes médicas”. Dispondrá de equipos singulares en España y del más alto nivel internacional y prestará servicios en el campo de la imagen médica a equipos multidisciplinares de investigación (mé-



Luis Larraya habló sobre las nuevas tecnologías al servicio del paciente.



Javier Sada en un momento de su intervención.



Rosa Magallón disertó acerca de la importancia de la investigación en AP.

dicos, biólogos, químicos, ingenieros, físicos e informáticos) a empresas farmacéuticas, fabricantes de imagen médica y a hospitales. Su presupuesto es de 35 millones de euros.

Por su parte, el Complejo Asistencial Médico Tecnológico consta de dos centros de carácter asistencial: el Centro de Alta Resolución y el Centro Tecnológico. Este último proveerá de tecnología médica y servicios de tecnología al centro asistencial, incrementando además el resto de la oferta sanitaria de Navarra. En el Centro de Alta Resolución —explicó la directora general de Salud— se atenderán procesos (lo que constituye una innovación sanitaria), frecuentes y poco complejos en los que previamente se ha pre-determinado con los profesionales las actividades que cada uno conlleva, en acto único y con alta resolución. Los pacientes llegarán al centro derivados al proceso por un médico de Primaria, de Urgencias o de especializada. El complejo incluirá innovaciones en el campo del confort del paciente, del uso intensivo de tecnologías de organización, localización y eficiencia energética.

Luis Larraya Galarza, director del Complejo Médico Tecnológico, habló de *Las nuevas tecnologías al servicio del paciente*. Comenzó diciendo que en la actualidad, en España, la utilización de tecnologías que tienen que ver con medicamentos, equipamiento y procedimientos quirúrgicos es muy similar en todas las comunidades autónomas. “No hay diferencias significativas en el acceso de los ciudadanos a las mismas”, recalcó. Sin

embargo, sobre la base de un mismo modelo de atención sanitaria, sí existen diferencias en lo que tiene que ver con cómo los diferentes gestores sanitarios públicos organizan la atención sanitaria en cada comunidad.

Esas diferencias —explicó Larraya— tienen que ver especialmente con la intensidad y la forma en que el sector privado participa en la provisión de los servicios sanitarios. “Especialmente en los últimos años se están intensificando experiencias con modelos cercanos a la concesión de obra pública (gestión sanitaria pública sobre patrimonio privado) o la denominada Gestión del Servicio Público I y II (gestión privada sobre patrimonio público o gestión privada sobre patrimonio privado con finalidad de asistencia sanitaria pública, respectivamente).

Acceso a las nuevas tecnologías

Señaló que, en general, las entidades gestoras públicas de todas las comunidades autónomas están realizando “un enorme esfuerzo” en temas comunes: historia clínica informatizada o historia de salud del paciente, desarrollo de sistemas de información departamentales, receta electrónica, telemedicina o *e-Salud*, servicios *web* a los ciudadanos (portales de salud), sistemas de citación o desarrollo de entornos “colaborativos”, como las intranets. Sin embargo —resaltó— “el nivel real de implementación es muy desigual y puede decirse que, a pesar de los importantes avances realizados, queda mucho por hacer”.

Larraya resumió la situación en Navarra, donde están ya implementadas todas las temáticas antes citadas. Por significar alguna citó especialmente la historia clínica electrónica en la que llevan veinte años trabajando y que incluye una multitud de funcionalidades, que van desde el volante electrónico, el laboratorio integrado o imagen digital, los informes, las anotaciones clínicas y todas las anotaciones de carácter sanitario de cualquier ámbito sanitario alrededor de un único identificador por ciudadano navarro. Es decir, tiene el carácter de historia única por ciudadano.

En el futuro próximo, el alargamiento de la vida y la transición epidemiológica impulsarán fuertes inversiones en el sector para hacer frente a necesidades crecientes y distintas. Y en ese marco, apuntó Larraya, las tecnologías sanitarias deberán desarrollarse para permitir la sostenibilidad del sistema con mejoras en la calidad asistencial y en un entorno de mayor participación de los ciudadanos. Las nuevas tecnologías, la investigación y la innovación posibilitarán, además de una mayor calidad de la atención, un incremento notable de la productividad y de la eficiencia en el uso de los recursos, en un entorno de gasto sanitario creciente. “Como consecuencia —concluyó— los modelos organizativos asistenciales deberán adecuarse a los nuevos escenarios”.

El acto se cerró con la presentación del libro *Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la Salud*, del que es autor Honorio Bando, consejero del Instituto de Salud Carlos III. ■



Katy Pérez aseguró que la comunidad foral ocupa el octavo puesto en productividad biomédica.



Emilià Pola trazó el panorama de la investigación biomédica en Cataluña.



La sesión despertó un gran interés por parte de los profesionales navarros.

Gestión Profesional

¿Por qué atender las quejas de los pacientes?



José María Martínez García*

» De acuerdo con investigaciones realizadas en sectores diferentes al sanitario, el 70 por ciento de clientes descontentos con el servicio generalmente no se queja porque cree, que es una pérdida de tiempo.

» Una compensación económica puede ser la primera motivación del paciente al presentar su queja, o bien una compensación "moral" mediante una disculpa.

Actualmente los pacientes exigen más del servicio que reciben, además del componente puramente técnico y/o médico que, por lo general, es dado por supuesto. Muchos profesionales sanitarios, sin embargo, tienen una percepción limitada de la importancia de orientar sus actuaciones a satisfacer al paciente o de los perjuicios que conlleva el no hacerlo. Si bien es cierto que la inexistencia de quejas en una organización sanitaria no significa necesariamente que los pacientes estén satisfechos con el servicio, cuando éstas se hacen pacientes es importante que sean tratadas de manera adecuada.

De acuerdo con investigaciones realizadas en sectores diferentes al sanitario, el 70 por ciento de clientes descontentos con el servicio generalmente no se queja porque cree, que es una pérdida de tiempo, desconocen cómo hacerlo, dónde acudir o consideran que nada cambiará.

Se estima que, por término medio, cada uno de estos clientes contará su mala experiencia a otras 10 personas de su entorno, quienes igualmente estarán más inclinadas a no volver a utilizar el servicio, si tienen esta posibilidad, lo que en el sector sanitario podría constituir, todavía más que en otros, una enorme pérdida potencial de pacientes. No sólo es posible recuperar la satisfacción del paciente escuchándole y tratando de resolver el problema, sino que además aumentará la confianza hacia usted y su institución, al percibir que ha tratado de ayudarlo. Por el contrario, si no presta atención suficiente a una queja que, en principio, no tiene importancia para usted, se puede transformar en una reclamación formal con el transcurso del tiempo.

Además, la resolución de quejas o, al menos, una respuesta adecuada inicial a las mismas, le permitirá utilizar sus recursos de manera eficiente al reducir llamadas, escritos y notificaciones adicionales con el paciente que

hubieran sido innecesarias. Si dispone de un sistema de atención de quejas y proporciona una respuesta rápida y adecuada a las mismas, obtendrá un importante beneficio en términos de fidelización y retención de pacientes.

Cuando un paciente solicita sus servicios desea obviamente que le resuelva el problema de salud que plantea. Sin embargo, de manera más o menos consciente, y para estar satisfecho con él mismo, también pretende ser tratado amablemente y con respeto, estar informado de su situación, sentirse seguro, percibir honestidad por parte del profesional que le atiende, etc.

Por tanto, si esas necesidades menos obvias no se ven cubiertas, el paciente puede percibir el servicio como de mala calidad y ello puede generar una queja, sobre todo cuando ocurre un suceso adverso. Cuando un paciente decide expresar una queja se mueve porque quiere:

Que se le escuche. Esta es la necesidad más básica de cualquier persona que formula una queja.

Que se le tome en serio y con respeto. Además, el paciente espera que su queja sea tomada en serio, con interés y preocupación.

Que se actúe inmediatamente. Cuando un paciente se queja quiere que se resuelva su problema cuanto antes.

Que sea compensado. Una compensación económica puede ser la primera motivación del paciente al presentar su queja, o bien una compensación "moral" mediante una disculpa.

Que se amoneste a alguien. En ocasiones el paciente desea que "alguien pague por lo que ha sucedido".

Que se solucione el problema y que no vuelva a suceder. Garantizar totalmente que el problema no volverá a ocurrir no siempre es posible, pero el paciente querrá conocer, al menos, los pasos y acciones tomadas para corregir la situación. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Gestión de Calidad: Enfermería

Los profesionales ante la violencia de género

La violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Está reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública. Diversos estudios vienen a confirmar que nos encontramos ante un problema educacional donde se plasma la desigualdad entre hombres y mujeres.

Según datos de la Dirección General de Atención Primaria, un 10 por ciento de las mujeres de entre 18 y 70 años de la Comunidad de Madrid, han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja, ya sea psicológica, física, o sexual, con graves repercusiones, tanto para la salud de las mujeres como de las personas de su entorno familiar.

Las enfermeras, dentro del equipo multidisciplinar, pueden desempeñar un papel crucial en la detección precoz y atención a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres, entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida, especialmente con Atención Primaria.

¿Cómo detectar la violencia de género/de pareja cuando una persona acude a los servicios sanitarios?

Sensibilizar a los profesionales con el problema de la violencia es el primer paso para erradicar los malos tratos. Muchas veces se ven como un problema social en vez de como un problema de salud pública. Otro factor importante es la formación y capacitación de los profesionales. Formar a los profesionales de enfermería en aspectos relacionados con los malos tratos, saber qué hacer y con qué recursos cuenta la comunidad, lugares y números de teléfono a los que dirigirse, así como conocer los programas y protocolos que existen, es fundamental, para ayudar a las mujeres víctimas de malos tratos. En muchas ocasiones no

se diagnostica porque no se conoce con la suficiente profundidad, especialmente cuando el maltrato es psicológico.

Una forma de diagnóstico precoz es la de establecer una relación de confianza, permitir a la paciente hablar de su relación, de su situación familiar, de aspectos relacionados con su forma y estilo de vida y demostrar empatía con las mujeres que acuden a los centros sanitarios. Algunas mujeres piensan que sufren malos tratos porque su pareja las quiere y se preocupan por ellas o que se merecen que las maltraten y no son conscientes de que sufren malos tratos.

La mayoría de las veces se requiere de intervenciones multidisciplinarias, por lo que se hace necesaria la coordinación entre los profesionales de distintos dispositivos: sanitarios, servicios sociales, policía, dispositivos específicos de atención a la mujer e instancias judiciales.

No debemos olvidarnos de la importancia que tiene el factor cultural en la existencia de la violencia contra la mujer y la necesidad de educar en la igualdad y respeto de los derechos de la mujer para poder eliminar este importante problema de salud.

La Consejería de Sanidad constituyó en el año 2006 Comisiones Hospitalarias contra la Violencia en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, con el objeto de establecer pautas de actuación normalizadas e integradas para los profesionales que posibiliten una atención integral a la salud de las mujeres, de los niños y ancianos que sufren o han sufrido violencia e implementar todas las acciones que en esta materia se consideren. También cuenta con una línea específica de formación del colectivo de profesionales de la salud frente a la violencia a través del Plan de Formación Continuada de la Agencia Laín Entralgo. En el año 2008 se formó a más de 1.600 profesionales de toda la red sanitaria pública. ■



*Charo Vaquero Ruipérez

» Las enfermeras, dentro del equipo multidisciplinar, pueden desempeñar un papel crucial en la detección precoz y atención a las mujeres que sufren violencia.

» En muchas ocasiones no se diagnostica porque no se conoce con la suficiente profundidad, especialmente cuando el maltrato es psicológico.

Tribunales

La demandante perdió en las tres instancias



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Civil
Sentencia 26-3-2009

Hechos

Doña X fue intervenida en el Hospital Cabueñes de Gijón, dependiente del entonces Insalud, por el demandado el día 16 de Junio de 1994. Se le practicaron varias intervenciones quirúrgicas, que le originaron lesiones y secuelas que le permitieron obtener la declaración de invalidez permanente en grado de incapacidad permanente absoluta, según valoración realizada en día.

En el año 2000, la enferma presentó demanda reclamando una indemnización de 20 mil euros por actuación médica negligente, ejercitando la acción directa contra la compañía aseguradora con la que el médico actuante tenía concertada una póliza de responsabilidad civil. El Juzgado desestimó en primera instancia la demanda presentada por entender prescrita la acción con arreglo al plazo establecido en el artículo 1.968 del Código Civil. La Audiencia Provincial confirmó esta sentencia, basándose en que, siendo aplicable a la aseguradora el régimen correspondiente a la acción principal, según doctrina y jurisprudencia del Tribunal Supremo, la responsabilidad por la que se reclama debe considerarse de carácter extracontractual y, por tanto, está sujeta al plazo de prescripción del artículo citado. Se interpuso recurso de casación, que fue admitido por razón de la cuantía.

Fallo

El recurso de casación fue desestimado, procediendo a confirmar, en base a lo anteriormente expuesto, la sentencia impugnada.

ANÁLISIS: Carácter extracontractual de la responsabilidad civil

Se interpuso el recurso por infracción de normas aplicables para resolver las cuestiones objeto del proceso, en concreto, por indebida aplicación del artículo 1.968 apartado 2 del Código Civil, alegando el recurrente inexistencia de prescripción por tratamiento unitario de la culpa civil. Mientras hay numerosas sentencias que consideran el carácter extracontractual de la responsabilidad civil de la Administración sanitaria, también existen otras muchas que consideran la culpa derivada de la relación de la Administración sanitaria con el paciente como contractual, por lo cual estaría vigente el plazo de quince años que establece el Código Civil para estos casos.

El Juzgado desestimó en primera instancia la demanda presentada por entender prescrita la acción con arreglo al plazo establecido en el artículo 1.968 del Código Civil

El *quid* de la cuestión radica en el carácter extracontractual o contractual de la responsabilidad civil de la Administración sanitaria por daños causados en la asistencia médica, admitiendo la existencia de sentencias que establecen el plazo de quince años como período de prescripción de la acción de reclamación. Pero también señala esta sentencia que comentamos que la mayoría de las sentencias de la Sala estiman la prescripción en casos semejantes al presente en un año, dando por sentado el carácter extracontractual de la relación entre paciente y la Seguridad Social. ■

» El *quid* de la cuestión radica en el carácter extracontractual o contractual de la responsabilidad civil de la Administración sanitaria por daños causados en la asistencia.

» La mayoría de las sentencias de la Sala estiman la prescripción en casos semejantes al presente en un año, dando por sentado el carácter extracontractual de la relación entre paciente y Seguridad Social.

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

Para contactar: mfernandezmor@telefonica.net

Internet y medicina

La madurez de Medline en Internet

PubMed fue creado en 1997, un año antes que Google, y es la interfaz *web* más utilizada para buscar en la base de datos bibliográfica Medline (Medlars on line), un proyecto iniciado en 1971. La nueva interfaz de PubMed.gov de la Biblioteca Nacional de Medicina estadounidense, permite que al escribir términos para realizar una búsqueda aparezca un listado con términos que facilitan escribir y seleccionar los términos más adecuados. Esto es especialmente útil en la búsqueda en revistas y de autores en PubMed Single Citation Matcher. Poco después, Google también ha incorporado esta función, que ellos llaman “Google Suggest”. En general, el criterio utilizado para mostrar esa lista de sugerencias es la popularidad relativa de búsquedas más comunes.

En PubMed, si comenzamos a escribir la palabra “Internet” aparecerán términos como “Internet addiction”, “Internet health”, “information Internet”, entre los que destaca la aparición de las búsquedas sobre peso, cáncer y depresión, asociadas al término “Internet”. Esto nos da una idea de las enfermedades que se buscan más a menudo, asociadas a la palabra Internet.

En ocasiones, puede ser útil realizar las búsquedas en PubMed mediante términos MeSH (Medical Subject Headings). El concepto Internet fue introducido en 1999 en MeSH y hoy día incluye 11 subapartados: clasificación, economía, ética, historia, equipamiento, legislación y jurisprudencia, organización y administración, estándares, estadísticas y cifras, proveedores y distribución, tendencias, utilización.

PubMed es un sitio *web* que ha madurado notablemente y no sólo ha sabido mantenerse como el principal recurso bibliográfico para los profesionales de la salud, sino que ha sabido adaptarse a las nuevas de-

mandas y sugerencias de los usuarios, incorporando además las nuevas herramientas web 2.0.

Es posible encontrar una guía de uso en español de la nueva versión de PubMed en el portal de Fistera.com. También diversos portales como PortaldeMedicina.com, Slideshare.net o DavidRothman.net recogen vídeos sobre los nuevos servicios de PubMed y MyNCBI para guardar búsquedas en PubMed, enviar actualizaciones automáticas de resultados y compartir colecciones de artículos y citas.

Hace aproximadamente un año, la biblioteca de artículos y libros PubMed Central creó un repositorio en el Reino Unido, de acceso gratuito (<http://ukpmc.ac.uk/>) con el fin de facilitar las búsquedas a los investigadores.

Recientemente, han aparecido otras alternativas para buscar en MedLine, como <http://www.novoseek.com/> y, aunque las búsquedas también hay que realizarlas en inglés, se trata de un portal desarrollado por la empresa española Bioalma, disponible de forma gratuita en Internet. Su principal ventaja es la herramienta que aparece a la izquierda de los resultados de las búsquedas para redefinir y mejorar las mismas.

Tal y como comenta Pall Miller en su *blog* (<http://blogs.talis.com/>), el uso efectivo de tecnologías como web 2.0 no consiste en añadir etiquetas, cajas de bordes curvos y otras fruslerías web 2.0 al envoltorio, sino que debemos replantear todo con una mente abierta y aprovechar las oportunidades que ofrece la llamada Web Semántica, con conexiones entre documentos, personas y áreas de investigación. De esta forma, nos acercaremos realmente a la colaboración masiva en ciencia o “wikinómica”, tal y como la describieron Tapscott y Williams en 2006. ■



Marcial García Rojo*

» PubMed es un sitio *web* que ha sabido adaptarse a las nuevas demandas y sugerencias de los usuarios, incorporando además las nuevas herramientas web 2.0.

» Hace un año aproximadamente, la biblioteca de artículos y libros PubMed Central creó un repositorio en el Reino Unido, de acceso gratuito.

* 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

Premios 2009 a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente

Más de 300 candidaturas han sido recibidas en la quinta edición de los Premios Farmaindustria a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente; un 30 por ciento más que el pasado año.

El tenor Josep Carreras ha sido distinguido con el reconocimiento extraordinario a la Trayectoria Personal de los Premios 2009 a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente que convoca la Fundación Farmaindustria, y que este año han alcanzado su quinta edición.



Jesús Acebillo.

Con ellos se pretende reconocer la labor social en favor de los pacientes, apoyar las mejores iniciativas en el ámbito de la salud orientadas a este colectivo, así como estimular aquellas prácticas que se materialicen en una mejora de la calidad de la vida de los ciudadanos en su condición de pacientes.

En la categoría de Asociaciones de Pacientes han sido galardonadas la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Valdepeñas, la Asociación Psiquiatría y Vida, la Federación de Asociaciones de Celíacos de España y la Fundación FEDER.

En la categoría de Colectivos Sociales ha sido reconocida la Fundación Antena 3; y en la categoría de Entorno Sanitario ha sido premiada la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular.

Asimismo, ha recibido un reconocimiento *ex a quo* el Hospital Sant Joan de Deu y la Dirección General de Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad del Servicio Madrileño de Salud; mientras que en la categoría de Medios de Comunicación, el Grupo Joly y los periodistas José María Catalán y Ramón Sánchez Ocaña, han recibido sendos galardones.

En el acto de entrega, el presidente de la Fundación Farmaindustria, Jesús Acebillo, ha destacado que esta edición ha visto incrementar el número de candidaturas en más de un 30 por ciento, superando las 300. "Estos Premios se han convertido en un claro ejemplo de los caminos que unen a la industria farmacéutica y a los pacientes, y de cómo la colaboración y la mutua confianza favorece un objetivo común que ambas partes compartimos: la salud y el bienestar de la sociedad", afirmó. ■

En colaboración con la Universidad

Sedisa promueve la formación en Gestión Sanitaria

La Asamblea General de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Sedisa) y el patronato de la Fundación Sedisa van a iniciar un acercamiento a las actuales Escuelas de Gestión Sanitarias que tengan una certificación ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación) para fomentar la formación continuada y la actualización permanente de sus asociados en todo lo relativo a la Gestión Sanitaria. Sedisa viene programando y colaborando en diversas acciones formativas que persiguen este objetivo, no obstante, existe un ámbito en el que se va a dedicar una atención especial y es el de la colaboración con la Universidad para fomentar la formación en Gestión Sanitaria, a través de másteres universitarios, programados con un enfoque claramente profesional, que permitirán profundizar en la formación de muchos gestores actuales, dándoles acceso a un programa doctoral en Gestión Sanitaria y aportar formación a nuevas generaciones de gestores sanitarios. ■

Nuevos cargos

Bonet sustituye a Diego Murillo en la presidencia de AMA

Eudald Bonet, consejero de Agrupación Mutual Aseguradora (AMA) desde 2006, y presidente del Colegio de Médicos de Girona, ha sido elegido por el Consejo de Administración de esta mutua para sustituir al presidente Diego Murillo, que ha presentado su dimisión temporal forzado por la Dirección General de Seguros (DGS). "Ha sido todo muy precipitado", ha señalado Bonet "y me he visto obligado a asumir la presidencia por imperativo legal de la DGS". Junto a Bonet, el Consejo de Administración de AMA ha elegido como secretario a Francisco Herrera, presidente del Colegio de Veterinarios de Sevilla, y a Ricardo Miranda, ex presidente del Colegio de Médicos de Cádiz, que se hace cargo de la vicepresidencia que deja Bonet. La DGS insiste en intentar normalizar las relaciones y espera que la aseguradora informe ahora de su estrategia para cubrir los riesgos de responsabilidad civil, derivados de las pólizas que comercializa entre el personal médico. ■

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 transnacional.

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

Aula de Gestión Sanitaria

Extremadura, protagonista de un evento innovador



Isabel Tovar García*

El Congreso Nacional de Hospitales es uno de los foros más prestigiosos en gestión sanitaria. Lo organizan las sociedades de directivos de hospitales a nivel nacional: SEDI-SA y ANDE. Esta cita que se celebra cada dos años, supone un punto de encuentro ineludible para los representantes y directivos sanitarios de toda España. El principal objetivo del 16.º Congreso Nacional de Hospitales ha sido contribuir a la reflexión para garantizar una actividad más comprometida con la sociedad. La 16.ª edición del Congreso Nacional de Hospitales tuvo lugar en Cáceres del 2 al 5 de junio de 2009.

Hace años, cuando el actual presidente de la Junta de Extremadura, Guillermo Fernandez Vara, aún era consejero de Sanidad, comenzó a trabajar para conseguir traer este congreso a Extremadura. Nos hemos sentido doblemente reforzados, por una parte por el presidente, y, por otra, por la consejera de Sanidad y Dependencia, que ha colaborado con gran ilusión y enviable apoyo. La organización del congreso ha requerido el trabajo intensivo de un equipo cohesionado y puede decirse que ha sido un rotundo éxito y que ha podido clausurarse cumpliendo todas las expectativas depositadas en él.

Como lema del congreso elegimos "Atención sanitaria integrada. Curar y cuidar". El principal objetivo del congreso era hacer posible un foro de encuentro entre los profesionales de la gestión sanitaria, que les permitiera profundizar y tender a la excelencia con el fin de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Asimismo, hemos

intentado contribuir a la reflexión y a una labor investigadora que garantice una actividad más comprometida con la sociedad. El programa científico ha constado de contenidos rigurosos a partir de un amplio abanico temático. Otro de los fines de la cita fue debatir sobre el futuro de las organizaciones sanitarias españolas, la puesta en común de experiencias y de tendencias de actuación en la gestión sanitaria.

Curar y cuidar

En este congreso, quisimos liderar, desde Extremadura, un cambio de tendencia. Hemos querido abordar un abanico de temas científicos que no sólo profundicen en la gestión hospitalaria. Creímos llegado el momento de ampliar nuestro campo de acción a otras vertientes asistenciales, como la Atención Hospitalaria, la Primaria, la Atención Sociosanitaria y la Salud Pública. Hemos dado protagonismo a la universidad y a múltiples áreas como humanidades, sostenibilidad, debates, liderazgo, tecnologías, y muchísimas otras.

Ello ha condicionado la introducción de interesantes innovaciones en su contenido científico, apertura a la sociedad con participación de ciudadanos, asociaciones de pacientes, colaboración de múltiples sectores relacionados con el desarrollo, cultura, gastronomía, historia y valores ciudadanos en general, un atractivo programa social y la convocatoria bajo el marco del congreso, de eventos tan importantes en el mundo sanitario como la celebración del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud o la reunión programada de los Gerentes de Servicios Regionales de Salud de las

» El 16.º Congreso Nacional de Hospitales ha superado las cifras de participación y número de comunicaciones científicas de las ediciones anteriores.

» En las encuestas de satisfacción realizadas a los asistentes, el congreso (en una valoración global del 1-5) ha conseguido una puntuación media de 4,68.



diferentes comunidades autónomas, entre otras actividades, y se ha conformado un evento de importantes características

Por primera vez se ha establecido la posibilidad de que el congresista pudiese organizar su participación a partir de una serie de "rutas temáticas". Esta iniciativa fue planificada gracias a la gran labor del presidente del Comité Científico, Jose María Vergeles Blanca y era algo que no se había hecho hasta ahora. El ambicioso programa científico permitía poder orientar a los congresistas en los asuntos que resultaban de su interés en las diferentes "áreas temáticas", posibilitándoles hacer recorridos adecuados por las mesas redondas de acuerdo con sus expectativas. De ese modo han podido abordar en profundidad aquellos contenidos congresuales que eran objeto de su competencia específica.

El 16.º Congreso Nacional de Hospitales ha superado las cifras de participación y número de comunicaciones científicas de las ediciones anteriores. Podemos decir que ha respondido a nuestras expectativas y esperamos que a las de los congresistas, a las de todos los asistentes y a las de la sociedad, en general. Estamos satisfechos y podemos añadir "misión cumplida", porque los congresistas han sido atendidos como bien sabemos hacerlo los extremeños; por las mesas y ponencias, por los pósteres defendidos, por los premios otorgados y por los más de 120 voluntarios y profesionales del equipo organizador. Y misión cumplida por la calidad tanto de las ponencias como de las comunicaciones, por el alto nivel que hemos detectado en todas ellas, e incluso por los errores, que seguro servirán para hacer mejoras en ulteriores ediciones.

En las encuestas de satisfacción realizadas a los asistentes, el congreso (en una valoración global del 1-5) ha conseguido una puntuación media de 4,68. Sin duda, podemos decir que ha sido un buen congreso, un evento del que todos podemos sentirnos satisfechos.

Extremadura se ha convertido así en la comunidad referente de la sanidad en todo

el país durante unos días en los que casi 1.700 congresistas, altos directivos sanitarios, han sido los protagonistas. Han liderado debates y se han convertido en una masa crítica de opinión en todos los temas relacionados con la gestión. Han inundado nuestras ciudades, se han familiarizado con nuestro modo de ser, de vivir, de sentir... Han disfrutado de nuestras costumbres y han entregado todos sus conocimientos en temas de su competencia. Han generado desarrollo y riqueza en conocimiento y en inversión. Ha sido un acontecimiento que merece ser transmitido para que permanezca en la historia de nuestra comunidad, del país y ante todo, en la de las dos sociedades científicas que lo organizan, SEDISA y ANDE.

No quisiéramos despedirnos sin plantear una serie de retos de futuro inspirados en la planificación, desarrollo y repercusión de este gran acontecimiento para el profesional de la salud celebrado en Extremadura.

Que consigamos grabarnos a fuego en nuestro interior dos palabras, "curar y cuidar"; que este lema del Congreso nos sirva en la batalla diaria que libramos en nuestros centros de trabajo. Que nuestras responsabilidades en gestión no enturbien nuestra mirada y podamos ver con nitidez la cara y el alma de tantos ciudadanos abrumados o enfermos que nos solicitan atención pero que valoran sobre todo nuestro cariño y nuestra cercanía. Que nuestra gestión sea por y para las personas, con sus peculiaridades, con sus necesidades

Que colaboremos para que los profesionales de la sanidad, a veces desde las trincheras de la incomprensión, sigan curando y cuidando, con todo cariño y profesionalidad, a tantos que lo necesitan.

Que luchemos por una sociedad que valore a los profesionales de la sanidad como los artífices, con su trabajo, de la esperanza en la humanidad y especialmente en el ser humano al trabajar con generosidad y anhelo en proporcionar al ciudadano una mejor calidad de vida y un trato más humano. ■

Una actividad de Aula Bayer:



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma



NOMBRE DEL MEDICAMENTO Zomarist 50 mg/850 mg comprimidos recubiertos con película. Zomarist 50 mg/1000 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Zomarist 50 mg/850 mg: Cada comprimido recubierto con película contiene 50 mg de vildagliptina y 850 mg de hidrocloreto de metformina (correspondientes a 660 mg de metformina). Zomarist 50 mg/1000 mg: Cada comprimido recubierto con película contiene 50 mg de vildagliptina y 1000 mg de hidrocloreto de metformina (correspondientes a 780 mg de metformina). Para consultar

FORMA FARMACÉUTICA Comprimido recubierto con película. Zomarist 50 mg/850 mg: Comprimido recubierto con película ovalado, amarillo, de bordes biselados, marcado con "NVR" en la 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 la cara y "FLO" en la otra. **DATOS CLÍNICOS Indicaciones terapéuticas:** Zomarist está indicado en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes que no pueden conseguir un control suficiente de la glucemia con la dosis máxima tolerada de metformina en monoterapia por vía oral o que ya están en tratamiento con la combinación de vildagliptina y metformina en comprimidos individuales. **Posología y forma de administración Adultos:** Dependiendo de la dosis de metformina que esté tomando el paciente, el tratamiento con Zomarist puede iniciarse con dos comprimidos diarios de 50 mg/850 mg o de 50 mg/1000 mg, uno por la mañana y otro por la noche. La dosis diaria recomendada es de 100 mg de vildagliptina más 2000 mg de hidrocloreto de metformina. Los pacientes en tratamiento con vildagliptina y metformina en comprimidos individuales pueden cambiarse al tratamiento con Zomarist manteniendo la misma dosis de cada componente. No se recomiendan dosis superiores a 100 mg de vildagliptina. No se dispone de experiencia clínica con vildagliptina y metformina en combinación triple con otros fármacos antihipertensivos. La administración de Zomarist con o justo después de las comidas puede reducir los síntomas gastrointestinales asociados a metformina. **Información adicional sobre poblaciones especiales:** **Insuficiencia renal.** Zomarist no debe utilizarse en pacientes con un aclaramiento de creatinina < 60 ml/min (ver "Contraindicaciones" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Insuficiencia hepática.** Zomarist no debe utilizarse en pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo aquellos pacientes con valores pre-tratamiento de alanina aminotransferasa (ALT) o aspartato aminotransferasa (AST) > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) (ver "Contraindicaciones", "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). **Pacientes de edad avanzada (> 65 años).** Dado que metformina se excreta por vía renal y que los pacientes de edad avanzada tienden a presentar una función renal disminuida, cuando estos pacientes estén en tratamiento con Zomarist debe monitorizarse regularmente su función renal (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). La administración de Zomarist no ha sido estudiada en pacientes mayores de 75 años. Por ello no se recomienda el uso de Zomarist en esta población. **Población pediátrica (< 18 años)** Zomarist no está recomendado para uso en niños y adolescentes debido a la ausencia de datos sobre seguridad y eficacia. **Contraindicaciones** - Hipersensibilidad a los principios activos o alguno de los excipientes. - 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 acicidótica, dolor abdominal e hipotermia seguidos por coma. El diagnóstico de laboratorio incluye un descenso del pH sanguíneo, niveles plasmáticos de lactato mayores de 5 mmol/l y aumento del desequilibrio aniónico (anion gap) y del cociente lactato/piruvato. Si se sospecha una acidosis metabólica, debe interrumpirse el tratamiento con el medicamento y el paciente debe hospitalizarse inmediatamente (ver "Sobredosis"). **Insuficiencia renal:** Dado que metformina se excreta por vía renal, deben monitorizarse regularmente las concentraciones séricas de creatinina: al menos una vez al año en pacientes con función renal normal; al menos de dos a cuatro veces al año en pacientes con niveles séricos de creatinina en el límite superior del intervalo normal y en pacientes de edad avanzada. La insuficiencia renal en pacientes de edad avanzada es frecuente y asintomática. Debe tenerse especial precaución en situaciones en las que la función renal puede estar alterada, por ejemplo al iniciar una terapia con diuréticos, antihipertensivos o AINEs. **Insuficiencia hepática:** Los pacientes con insuficiencia hepática, incluyendo aquellos pacientes con valores pre-tratamiento de ALT o AST > 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN), no deben ser tratados con Zomarist (ver "Posología y forma de administración", "Contraindicaciones" y "Reacciones adversas"). **Monitorización de las enzimas hepáticas con vildagliptina.** Se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y los resultados de los controles de la función hepática volvieron a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. Deben realizarse controles de la función hepática antes de iniciar el tratamiento con Zomarist para determinar los valores basales del paciente. Durante el tratamiento con Zomarist debe monitorizarse la función hepática a intervalos de tres meses durante el primer año y después de forma periódica. Los pacientes que desarrollen un aumento de los niveles de transaminasas deben ser monitorizados con una segunda evaluación de la función hepática para confirmar los hallazgos y se les debe realizar un seguimiento posterior con controles frecuentes de la función hepática hasta que los valores anormales vuelvan a la normalidad. En caso de que persistan aumentos de 3 veces el límite superior de la normalidad (LSN) de AST o ALT o aumentos mayores, se recomienda interrumpir el tratamiento con Zomarist. Debe interrumpirse el tratamiento con Zomarist en los pacientes que presenten ictericia u otros signos que sugieran una disfunción hepática. Tras la interrupción del tratamiento con Zomarist y la normalización de los resultados de las pruebas de función hepática, el tratamiento con Zomarist no debe reiniciarse. **Insuficiencia cardíaca:** La experiencia con vildagliptina es limitada en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva de clase funcional III de la New York Heart Association (NYHA) y, por ello, vildagliptina ha de utilizarse con precaución en estos pacientes. No hay experiencia del uso de vildagliptina en ensayos clínicos en pacientes con clase funcional NYHA III/IV y, por ello, no se recomienda su uso en estos pacientes. Metformina está contraindicada en pacientes con insuficiencia cardíaca, por lo que Zomarist está contraindicado en esta población de pacientes (ver "Contraindicaciones"). **Trastornos de la piel:** En estudios toxicológicos no clínicos en monos se han observado lesiones de la piel, incluyendo ampollas y úlceras, en extremidades. Aunque en los ensayos clínicos no se ha observado un aumento de la incidencia de lesiones de la piel, se dispone de experiencia limitada en pacientes con complicaciones diabéticas de la piel. Por ello, como cuidados de rutina del paciente diabético, se recomienda la monitorización de los trastornos de la piel, tales como ampollas o úlceras. **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 "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción** No se han realizado estudios específicos de interacciones con Zomarist. A continuación se presenta la información disponible sobre los principios activos individuales. **Vildagliptina:** Vildagliptina presenta un bajo potencial de interacción con otros medicamentos que se administran simultáneamente. Dado que vildagliptina no es un sustrato enzimático del citocromo P (CYP) 450 y no inhibe o induce las enzimas del CYP 450, no es probable que interactúe con principios activos que sean sustratos, inhibidores o inductores de estas enzimas. Los resultados de ensayos clínicos realizados con vildagliptina en combinación con los antihipertensivos orales pioglitazona, metformina y gliburida no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes en la población diana. Los ensayos clínicos de interacción farmacológica realizados en voluntarios sanos con digoxina (sustrato de la glicoproteína P, gpP), warfarina (sustrato del CYP2C9) no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante con vildagliptina. Se han realizado ensayos clínicos de interacciones farmacológicas con amiodipino, ramipril, valsartán y simvastatina en sujetos sanos. En estos ensayos no se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante con vildagliptina. Sin embargo, esto no se ha establecido en la población diana. Como ocurre con otros antihipertensivos orales, el efecto hipoglucemiante de vildagliptina puede verse reducido por determinados principios activos, incluyendo tiazidas, corticosteroides, productos para la tiroides y simpaticomiméticos. **Metformina:** **Combinaciones no recomendadas.** El riesgo de acidosis láctica aumenta en casos de intoxicación alcohólica aguda (particularmente en situación de ayuno, malnutrición o insuficiencia hepática) debido al principio activo metformina de Zomarist (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Debe evitarse el consumo de alcohol y de los medicamentos que lo contengan. Los fármacos catiónicos que se eliminan por secreción tubular renal (p.ej. cimetidina) pueden interactuar con metformina al competir con ésta por los sistemas de transporte tubular renal comunes y por lo tanto retrasar la eliminación de metformina, lo que puede aumentar el riesgo de acidosis láctica. Un ensayo en voluntarios sanos mostró que cimetidina, administrada a una dosis de 400 mg dos veces al día, aumentaba la exposición sistémica de metformina (AUC) en un 50%. Por ello, cuando se administran simultáneamente medicamentos con carga catiónica que se eliminan a través de la secreción tubular renal (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"), se debe considerar la monitorización rigurosa del control de la glucemia, ajustes de la dosis dentro de la posología recomendada y cambios en el tratamiento de la diabetes. La administración intravascular de medios de contraste yodados puede producir fallo renal, con la consiguiente acumulación de metformina y riesgo de acidosis láctica. Debe interrumpirse el tratamiento con metformina antes o cuando se vaya a realizar la prueba y no debe reanudarse hasta 48 horas después de la prueba y solamente después de que la función renal haya sido re-evaluada y se haya obtenido un resultado normal. **Combinaciones que requieren precauciones de uso** Los glucocorticoides, los agonistas beta-2 y los diuréticos tienen una actividad hiperglucemiante intrínseca. Se debe informar

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

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

al paciente y realizar un control más frecuente de la glucosa en sangre, especialmente al inicio del tratamiento. Si fuese necesario, puede tener que ajustarse la dosis de Zomarist durante el tratamiento concomitante y cuando éste se interrumpe. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) pueden disminuir los niveles de glucosa en sangre. Si fuese necesario, se debe ajustar la dosis del medicamento antihipertensivo durante el tratamiento con el otro medicamento y cuando éste se interrumpe. **Embarazo y lactancia** No existen datos suficientes sobre la utilización de Zomarist en mujeres embarazadas. Para vildagliptina, los estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva a dosis altas. Para metformina, los estudios en animales no han mostrado toxicidad reproductiva. Los estudios en animales realizados con vildagliptina y metformina no han mostrado evidencia de teratogenicidad pero mostraron efectos fetotóxicos a dosis maternotóxicas. Se desconoce el riesgo en seres humanos. Zomarist no debe utilizarse durante el embarazo. Estudios en animales han demostrado la excreción de metformina y vildagliptina en la leche. Se desconoce si vildagliptina se excreta en la leche humana pero metformina se excreta en cantidades bajas. Debido al riesgo potencial de hipoglucemia en el neonato relacionada con metformina y a la ausencia de datos en seres humanos con vildagliptina, Zomarist no debe administrarse durante la lactancia (ver "Contraindicaciones"). **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Los pacientes que puedan experimentar mareos como reacción adversa deben evitar conducir vehículos o utilizar máquinas. **Reacciones adversas** No se han realizado ensayos clínicos terapéuticos con Zomarist. Sin embargo, se ha demostrado la bioequivalencia de Zomarist con la administración concomitante de vildagliptina y metformina. Los datos aquí presentados se refieren a la administración concomitante de vildagliptina y metformina, al añadir vildagliptina a un tratamiento con metformina. No se dispone de ensayos en los que metformina se haya añadido a vildagliptina. La mayoría de las reacciones adversas fueron leves y transitorias, no fue necesario interrumpir el tratamiento. No se encontró asociación alguna entre las reacciones adversas y la edad, origen étnico, duración de la exposición o dosis diaria. Con vildagliptina, se han notificado casos raros de disfunción hepática (incluyendo hepatitis). En estos casos, los pacientes fueron generalmente asintomáticos sin secuelas clínicas y la función hepática volvió a la normalidad tras la interrupción del tratamiento. En ensayos clínicos controlados en monoterapia y combinación o add-on de hasta 24 semanas de duración, la incidencia de elevaciones > tres veces el límite superior de la normalidad (LSN) de ALT o AST (a efectos de clasificación, presentes al menos en 2 determinaciones consecutivas o en la visita final durante el tratamiento) fue de 0,2%; 0,3% y 0,2% con 50 mg de vildagliptina una vez al día, 50 mg de vildagliptina dos veces al día y todos los comparadores, respectivamente. Estas elevaciones de las transaminasas fueron generalmente asintomáticas, no progresaron ni se asociaron aolestias o ictericia. Se han notificado casos raros de angioedema con vildagliptina con una incidencia similar a los controles. Se notificó una mayor proporción de casos cuando vildagliptina se administró en combinación con un IECA. La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vildagliptina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron vildagliptina en ensayos doble ciego en terapia add-on con metformina (Tabla 1) y en monoterapia (Tabla 2) se enumeran a continuación según la clasificación por órganos/sistemas y frecuencias absolutas. Las reacciones adversas enumeradas en la Tabla 3 se basan en la información de la Ficha Técnica o Resumen de las Características del Producto de metformina autorizada en la Unión Europea. Las frecuencias se definen como: muy raras (< 1/10), frecuentes (≥ 1/100, < 1/10), poco frecuentes (≥ 1/1.000, < 1/100), raras (≥ 1/10.000, < 1/1.000), muy raras (< 1/10.000), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vildagliptina más metformina, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos tratados con 100 mg diarios de vildagliptina más metformina o con placebo más metformina. En los ensayos clínicos, la incidencia de hipoglucemia fue frecuente en pacientes que recibieron vildagliptina en combinación con metformina (1%) y poco frecuente en pacientes que recibieron placebo + metformina (0,4%). No se notificaron episodios hipoglucémicos graves en los brazos de tratamiento con vildagliptina. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal al añadir 100 mg diarios de vildagliptina a metformina (+0,2 kg y -1,0 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Información adicional sobre los principios activos individuales de la combinación a dosis fijas:** **Vildagliptina.** La incidencia global de interrupciones del tratamiento en los ensayos de monoterapia controlados debidas a reacciones adversas no fue superior en los pacientes tratados con dosis de 100 mg de vildagliptina al día (0,3%) que en los tratados con placebo (0,6%) o comparadores activos (0,5%). En los ensayos clínicos controlados comparativos de vildagliptina en monoterapia, la hipoglucemia fue poco frecuente, se notificó en un 0,4% (7 de 1.855) de los pacientes tratados con 100 mg de vildagliptina al día en comparación con un 0,2% (2 de 1.082) de los pacientes tratados con un comparador activo o placebo, sin que se notificaran episodios graves o severos. En los ensayos clínicos no se modificó el peso corporal respecto al valor basal cuando 100 mg diarios de vildagliptina se administraron como monoterapia (-0,3 kg y -1,3 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Metformina.** En pacientes tratados a largo plazo con metformina muy raramente se ha observado una disminución en la absorción de la vitamina B12 con disminución en los niveles séricos. Se recomienda considerar esta etiología si un paciente presenta una anemia megaloblástica. "Se han notificado casos aislados de anomalías en las pruebas de la función hepática o hepatitis que se resolvieron tras la interrupción del tratamiento con metformina. Las reacciones adversas gastrointestinales se observan con mayor frecuencia al iniciar el tratamiento y desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos. Para prevenir, se recomienda administrar metformina en dos dosis diarias durante o después de las comidas. Un aumento gradual de la dosis también puede mejorar la tolerabilidad gastrointestinal. **Sobredosis.** No hay datos disponibles sobre la sobredosis de Zomarist. **Vildagliptina.** La información sobre la sobredosis de vildagliptina es limitada. Se ha obtenido información sobre los síntomas probables en caso de sobredosis a partir de un estudio de tolerabilidad con dosis crecientes de vildagliptina en voluntarios sanos durante 10 días. Con 400 mg se observaron tres casos de dolor muscular y casos individuales de 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:** El método más eficaz para eliminar metformina es la hemodíalisis. Sin embargo, vildagliptina no puede eliminarse por hemodíalisis, pero si su principal metabolito de hidrólisis (LAY 151). Se recomienda un tratamiento de soporte.

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

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

DATOS FARMACÉUTICOS Lista de excipientes **Núcleo del comprimido:** Hidroxipropilcelulosa, Estearato de magnesio, **Cubierta pelicular:** Hipromelosa, Dioxido de titanio (E 171), Óxido de hierro amarillo (E 172), Macrogol 4000, Talco. **Incompatibilidades** No procede. **Periodo de validez** 18 meses. **Precauciones especiales de conservación** Conservar en el embalaje original (blister) para protegerlo de la humedad. **Naturalaleza y contenido del envase** Blister aluminio/aluminio (PAV/PAVC/Al). Disponible en envases con 10, 30, 60, 120, 180 o 360 comprimidos recubiertos con película y en envases múltiples con 120 (2x60), 180 (3x60) o 360 (6x60) comprimidos recubiertos con película. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases y dosis. **Precauciones especiales de eliminación** Ninguna especial. **TÍTULO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham, West Sussex, RH12 5AB, Reino Unido. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Zomarist 50 mg/850 mg: EU/1/08/483/001-006. EU/1/08/483/013-015. Zomarist 50 mg/1000 mg: EU/1/08/483/007-012. EU/1/08/483/016-018. **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN** 01.12.2008. **FECHA DE REVISIÓN DEL TÍTULO** Diciembre 2008. **RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiada. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Zomarist 50 mg/850 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 60 comprimidos: PVP = 63,04€ PVP + IVA = 65,57€. Zomarist 50 mg/1000 mg comprimidos recubiertos con película, envase de 60 comprimidos: PVP = 63,04€ PVP + IVA = 65,57€. Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

Tabla 3. Reacciones adversas conocidas de la metformina

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

ZOMARIST

EL NUEVO HÉROE

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

INHIBIDOR
DE LA
DPP-4

NUEVOS

**zomarist**
vildagliptina + metformina

**jalra**
vildagliptina

DROGODEPENDENCIAS

La AP reivindica la atención al drogodependiente

Una formación especializada; que la drogodependencia se reconozca como una enfermedad y, por tanto, se integre en el sistema sanitario público, y que la atención a los adictos la realicen los médicos de Atención Primaria, son las principales reivindicaciones que formulan los expertos que participaron en una mesa redonda organizada por MEDICAL ECONOMICS para debatir el tema *El papel de los profesionales en la prevención y tratamiento de la drogodependencia*.

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

Desde que en 1985 se aprobó el Plan Nacional sobre Drogas (PND), el panorama de la drogodependencia en este país ha cambiado notablemente. El nuevo escenario se caracteriza por el consumo de varias sustancias, lúdico y recreativo (consumo de ocio), la baja percepción del riesgo asociado y una mayor accesibilidad a las drogas por parte de los jóvenes. Asimismo, los problemas asociados al consumo de drogas ilegales, como los judiciales y de seguridad ciudadana y la incidencia de las patologías e infecciones, han ido dejando protagonismo a otras enfermedades crónicas y variopintas, como las cardiovasculares y las mentales. Aquí es donde radica el *quid* de la cuestión, un problema en el que los profesionales sanitarios ponen un énfasis especial.

A pesar de los avances logrados, gracias, en buena medida, a las intensas campañas de publicidad del Ministerio de Sanidad y Política Social, no siempre bien recibidas, los últimos datos oficiales conocidos son preocupantes. El Informe Mundial sobre Drogas 2007 de la ONU ya detectó que la tasa de consumo de cocaína en España entre los ciudadanos de 15 a 64 años había superado, por primera vez, a la de Estados Unidos y cuadruplicado la media europea. Y, según el Observatorio Europeo de las Drogas, la tasa de España en el consumo de cocaína llegó al 5,5 por ciento en 2008, más del doble que la media de la Unión Europea, situada en el 2,1 por ciento. Incluso supera la de Estados Unidos, que tiene el 4,6 por ciento. El estudio se realizó con una muestra de población joven, entre 15 y 34 años, lo que agrava cualitativamente el problema.

España ostenta el liderato en el consumo de cocaína junto con el tercer puesto en el con-

sumo de cannabis. El 18,8 por ciento de los jóvenes españoles consumieron hachís o marihuana en el último año, sólo por detrás de Italia y República Checa. La media de la UE es del 12,5 por ciento. Visto de otra manera: uno de cada cinco menores de entre 14 y 18 años consume cannabis habitualmente, y un 2,2 por ciento (unos 40.000 chicos y chicas) son ya “consumidores problemáticos” de estas drogas llamadas “blandas”, según Amparo Sánchez, del Comité Clínico del PND.

Más allá de las cifras, está generalmente asumido que el consumo de sustancias psicoactivas no es sólo un problema de delincuencia, sino, básicamente, un problema de salud pública y de asistencia sanitaria, o sea, una enfermedad (que no está reconocida oficialmente como tal). Se trata, por tanto, de un problema que implica la actuación de los profesionales, especialmente los psiquiatras y los médicos de Atención Primaria. Éstos ocupan una posición estratégica para poder actuar, desde la prevención hasta el tratamiento multidisciplinar, en coordinación con la atención especializada. Pero, en general, carecen de la formación adecuada para cumplir responsablemente con este cometido.

El marco que promueve y ampara la actuación de los profesionales en la drogadicción o drogodependencia lo representa el PND y, concretamente, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, para cuya ejecución se ha elaborado un primer plan de acción que contempla 70 medidas específicas. Este paquete de acciones persigue, según la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, “dar un impulso definitivo y decidido a las actividades preventivas”, considerar la evidencia cien-



Los expertos convocados por *Medical Economics* junto con los directores asociados, Gonzalo San Segundo (izda.) y José María Martínez (dcha.).

tífica “como el único aval de los programas que se establezcan” y “enfatar la importancia de la formación y de la investigación sobre drogas y drogodependencia”.

Queda bien eso de “enfatar la importancia de la formación”, pero mejor quedaría el que desde las administraciones sanitarias se tomaran medidas efectivas para que la formación de los médicos en los temas de drogodependencia fuera una realidad, más que oída, palpable. Porque escuchada y evidente es la situación que a este respecto describe y denuncia Carmen Moya, delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: “El vacío formativo en materia de drogas es un lastre para el ejercicio profesional”.

Gracias por la sinceridad, pero ¿cómo formar a los profesionales en una enfermedad que no existe, al menos oficialmente? Habría que empezar por reconocer la drogadicción como una patología, tal que el colesterol o la

cionada Estrategia Nacional en su apartado 5.1.3. En él se afirma que dicha atención “debe estar adaptada a las nuevas necesidades, siendo necesario que se garantice, atienda, facilite, coordine e incremente la misma”.

Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar como principios básicos, según el documento citado, la individualización del tratamiento, la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integración y coordinación de los recursos implicados, y “la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico”. Respecto al éxito terapéutico, pocos niegan la existencia de una relación directamente proporcional entre las actuaciones sanitarias y sociales que rodean al paciente.

En ese contexto, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 implica directamente a los servicios de Atención Primaria (AP) y a los dispositivos de apoyo específico (centros de atención y seguimiento y centros de salud mental, entre otros), cuidando de no duplicar las redes asistenciales. Y se hace una llamada a la coordinación entre AP y atención especializada, al tiempo que se reconoce que el profesional sanitario de AP “ocupa una posición estratégica” para actuar en la prevención del consumo de drogas y sus consecuencias (educación sanitaria, detección precoz y tratamiento multidisciplinar).

A la reiterada Estrategia Nacional se la ha revestido de un Plan de Acción que plantea 70 acciones concretas –y no desveladas al cierre de esta edición–, enmarcadas en la prevención, la consideración de la evidencia científica como único aval de los programas que se establezcan y la formación de los profesionales y la investigación. Este plan está pendiente de aprobación por la Comisión Inter-autonómica del Plan Nacional sobre Drogas. Mientras tanto, todos fijan la mirada en la Atención Primaria, “lugar en el que debería darse el cribado de drogas”, como dijo recientemente la senadora de CiU por Gerona, Rosa Aleixandre, doctora en Bioquímica y Biología Molecular.

Para debatir el controvertido y peliagudo tema de la drogodependencia y la implicación de los profesionales sanitarios, MEDICAL ECONOMICS organizó una mesa redonda en la que, bajo la moderación de sus



El 18,8 por ciento de los jóvenes españoles consumieron hachís o marihuana en 2008.

hipertensión, por ejemplo. Y, como las autoridades sanitarias no parecen estar por la labor, tienen que ser los propios profesionales, sobre todo los de Atención Primaria, desde sus órganos asociativos y colegiales los que asuman ese papel. Claro, con carácter voluntario. Eso es, precisamente, lo que realizó el pasado mes de junio la Fundación para la Formación de la OMC.

La concepción de las adicciones como una enfermedad más y, por tanto, el reconocimiento de que los afectados por las mismas tienen derecho a la correspondiente atención sanitaria y social queda explicitado en la men-

directores asociados José María Martínez y Gonzalo San Segundo, participaron los siguientes expertos: Elisa Ceresuela Wiesmann, médico de Familia y miembro del Grupo de Trabajo de Intervención de Drogas de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (Somafyc); Juan Carlos González Luque, asesor médico del Observatorio Nacional de Seguridad Vial de la Dirección General de Tráfico; Luis Silva Ponte, director de Desarrollo de Negocio de Tratamientos Avanzados de la Adicción (Tavad), centro privado especializado en la desintoxicación de drogas; Pedro Sopolana Rodríguez, jefe de los Servicios de Salud Mental de Alcalá de Henares; y Teresa Tena Quintero, directora del Departamento de Madrid del Instituto Nacional de Toxicología.

A continuación, se ofrece un amplio resumen de la misma.



MEDICAL ECONOMICS: *Desde el punto de vista de los profesionales, ¿es correcta o deficiente la política sobre drogodependencia que se desarrolla en España?*

PEDRO SOPELANA: Desde que empezó el Plan Nacional sobre Drogas, en 1985, la sanidad madrileña se despojó del tema de drogas y lo pasó a otros sitios más específicos, como los centros de atención a drogodependientes (CAD). Los centros de salud mental y todos los demás pasaron sus competencias a estos CAD. El resto de profesionales sanitarios no estamos implicados en esta prevención, que es vital. Y creo que esta situación en la Comunidad de Madrid es extrapolable al resto de comunidades autónomas. Existen planes autonómicos, claro, pero muchos de estos planes no están ni siquiera en Sanidad, sino que dependen de Servicios Sociales.

JUAN CARLOS GONZÁLEZ: La diferencia entre social y sanitario en cuanto a competencias no sé si es bueno o malo. En mi campo, el problema es que hay desconocimiento de la magnitud del problema. No sabemos a qué clase de problema nos estamos enfrentando. Creo que desde un punto de vista de la prevención no hemos avanzado mucho. Se ha hecho política de concienciación, pero no se ha avanzado en el tema del alcohol. Estamos como en el inicio de afrontar el problema por falta de información. Las lesiones por tráfico no eran realmente competencia de Seguridad Vial. No es que sea exclusivo, es interdisciplinar. Yo resumiría nuestra posición en que estamos tomando conciencia de las lesiones por tráfico y estamos empezando a saber, a tener conciencia del problema, que es de una magnitud increíble.



“ Los profesionales sanitarios y los toxicómanos deberían integrarse en la estructura de la Atención Primaria”

– Pedro Sopolana Rodríguez

TERESA TENA: Desde mi centro podemos actuar cuando hay una muerte, una intoxicación. Pero como parte de la sociedad estoy de acuerdo con lo que se ha dicho. Dijeron que a los médicos de Atención Primaria les iban a dar más formación, porque el médico de AP es el que se encuentra con el problema cuando el paciente le llega. A veces va la familia, incluso.

LUIS SILVA: En el sector privado trabajan médicos y fisioterapeutas sobre la base de una monitorización permanente, lo que motiva a



Elisa Ceresuela Wiesmann
GRUPO DE INTERVENCIÓN DE DROGAS DE SOMAFYC

“Desde hace tres años, los residentes en Medicina de Familia tienen

un área específica de formación en drogodependencias, sobre todo alcohol y tabaco”.



Juan Carlos González Luque
ASESOR MÉDICO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE TRÁFICO

“El pago que debieran hacer las compañías

aseguradoras al médico, al proveedor, debería depender del grado de carrera profesional”.

los profesionales. Los médicos consiguen la retención de pacientes a un año, y es una satisfacción. Creemos que la atención al drogodependiente debe estar integrada en la actividad normal de un hospital, con más o menos seguridad. Avanzaremos si desmitificamos la imagen social de un adicto.



“ Desde la AP pensamos que las adicciones son una enfermedad más, como el colesterol o la hipertensión”

– Elisa Ceresuela Wiesmann

ELISA CERESUELA: Desde la Atención Primaria pensamos que las adicciones son una enfermedad más, como el colesterol o la hipertensión. Es un proceso crónico que requiere atención al paciente. Acompañamos al paciente y a su familia durante toda su vida y conocemos todas sus características. Antes, lo que había era una mayor afluencia de pacientes que eran adictos a la heroína. Ahora lo que tenemos son pacientes que son consumidores de forma permanente u ocasional de otro tipo de sustancias, como el alcohol, el cannabis o la cocaína. Son drogas de las que no hay tanto conocimiento y debemos ayudarles a tener un consumo menos perjudicial o a abandonarlo por completo. Desde AP estamos en una posición muy buena, porque casi el 90 por ciento de la población pasa a ver a su médico por algún motivo a lo largo del año, luego somos la vía de entrada al Sistema Nacional de Salud (SNS), los que mejor conocemos al paciente. Pero el problema de la drogodependencia todavía no está integrado, como ya se ha dicho, en el SNS.

MEDICAL ECONOMIS: *¿Cómo contempla el Plan Nacional sobre Drogas el papel de los profesionales sanitarios?*

PEDRO SOPELANA: En esta estrategia se está hablando de nuevos dispositivos, y se empieza a hablar de integración, lo que ya es un avance. A los profesionales no nos llegan las estrategias con claridad, al menos en salud mental. Dan por hecho que en atención especializada la formación está ya implícita y que no hace falta más. La formación de los profesionales sanitarios es uno de los puntos claves del Plan Nacional sobre Drogas, pero mi sensación es que nos es lejano.

LUIS SILVA: Cuando la actividad privada entra en la atención al drogodependiente es porque el estamento público no lo aborda correctamente o porque tiene otras prioridades. Pero empezamos a ver cosas como másteres sobre tabaquismo y grandes adicciones, por ejemplo, y otros más especializados. En este sentido, comparto con Pedro el hecho de que puede haber una deficiencia en la formación de especialistas en España. La gente no encuentra alternativas públicas de formación y tiene que buscar alternativas privadas. Es decir, la proactividad en especializada está en el sector privado, donde hay empresas que ofrecen estos servicios.

PEDRO SOPELANA: La mayoría de los psicólogos hacen su formación en centros privados. Hay varias empresas que llevan desde los años ochenta dedicándose a esta formación. Y tienen médicos y otros especialistas que imparten esta disciplina. En el sector público no existe la formación de especialistas en adicciones.

TERESA TENA: Desde que en 1971 entró en el Instituto la primera muerte por dro-



Luis Silva Ponte
**DIRECTOR
DE DESARROLLO
DE NEGOCIO DE
TAVAD**

“En el sector privado trabajan médicos y fisioterapeutas sobre la base de una monitorización permanente, lo que motiva a los profesionales”.



Pedro Sopenana Rodríguez
**JEFE DE LOS
SERVICIOS DE SALUD
MENTAL DE ALCALÁ
DE HENARES**

“En el sector público no existe la formación de especialistas en adicciones. La mayoría de los psicólogos se forman en centros privados”.

gas, estamos bastante implicados en el tema, y se ha mejorado mucho en todos estos años. Cuando empezó a usarse la metadona eso era un desastre tremendo. El que ahora haya una estrategia para las drogas ha mejorado mucho el problema. El tratamiento con metadona se hizo de forma más organizada, con médicos y un programa establecido. También tuvimos mucho contacto con el área de Urgencias de los hospitales y los profesionales no sabían cómo tenían que actuar, qué le pasaba al paciente. No conocían los síntomas como ahora. En la actualidad, prácticamente todos los médicos pueden reconocer la sintomatología de una sobredosis. Después, hemos tenido contactos con los CAD del Plan Nacional: nos pedían análisis de drogas de las personas en tratamiento, nos piden ayuda con casos raros. Pero lo que percibo es que la sanidad pública ha aprendido a tratar estos casos mejor. Mucha formación sé que no hay, pero los profesionales se la buscan.

JUAN CARLOS GONZÁLEZ: En la Dirección General de Tráfico empezamos los controles formalmente en 1982. Para nosotros, el tema de otras sustancias distintas al alcohol es novedoso. No sólo en España, sino que en toda Europa el tema de la prevención de lesiones por tráfico relacionadas con consumo de sustancias es una prioridad. No se permite la conducción bajo el abuso de ninguna sustancia, hasta el punto de que es un delito. La sociedad ha aprendido que beber y conducir es un binomio prohibido, pero no ha aprendido que lo mismo pasa con otras sustancias distintas al alcohol. De tal manera que cuando hemos empezado a hacer en 2007 trabajos sobre drogas y conducción, nos hemos encontrado con que los conductores no tienen la percepción de riesgo más allá del alcohol. Los conductores, cuando se les hace control de drogas, asumen el consumo de sustancias y alegan que no han con-



“ Más del 10 por ciento de los conductores da positivo en el consumo de sustancias psicoactivas, superior al alcohol”

– Juan Carlos González Luque

sumido alcohol. Los datos que tenemos no son alarmantes, pero sí preocupantes: más de 10 por ciento de los conductores da positivo en el consumo de sustancias psicoactivas, es decir, el consumo de drogas y medicamentos supera al del alcohol.

En el tema de la formación hay deficiencias, y en nuestro caso hay que sumar las deficiencias en formación de lesiones. El personal médico no tiene en su currículum profesional nada sobre enfermedades traumáticas. Esto es imperdonable, sumado a las deficiencias en el conocimiento de las drogas. Nos preocupa mucho esto. Hemos hecho cosas con Atención Primaria, con Semfyc, con el Ministerio de Sanidad, y estamos trabajando para mejorar la formación en este campo.

LUIS SILVA: El problema para los agentes de la Policía y Guarda Civil es que no hay un *kit* para determinar de inmediato el consumo de todo tipo de sustancias.

JUAN CARLOS GONZÁLEZ: Trabajamos con 25 sustancias y van apareciendo otras nuevas.

MEDICAL ECONOMICS: *El problema de conducción y drogodependencia, ¿es más de mensaje, de campañas publicitarias que de información?*

TERESA TENA: La prevención ha avanzado mucho. Se ha cambiado la percepción y ahora se sabe muy bien que hay peligro. Lo que pasa es que los jóvenes asumen el peligro.

JUAN CARLOS GONZÁLEZ: El mensaje que damos a nuestros profesionales y a los que asisten a nuestros cursos es, desde luego, reducir la mortalidad. Hemos contribuido a reducirla sobre todo en accidentes de tráfico y eso es porque a los jóvenes y adolescentes les transmitimos el mensaje de que si han bebido o han tomado drogas no cojan el coche, o si tienen que ir con una persona en un coche



Teresa Tena Quintero
**DIRECTORA
DEL DEPARTAMENTO
DE MADRID DEL
INSTITUTO NACIONAL
DE TOXICOLOGÍA**

“Se ha cambiado la percepción en el consumo de drogas. Se sabe muy bien que hay peligro, pero lo que pasa es que los jóvenes lo asumen”.



Los asistentes a la mesa redonda coincidieron en que es necesario una mayor formación de los profesionales en materia de drogas.

que creen que ha tomado algo, no lo hagan, pues su vida corre peligro. Yo he estado en muchos controles de sustancias a pie de carretera, y en un control normal la prevalencia de positivos está en torno a un 40 por ciento, eso sin hacer controles selectivos.

LUIS SILVA: Hemos visto en televisión estos años muchos mensajes sobre la cocaína. Lo que no hemos visto son muchos mensajes de asociación. Por ejemplo, como aquel famoso anuncio del coche y tres copas de vino igual a



“ Si el sector privado entra en la atención al drogodependiente es porque el sector público no lo aborda correctamente ”

– Luis Silva Ponte

una ambulancia, falta la imagen del coche y una raya de cocaína, igual a lo que sea. Eso le llega a la gente mucho más que las palabras. Además, en lo que se refiere a los mensajes a grupos de riesgo, sobre todo en la adolescencia, ¿hasta qué punto tenemos en cuenta que ese cerebro está en formación y que el daño es para siempre? Tengo la sensación de que no se está trabajando en ello en absoluto.

TERESA TENA: Las drogas empezaron a ser un problema mayor cuando se vio que lo eran en la conducción. Nos pasa lo mismo con los medicamentos. ¿Dónde está el límite? Si yo tengo un paciente al que le estoy dando metadona, ¿por qué no va a poder conducir? Si yo tengo camioneros que están estupendos con la

metadona y hacen su trabajo bien... ¿Por qué yo no voy a poder conducir aunque tenga una depresión si el médico me ha recetado cosas para que yo pueda hacer una vida normal? Mientras eso no lo podamos valorar, no podemos hacer publicidad y una prevención clara.

MEDICAL ECONOMICS: *La formación de los profesionales sanitarios en drogodependencia, ¿es obligada en la sanidad pública? En todo caso, ¿resulta la adecuada?*

PEDRO SOPELANA: He aquí el tema importante de la formación de los profesionales en Ciencias de la Salud. Hay muchas dificultades en nuestro medio para que el profesional pueda ejercer la prevención y, además de que esté formado, que tenga motivación, etcétera. El profesional no tiene herramientas adecuadas para hacer su trabajo.

ELISA CERESUELA: El programa de la residencia en Medicina de Familia ahora sí que certifica la atención a pacientes con consumos de sustancias adictivas. Desde hace más o menos tres años, los residentes en Medicina de Familia tienen un área específica de formación en drogodependencias. Algunos rotan por los CAD, otros por los centros de Atención Primaria donde se realiza más este tipo de atención; pero, en general, la prevención, que es lo más típico en Primaria. No es sólo una formación teórica, sino enseñarles unas habilidades de interacción con el paciente para, por ejemplo, obtener información, que el paciente no se sienta incómodo por ello; y luego, en una segunda parte, cómo ayudarlo dependiendo del consumo del tipo de sustancia que tenga. Porque no todos los pacientes que consumen son adictos. Luego está la entrevista emocional. Esta parte es muy importante para el residente, porque hay que interactuar bien con el paciente y que no se sienta agredido.

PEDRO SOPELANA: Esto es bastante nuevo, porque hasta hace poco no se hacía.

ELISA CERESUELA: Claro. El objetivo es que los residentes sepan tratar a los pacientes que consumen estas sustancias, pero fundamentalmente estamos hablando de alcohol y tabaco, porque son las áreas con más prevalencia. Por eso y viendo la necesidad se creó el Grupo de Intervención de Drogas, que se puso en marcha primero en la Semfyc y luego en

las sociedades federadas, sobre todo para dar cursos y formar primero a los formadores y luego que los residentes se puedan formar en el propio centro. A nosotros nos contratan determinadas áreas de Salud para ir a dar cursos a los profesionales de determinados centros, pero esto no es obligatorio. También hay formación de postgrado en muchas universidades.

PEDRO SOPELANA: Los especialistas en Psiquiatría de Parla (Madrid), por ejemplo, tienen un mes para la formación en adicciones, lo que es absolutamente ridículo. Y los demás especialistas: internistas, médicos de Urgencias, etcétera, no tienen ningún tipo de formación en esta área, más que lo que hayan estudiado en la carrera de Medicina. Así que en el resto de especialistas la formación es nula.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Habría que integrar la drogodependencia en el Sistema Nacional de Salud, reconocerla como una enfermedad?*

TERESA TENA: En realidad, los CAD están en el sistema público de salud, pero la drogodependencia no está integrada en los servicios sanitarios.

PEDRO SOPELANA: Ahora los profesionales y los toxicómanos se integran en un local aparte, con una Administración aparte que suelen ser los ayuntamientos. Esto es así porque los toxicómanos eran marginales con muchos problemas sociales, pero, claro, a nivel médico no es justificable. No entiendo qué pinta un ayuntamiento en estas cosas sanitarias, es que no pinta nada. Eso va en perjuicio para la eficiencia del sistema y, claro, mucho más gasto. Deberían integrarse en la estructura de la Atención Primaria o en los centros de salud.

LUIS SILVA: El problema es que no queremos reconocer que la drogodependencia es una enfermedad.

PEDRO SOPELANA: En la sanidad pública juegan un papel fundamental las asociaciones benéficas, que en esto de la droga son fundamentales. Y hay cantidad de toxicómanos aparcados en muchas asociaciones, que tampoco entiende ni quiere saber de ellos la sanidad pública.

ELISA CERESUELA: Lo más importante es normalizar la atención sanitaria. Nos cuesta mucho la coordinación con la atención especializada y, en el caso de salud mental, tienen mucha sobrecarga de pacientes. El paciente siempre va quedando rezagado y con la sensación de que va a ser un paciente problemático y que no está en la cartera de servicios constantemente. Y no nos damos cuenta de que en el tema de las drogas intervienen otros muchos factores, como la enfermedad cardiovascular.

PEDRO SOPELANA: Eso es lo que se llama patología dual de la enfermedad mental, que se ha disparado muchísimo. El consumo de alcohol de los esquizofrénicos, el consumo de cocaína de los enfermos bipolares... , pasan de una atención a otra, ya sabes, se pasan la pelota y, al final, el que se queda sin atender es el paciente.



“ En la actualidad, prácticamente todos los médicos pueden reconocer la sintomatología de una sobredosis”

– Teresa Tena Quintero

MEDICAL ECONOMICS: *Y en este caso la única solución que le queda al paciente es acudir a la privada, si tiene dinero, claro. ¿Es muy caro un tratamiento?*

LUIS SILVA: Depende de las sustancias de las que estemos hablando. Soy economista, no médico, y para mí los costes son la suma de costes totales: costes para la sociedad y costes para el individuo. Y desde ese punto de vista, la reinserción del drogodependiente tiene un coste muy elevado, con tratamientos de choque cuando tratas al paciente desde el momento agudo y, a partir de ahí, se hace un seguimiento psicoterapéutico. En Tavad tratamos la eliminación de metadona, de tranquilizantes, alcohol y cocaína. Los tratamientos que ofrecemos, para ingresos hospitalarios de tres a cinco días, varían desde los 5.500 hasta los 7.500 euros. Y trabajan conjuntamente desde el primer momento el equipo psicoterapéutico y el equipo médico. Luego vienen las revisiones por los terapeutas y psicólogos que visitan al paciente en su domicilio. ■

Lo primero es lo primero

Cómo asegurarse de que los nuevos pacientes se alegran de haber elegido su consulta.

Por Gail Weiss

Si su consulta es como la mayoría es porque con toda certeza usted no tiene el tiempo ni los recursos necesarios para recibir a sus nuevos pacientes con una alfombra roja. Pero si lo que quiere es aumentar el número de pacientes, hay muchas cosas que usted y sus empleados pueden hacer para que esos nuevos pacientes se sientan bienvenidos y para facilitar su integración en su consulta. A continuación, le presentamos algunas estrategias que le pueden ayudar a que sus primeras visitas se queden para siempre.

Puntos clave

» Cuando los pacientes hacen la primera llamada, su recepcionista debe estar preparada para explicarles qué tiene su consulta de especial.

» Dígale a su recepcionista que se asegure de darle a los pacientes la dirección de la página web de su consulta e instrucciones concretas para encontrar y descargar los formularios necesarios.

La primera llamada es crucial

Cuando los pacientes hacen esa primera llamada de suma importancia, el recepcionista debe estar preparado para explicarles qué tiene su consulta de especial. Susan Keane Baker, experta en gestión de consultas en New Canaan, Connecticut, y autora de *Managing Patient Expectations: The Art of Finding and Keeping Loyal Patients*, recomienda que los recepcionistas utilicen la frase “lo que quiere decir que” para ilustrar la manera en que las diferentes características de su consulta beneficia a sus pacientes. Unos cuantos ejemplos:

■ “Trabajamos los sábados por la mañana y las tardes de los martes, lo que quiere decir que no tendrá que ausentarse del trabajo para no perder su cita”.

■ “Hay plazas de estacionamiento gratuito detrás de nuestro edificio, lo que quiere decir que no tendrá que preocuparse por buscar un sitio para dejar el coche o por el parquímetro”.

■ “Contamos con un laboratorio en nuestra propia consulta, lo que quiere decir que no tendrá que solicitar otra cita por separado y conducir hasta otro lugar para obtener sus análisis de sangre u orina”.

Además de “lo que quiere decir que”, es importante que los miembros del personal se anticipen a las preguntas y sepan responder de manera apropiada. Y tanto si los pacientes preguntan como si no, necesitan saber de antemano qué métodos de pago se aceptan y si cobramos antes o después de la visita. “En muchas consultas pequeñas, las citas las llevan personas de la recepción que están ocupadas en otras veinte tareas que a menudo les impiden ofrecer a los nuevos pacientes toda la información que precisan”, dice Kenneth T. Hertz, director con Medical Group Management Association Health Care Consulting Group.

“Además de aconsejarles acerca de qué traer, los nuevos pacientes deben saber por qué son necesarios determinados artículos”,

dice Hertz, que está afincado en Alexandria, Louisiana. “Mucha gente se siente molesta cuando el recepcionista pregunta ‘¿Cuál es su seguro?’ Los pacientes deben entender que la consulta necesita saberlo con el fin de verificar los beneficios y la cobertura antes de que el paciente vea al médico, prescindiendo así de la irritación del paciente —y de la consulta— en el futuro”.

Hertz y Baker recomiendan ofrecer a los nuevos pacientes una lista con todas las cosas que deberán traer consigo. Además de sus tarjetas de seguro, la lista de control debería incluir:

- Identificación con fotografía.
- Medicamentos con y sin receta que el paciente esté tomando.
- Lista de preguntas dirigidas al médico.
- Autorización de remisión (en caso de ser necesaria).

Ponga la lista de control en una sección de “nuevos pacientes” en su página *web*, junto con un formulario del historial del paciente, un documento que autorice a la consulta a obtener historiales médicos anteriores y otros formularios que el paciente se pueda descargar y rellenar antes de la cita. Una buena página *web* también debe contener la dirección de la consulta con instrucciones de cómo llegar y una foto del edificio, de manera que los pacientes tengan menos probabilidades de perderse.

Pídale a su recepcionista que les dé a los nuevos pacientes la dirección de la página *web* e instrucciones concretas para encontrar y descargar los formularios necesarios. Si su consulta no cuenta con una página *web* o si el nuevo paciente no tiene acceso a Internet, envíe los formularios por correo con antelación o pídale al paciente que llegue unos pocos minutos antes de su cita para hacerse cargo del papeleo.

La sala de espera y más

Una sala de espera cómoda, acogedora y bien iluminada agrada a todos los pacientes, pero es especialmente importante para dejar en los pacientes esa huella inicial tan sumamente importante. Baker cita un refrán polaco: “Un invitado ve más en una hora que el anfitrión en un año.” Por tanto, Baker aconseja limpiar y encerar aquellas zonas que se descuidan con mayor frecuencia: el mostrador de la mesa de recepción, los alféizares de la ventana, los botones de la televisión de la sala de espera

y los teléfonos que pueden utilizar los pacientes.

La norma primordial de Ken Hertz: ni una planta muerta. También recalca la necesidad de mantener limpias las plantas artificiales, asegurarse de que la pintura de las paredes está limpia y sin marcas de huellas y de que los cuadros resulten relajantes a la vista. En lugar de signos acerca de la facturación y temas del seguro, utilice señales que hagan que los pacientes se sientan un poco más cuidados. Algunas posibilidades: “¿Ha recordado validar su parking?” y “Por favor, no olvide ponerse el cinturón. Queremos volver a verle”.

Los asesores recomiendan asientos individuales en lugar de sofás, y sobre todo nada de bancos, que le darían a su sala de espera el aspecto de una estación de autobuses. Coloque sillas cómodas y sólidas, preferiblemente con brazos, en beneficio de los pacientes débiles en pequeños grupos y en ángulo recto unas con otras. Además, resulta considerado incluir algunas sillas más amplias para los pacientes más voluminosos; estas sillas son similares a las otras, sólo que algunos centímetros más anchas.

Tenga siempre cosas que leer a mano, y procure que sean actuales. Una manera económica de hacerlo es suscribiéndose a uno o dos periódicos diarios. O también puede seguir el consejo de Baker y comenzar una política de “traiga una revista, llévese una revista”, en la que animará a los pacientes a ayudarse a ellos mismos llevándose las revistas que les interesen y reemplazándolas por otras.

Los folletos informativos de la consulta, tanto en la página *web* como en la sala de espera, aumentan el nivel de comodidad de sus pacientes, especialmente si el folleto incluye una breve biografía de los médicos y demás miembros de la consulta. Los folletos informativos, mientras vayan al grano y estén actualizados, pueden llegar a ser una gran herramienta de marketing, ya que a menudo se los llevan los acompañantes de los pacientes.

Ayude a que los nuevos pacientes se sientan como en casa

Pídale a los nuevos pacientes que lleguen 15 minutos antes para una breve sesión orientativa y para que terminen de rellenar el papeleo, en caso de ser necesario. Es una buena ocasión para contarles más acerca de su consulta y para responder sus

Nuevas tecnologías y Biomedicina en La Rioja



Salón de Actos Centro de Investigación Biomédica de La Rioja (CIBIR)

c/ Piqueras, 98

Logroño, 21 de enero de 2010

Organizado por

Medical Economics

Gobierno  de La Rioja

Con la colaboración de



Información e inscripción: Aída González
Tel.: 91 500 20 77 - info@medeco.es

preguntas. “Desarrollamos un sentido de pertenencia cuando sabemos cómo funcionan las cosas”, dice Baker. “Una reunión de introducción ayuda a eliminar las inquietudes de los pacientes y les permite centrarse en los aspectos médicos de la visita”.

Comience la orientación con un saludo amistoso. Baker sugiere: “Hola, señor Daily. Soy Jean Jones, el director de la consulta del doctor Smith. Hablamos por teléfono la semana pasada. Es un placer conocerle. El doctor Smith estará con usted en unos 15 minutos. Mientras tanto, me gustaría pasar unos minutos con usted hablándole de nuestra consulta y respondiendo sus preguntas”. Esta es una buena ocasión para que los pacientes conoz-

“Una reunión introductoria ayuda a eliminar las inquietudes de los pacientes y les permite centrarse en los aspectos médicos de la visita”



– **Susan Keane Baker**, experta en gestión de consultas en New Canaan, Connecticut

can la política de renovación de la consulta, si un asistente o enfermero se ocupa de ciertos problemas en lugar del médico, dónde está ubicada cada sala, etcétera.

Si su horario lo permite, tómese un tiempo de más con los nuevos pacientes. Algo que sin duda agradará a los pacientes, asegura Baker, es la pregunta: “¿Qué es lo más importante para usted en su relación con un nuevo médico?” Si, por ejemplo, la respuesta es: “Mi antiguo médico me permitía mandarle correos electrónicos siempre que me surgía una pregunta”, usted puede responder dándole al paciente una tarjeta con su dirección de correo electrónico o bien puede explicarle el motivo por el que usted prefiere no comunicarse con los pacientes por correo electrónico. (Una posible respuesta: “Comprendo que le guste poder comunicarse con su médico a través del correo electrónico. Pero yo prefiero hablar con mis pacientes por teléfono, de manera que puedo responderles varias preguntas de una vez y no tenemos que esperar que los correos electrónicos lleguen y se envíen otra vez”). Cuando acabe la visita, siembre las semillas para una futura relación médico-paciente invitando al paciente a llamarle siempre que le necesite. Luego, envíele una carta de seguimiento en la que le agradezca haber elegido su consulta y en la que proporcione un mecanismo para mantenerse mutuamente informados. ■

INCOSOL

NUEVAS UNIDADES MÉDICAS

En INCOSOL realizamos los tratamientos médicos más modernos y eficaces, considerando las particulares características de nuestros pacientes. Efectuados por profesionales altamente cualificados y contando con la última tecnología presente en el mercado.



UNIDAD DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

Programa dirigido a pacientes con diferentes enfermedades del corazón para mejorar la función cardíaca y su calidad de vida.



UNIDAD DE MEDICINA ESTÉTICA AVANZADA

Dermatología. Medicina Estética. Fibrología. Cirugía Estética. Salud estética con la tecnología médica más avanzada, desde un enfoque médico altamente profesional.



UNIDAD DEL SUEÑO

Evaluar, diagnosticar y tratar todas las alteraciones del sueño. Un tercio de nuestra vida lo pasamos durmiendo. Si durante este periodo tiene dificultades, podemos ayudarle a mejorar la cantidad y calidad de su descanso.



COLONOSCOPIA VIRTUAL *FIN DE SEMANA*

El cáncer colorrectal es una enfermedad prevenible. Le ofrecemos realizar el tratamiento durante el fin de semana para su comodidad. Estará ingresado para la preparación y limpieza intestinal disfrutando del máximo confort de nuestras instalaciones.



ANDROLOGÍA

Vigor masculino y buena salud siempre van unidos. El vigor sexual puede recuperarse y mantenerse durante toda la vida si se corrigen estas alteraciones, no sólo mediante el restablecimiento del balance hormonal sino por la prevención y el tratamiento de las enfermedades más frecuentes en las personas mayores.



ESCUELA DE ESPALDA

Programa de diagnóstico, prevención y tratamiento de lesiones de espalda y cuello; medición de fuerza y movilidad; programa de ejercicios en "gimnasio de espalda y cuello" y en suelo.



UNIDAD DE SALUD BUCO-DENTAL

Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de boca y maxilares. La boca, órgano esencial en nuestro organismo y puerta de entrada del sistema digestivo, merece un cuidado especial, no sólo estético sino médico.

Solicite sin compromiso una visita informativa, nuestro equipo médico le asesorará y orientará en su caso particular.

Dése un
Capricho



INCOSOL
Hotel - Medical SPA & Resort

INCOSOL HOTEL MEDICAL SPA & RESORT 5
Tel. (+34) 952 86 09 09 - Fax. (+34) 952 82 30 53 - E-mail: comercial@incosol.com

RECEPCION MÉDICA INCOSOL
Tel. (+34) 951 08 24 73 - E-mail: recepcionmedica@incosol.com

Urb. Golf Río Real. C/ Incosol, s/n. Autovía Cádiz-Málaga, km. 185 - 29603 - Marbella (Málaga) ESPAÑA

Haga su reserva
a través de:

www.incosol.com

Pacientes a la **caza** de fármacos



El autor aprendió la mayoría de estas lecciones por el camino difícil.

Por Michael J. Schisser

Cuando hace más de diez años era residente, uno de mis mayores desafíos era tratar con pacientes que esperaban en cada consulta recibir recetas de fármacos contra el dolor.

Todavía hoy lo considero un desafío a pesar de que ahora he mejorado mucho a la hora de encontrar distintas formas de ayudar a mis pacientes, que no tengan nada que ver con expedir recetas. De hecho, si rechazo a un paciente en quien observo que busca fármacos sin seguir tratamiento, sólo le quedará seguir con su juego en la consulta de otro

médico. A continuación, se presentan siete lecciones que he aprendido a lo largo de los últimos diez años, y que desearía haber sabido en mis comienzos.

1. Si es posible, aprenda usted mismo a tratar la dependencia de opiáceos

Existe un tratamiento médico totalmente novedoso disponible hoy en día que muchos médicos no conocen, sin mencionar la mayoría de los pacientes dependientes de opiáceos: se denomina buprenorfina y para rece-

tarlo el médico debe contar con la autorización de una renuncia especial del gobierno en Estados Unidos. Pero el sobreesfuerzo vale la pena, ya que el fármaco es un arma poderosa para conseguir que los pacientes dejen los fármacos contra el dolor. Si tratar la dependencia de los opiáceos no es un área en la que quiera profundizar, identifique otros profesionales con quienes se sienta cómodo enviándoles a sus pacientes.

2. Escuche los detalles que pueda después comprobar

Como costumbre los pacientes que mienten añaden detalles específicos sobre el doctor "A", la farmacia "B" o el fármaco "C" para hacer que su representación suene lo más realista posible. Cuando lo hagan, anote de forma muy precisa aquello que le digan. A menudo ese gran esfuerzo por ser realistas provocará inconsistencias que usted puede explotar, darles la vuelta y usar para introducir una opción de tratamiento.

Un paciente le cuenta, por ejemplo, que se le han extraído los dientes y que el dentista le recetó codeína para controlar el dolor. Pero el fármaco le provoca vómitos, afirma él y, mientras le muestra las pastillas, le pide que le recete otra cosa. Tras llamar a su dentista, su historia parece ser cierta... excepto porque le sigue preocupando el hecho de que quiera que sustituya el narcótico que el médico le recetó por otro.

3. Identifique los comprimidos que los pacientes le entregan

Por fortuna cada pastilla cuenta con un identificador único que se puede leer con la ayuda de un oftalmoscopio. En el caso del paciente anterior, mi auxiliar de consulta comprobó en nuestra farmacia local si las pastillas eran realmente lo que el paciente decía que eran. Cuando la farmacia me informó de que se trataba de metocarbamol había descubierto un problema importante en la historia de mi paciente. De hecho, fue algo suficiente como para rechazar su petición de una nueva receta y hacerle conocedor a todos los efectos de las opciones de tratamiento para dependencia de opiáceos.

4. Realice usted mismo o solicite pruebas de orina

Una mujer de 33 años vino a mi consulta quejándose de dolores de cabeza que padecía varias veces al mes, es decir, migrañas men-

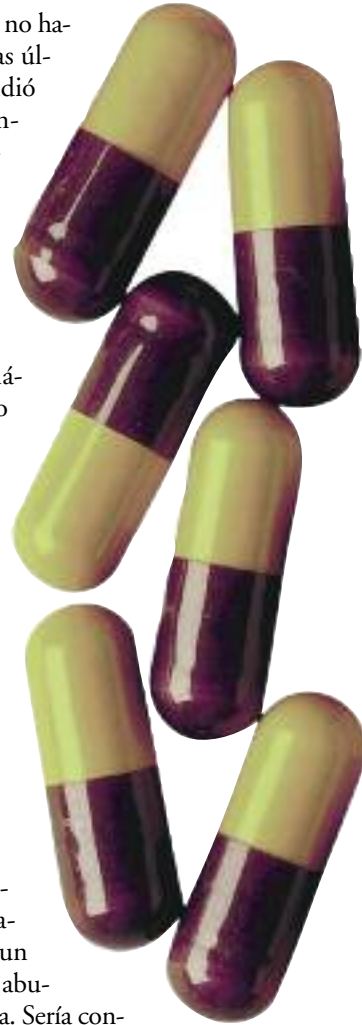
suales. Aunque afirmó que no había sufrido migrañas en las últimas tres semanas, me pidió un medicamento para impedir que el dolor apareciera de nuevo. Si, tal y como ella sostenía, hubiera sufrido realmente su última migraña hacía tres semanas y había usado algo para tratarla, no debía haber restos de opiáceos en su orina. Cuando realicé el análisis de orina, sin embargo, el resultado dio positivo. Supe entonces que utilizaba las migrañas para conseguir fármacos. El análisis de orina fue una herramienta crucial para alcanzar esta conclusión.

5. Compruebe los historiales de seguros de los pacientes

La mayoría de las compañías de seguros en Estados Unidos cuentan con un departamento de fraude y abusos dispuesto a ser de ayuda. Sería conveniente conseguir información sobre qué médicos ha visitado un paciente y qué fármacos le han recetado. Según la ley, las entidades cubiertas, en este caso médicos y planes de salud, pueden compartir información sanitaria confidencial si están relacionadas con el tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria). Trabajar con compañías de seguros por fraude y abuso es una forma simple y efectiva de reducir la potencial actitud de "de compras en la consulta" de un paciente.

6. Oponga resistencia frente a la manipulación

Los pacientes tratan de ponerle una venda en los ojos mintiendo con detalles que suenan realistas acerca de su dolor. También puede que hagan uso de los sentimientos de culpa, vergüenza y otras tácticas de manipulación para estorbar en su valoración. Cuando me doy cuenta de que tácticas de este tipo puede que estén influyendo en mi plan de tratamiento, me pregunto a mí mismo: "¿Po-



Valencia

5,6,7 Mayo 2010

Palau de la Música
y Congresos de Valencia



*La salud laboral:
compromiso de todos*



Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

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

Información e inscripciones

www.semst.org

dría justificar mi valoración y mi plan basándome en los hechos del caso?”. Si no es así, tengo un problema potencial que le aclaro al paciente: “Éstas son sustancias controladas,” afirmo. “Mi licencia está en juego si no documento su situación con detalle”. Una declaración de este tipo me permite atajar cualquier táctica que el paciente esté utilizando conmigo.

7. **Elabore la documentación a raíz de los detalles del historial del paciente**

De forma periódica receto Suboxone a uno de mis pacientes, varón y mayor de veinticinco años, para bloquear su empleo de oxicodona. En cada ocasión realizo un análisis de orina y una evaluación para comprobar el cumplimiento de mis indicaciones. Debido a que sólo receto medicación suficiente para que dure desde una cita a la siguiente, si no acude a la cita sospecho inmediatamente que ha podido recaer en el abuso del oxicodona. Justo eso fue lo que sucedió recientemente.

Una semana más tarde me visitó en mi consulta y se disculpó por haber faltado a la cita. “Mi coche sufrió una avería, tuve que arrastrarlo hasta el taller”, explicó. ¡Vaya, hombre!, contesté. “¿Cuál era el problema?” “Se rompió el interruptor eléctrico de la pompa del aceite”.

En el pasado una conversación como ésta me habría dejado dos opciones: bien otorgarle al paciente el beneficio de la duda (después de todo, los coches tienen averías de vez en cuando), o bien, cortar el tratamiento por sospechar que el paciente miente. Si elegía la primera opción me arriesgaba a ser engañado; si elegía la segunda, me arriesgaba a tomar una decisión equivocada basada sólo en sospechas.

Lo que en realidad le dije a este paciente fue: “Debido a que la situación de su coche ha provocado un cambio inesperado en nuestro plan de tratamiento, es importante para mí incluir la documentación relevante en su historial: ¿Le importaría traerme una copia de la factura del mecánico para incluirla en sus registros?”

Pocos días después la factura que me entregó había sido claramente falsificada. Esto fue la excusa que necesitaba. No sólo podía entonces insistir en que buscara ayuda para superar su adicción, sino que también podía llevar a cabo cambios significativos en el plan de tratamiento.

Tenga en cuenta que la mayor parte de los pacientes dependientes tienen doble personalidad: por un lado quieren usar la sustancia adictiva y quieren hacer cualquier cosa para conseguirla; por otro lado, odian dicha sustancia y los desastrosos efectos que causa en sus vidas. La clave está en dar a sus pacientes opciones de tratamiento que les ayuden a arreglar dicho desdoblamiento, opciones de las que puede que no sean conscientes y que seguramente les aliviarán. ■

24 millones de euros invertidos

El Hospital Sanitas La Zarzuela culmina con éxito su ampliación

La presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, junto con el consejero de Sanidad, Juan José Guemes, inauguró la ampliación del Hospital Sanitas La Zarzuela, que ha durado dos años y medio y ha supuesto una inversión de unos 24 millones de euros. El hospital ha



Juan José Guemes y Esperanza Aguirre con Iñaki Ereño (dcha.), consejero delegado de Sanitas.

ampliado la Unidad de Pediatría y estrena unidades como el Bloque Quirúrgico, las Urgencias, el Bloque de Obstetricia y la Unidad de Cuidados Intensivos. El complejo cuenta con uno de los equipamientos tecnológicos más avanzados del país, entre los que destacan: dos quirófanos

integrados de alta definición, los únicos de este tipo en la sanidad española, tanto pública como privada, y un TAC de 64 cortes de última generación. ■

ASPROMEL

Los médicos con ejercicio libre reclaman su integración en el SNS

Revalorizar el ejercicio de la medicina privada en España, así como mantener una discusión abierta sobre la idoneidad de potenciar la práctica libre de la Medicina sin que ello suponga el menoscabo de los servicios públicos de salud, han sido algunos de los objetivos de las jornadas internacionales "Ejercicio Libre y Sistema Nacional de Salud. Disonancia española en el concierto europeo". Organizado por la Asociación Profesional de Médicos de Ejercicio Libre (ASPROMEL), este encuentro ha reunido a los máximos representantes de su homóloga europea, EANA, con el fin de compartir las experiencias de los países europeos que sí han sabido integrar en el Sistema Nacional de Salud el ejercicio libre de la Medicina. Según André Bolliger, presidente de ASPROMEL, "en ningún país de Europa el ejercicio libre está excluido del seguro obligatorio de base, mientras que aquí, los médicos que trabajan en consulta propia no están incluidos en la asistencia del seguro social". ■



PREMIOS 2010

Investigación Biomédica Preclínica y Clínica

1. Podrán ser candidatos a los Premios los investigadores de carácter **preclínico** (investigación básica orientada a la obtención de conocimiento con aplicación clínica) y **clínico** (investigación sobre humanos), que desarrollen su actividad en centros sanitarios y/o centros de investigación, públicos o privados **en España**.
2. Los candidatos a los premios deberán ser propuestos por personas o instituciones del ámbito científico biomédico o de las Ciencias de la Salud.
3. Las propuestas se formalizarán mediante carta dirigida al director de la FUNDACIÓN LILLY, y los formularios debidamente cumplimentados que se encuentran en la página web: www.fundacionlilly.com
4. Plazo de presentación de propuestas desde el **10 de diciembre de 2009** hasta el **10 de febrero de 2010**, ambos inclusive.
5. Reunido el Jurado calificador, los investigadores ganadores recibirán los premios y ayudas en un Acto Académico organizado por la FUNDACIÓN LILLY.

Esta convocatoria, se regirá por sus **bases** (publicada en B.O.E, 2 de diciembre 2009), y que los interesados podrán obtener asimismo en: www.fundacionlilly.com

FUNDACIÓN LILLY, María de Molina 3, 1º - 28006 Madrid
Tel.: 91 781 50 70 - Fax: 91 781 50 79 -E-mail: fundacionlilly@lilly.com

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
PRECLÍNICA 2010
200.000€**

**INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA
CLÍNICA 2010
150.000€**

Inversiones

¿Adictos a los estimulantes?



Natalia Aguirre Vergara*

Lehman. Año 1. Lo que hace poco más de un año vivíamos con el temor de que se tradujese en una crisis sistémica se ha reconducido de forma más o menos satisfactoria. Las medidas de “shock” aplicadas por las autoridades mundiales, tanto bancos centrales (política monetaria) como gobiernos nacionales (políticas fiscales), en respuesta a la quiebra de Lehman Brothers el 15 de septiembre de 2008, han evitado que la recesión vivida en 2009 se convirtiera en una profunda depresión.

Por una parte, los gobiernos de las principales economías desarrolladas han acudido al rescate de sus sistemas financieros, bien a través de inyecciones directas de capital público, otorgando avales a las emisiones realizadas por las entidades financieras o suavizando la normativa contable, con el fin último de evitar enormes pérdidas derivadas de la valoración de activos a un precio de mercado no representativo. Asimismo, las autoridades han aplicado medidas de estímulo fiscal con el fin de impulsar la demanda (aún cuando ese gasto público en ocasiones sea un tanto improductivo), afectando a distintos sectores como el automovilístico (aquí se incluirían las ayudas directas a la adquisición de automóviles en países como Estados Unidos, Alemania o España), el plan E español y otras políticas de inversión pública acelerada.

Al margen de las autoridades políticas, las monetarias no se han quedado ni mucho menos atrás: los principales bancos centrales han recortado sus tipos de interés a mínimos históricos (0,25 por ciento en Estados Unidos, 1 por ciento en Europa), a la vez que prestaban a las entidades financieras tanto dinero como precisasen, en auténticas “barras libres” de liquidez a tipos mínimos.

Todas estas medidas están sirviendo para que las distintas economías (eso sí, cada

una a su ritmo) vayan recuperando tasas positivas de crecimiento y abandonando la recesión. Algunas como Francia, Alemania o Japón ya lo consiguieron en el segundo trimestre de 2009. Otras (Estados Unidos, conjunto de la Eurozona) en el tercero. España quizá abandone la recesión a principios o mediados de 2010. Ahora bien, estos primeros pasos en la recuperación se están consiguiendo de la mano de la reconstrucción de inventarios, en buena medida apoyada por el incremento de demanda estimulado desde el sector público. Buena prueba de ello es la notable recuperación de la producción de automóviles, a raíz de los planes de ayuda para su compra. Sin embargo, y una vez finalicen las ayudas, para que la recuperación sea sostenible será necesario que el consumo privado tome el relevo, algo que se antoja complicado dado el deterioro del mercado laboral (elevada tasa de paro) y el aún alto endeudamiento de las familias.

Pero volvamos al principio del artículo: decíamos que la crítica situación que vivíamos hace poco más de un año se había reconducido de forma más o menos satisfactoria. ¿Dónde está el “menos”? Pues evidentemente en cómo se vayan retirando todos los “estimulantes” a los que hemos hecho referencia. Estimulantes que se podrán (y deberán) ir retirando en la medida en que “el enfermo” (esto es, la economía) no los precise. Así, habrá que ir drenando liquidez, devolviendo los tipos de interés a niveles más normalizados y reduciendo unos elevadísimos déficits públicos. Pero, cuidado: no se deberán retirar demasiado pronto (el enfermo podría recaer) ni demasiado tarde, puesto que el enfermo se haría “adicto” a esos estimulantes, con los consiguientes efectos adversos sobre la economía (elevada inflación, cuentas públicas insostenibles y peligro de nuevas burbujas financieras). ■

» Los gobiernos de las principales economías desarrolladas han acudido al rescate de sus sistemas financieros, bien a través de inyecciones directas de capital público.

» Una vez finalicen las ayudas, para que la recuperación sea sostenible será necesario que el consumo privado tome el relevo, algo que se antoja complicado.

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

Valores del mes

Mejora el beneficio neto

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

Bolsas y Mercados Españoles (BME) es la sociedad que integra todos los mercados de valores y sistemas financieros en España. A pesar del impacto negativo de las caídas en los volúmenes negociados durante 2009, disfruta de unos sólidos fundamentos, apoyados en un férreo control de costes, que le ha permitido convertirse en la bolsa más eficiente de Europa, y podrá beneficiarse de la incipiente recuperación de los volúmenes de contratación.

Por su parte, Red Eléctrica de España (REE) es la compañía encargada del transporte de electricidad y la operación del sistema eléctrico, y debería seguir viéndose favorecida por el carácter regulado de sus ingresos y crecimiento de doble dígito en beneficio por acción (BPA) y dividendo por acción (DPA), apoyado por la necesidad de fuertes inversiones en infraestructuras de electricidad y un marco regulatorio estable y atractivo.

Los elegidos

BME. Ha presentado resultados correspondientes a los nueve primeros meses del año, confirmando la mejora progresiva de los volúmenes negociados, la estricta contención de costes y una sólida posición financiera que permite a la compañía mantener una atractiva política de retribución al accionista (rentabilidad por dividendo estimada del 6,5 por ciento). Destaca la mejora del beneficio neto en el tercer trimestre. Con volúmenes de negociación similares a los de 2005, el beneficio neto acumulado en los nueve primeros meses del año asciende a 116 millones de euros, un 13 por ciento superior al del ejercicio 2005 completo. La mejora observada en los volúmenes negociados en octubre y noviembre podría continuar durante 2010.

REE. En su último Día del Inversor reiteró sus planes de inversiones: 4.000 millones de euros en el período 2009-13 (inversión media anual de 800 millones de euros). A pesar de la revisión a la baja de inversiones vista en otras compañías ante la difícil situación económica, REE es capaz

de mantener sus inversiones previstas, apoyándose en la necesidad de infraestructuras de electricidad para garantizar la seguridad del suministro, mallar la red de transporte e integrar el crecimiento de renovables, por lo que, a pesar de la caída a corto plazo de la demanda eléctrica, no prevé recortes en sus inversiones. Reitera sus objetivos financieros: crecimiento medio anual superior al 15 por ciento hasta 2013 tanto en beneficio como en dividendo por acción. A pesar de su carácter defensivo, REE acumula un peor comportamiento relativo al Ibex en 2009, que debería tender a recuperar en los próximos meses. ■

Concepto	Bolsas y Mercados Españoles	Red Eléctrica de España
PER 2010e	13x	14x
Rentab. dividendo(%)	6,5	4
Precio actual	22,50	38,82
Precio objetivo	26	41

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 30-12-09

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 tiazolidindiona, en pacientes con un control insuficiente de la glucemia y para los que es adecuado el uso de una tiazolidindiona. **Posología y forma de administración Adultos:** Cuando se utiliza en combinación dual con metformina o una tiazolidindiona, la dosis diaria recomendada de 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 tiazolidindiona o con metformina y una sulfonilurea no han sido establecidas. Jalra puede administrarse con o sin comida. **Información adicional sobre poblaciones especiales:**

Insuficiencia renal. No se requiere ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal leve (aclaramiento de creatinina ≥ 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 (≥ 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 gpP), warfarina (sustrato del CYP2C9):** Los resultados de ensayos clínicos realizados en voluntarios sanos no han mostrado interacciones farmacocinéticas relevantes. Sin embargo, esto no se ha establecido en la población diana. **Combinación con amlodipino, ramipril, valsartán o simvastatina:** Se han realizado ensayos clínicos de interacciones farmacológicas con amlodipino, ramipril, valsartán y simvastatina en sujetos sanos. En estos ensayos no se han observado interacciones farmacocinéticas relevantes tras la administración concomitante de 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 ≥ 3 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 (IECA). La mayoría de los casos fueron de gravedad leve y se resolvieron durante el tratamiento con vildagliptina. Las reacciones adversas notificadas en pacientes que recibieron Jalra en ensayos doble ciego en monoterapia y combinación o add-on se enumeran a continuación para cada indicación según la clasificación por órganos / sistemas y frecuencias absolutas. Las frecuencias se definen como: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$, $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$, $< 1/1.000$), muy raras ($< 1/10.000$), frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. **Combinación con metformina:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de 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 glibemiprida fue del 1,2% frente al 0,6% para placebo + glibemiprida. 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 glibemiprida (-0,1 kg y -0,4 kg para vildagliptina y placebo, respectivamente). **Combinación con una tiazolidindiona:** En los ensayos clínicos controlados de la combinación de 100 mg diarios de vildagliptina + una tiazolidindiona, no se notificaron interrupciones del tratamiento debidas a reacciones adversas en los grupos de tratamiento con 100 mg diarios de vildagliptina + tiazolidindiona ni con placebo + tiazolidindiona. 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 (LAY 151) puede eliminarse por hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** Lactosa anhidra, Celulosa microcristalina, Glicolato sódico de almidón (tipo A), Estearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **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 ó 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.** Financiada. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Jalra 50mg comprimidos, envase de 28 comprimidos: PVP =33,62€ PVP +IVA =34,97€. Jalra 50mg comprimidos, envase de 56 comprimidos: PVP =53,80€ PVP +IVA =55,95€ Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

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

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

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

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

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

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

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

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

frecuente en pacientes que recibieron 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 (LAY 151) puede eliminarse por hemodiálisis. **DATOS FARMACÉUTICOS** **Lista de excipientes** Lactosa anhidra, Celulosa microcristalina, Glicolato sódico de almidón (tipo A), Estearato de magnesio. **Incompatibilidades.** No procede. **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 ó 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.** Financiada. Aportación reducida. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS** Jalra 50mg comprimidos, envase de 28 comprimidos: PVP =33,62€ PVP +IVA =34,97€. Jalra 50mg comprimidos, envase de 56 comprimidos: PVP =53,80€ PVP +IVA =55,95€ Con licencia de Novartis Farmacéutica S.A. Comercializado por ESTEVE

Cultura

LIBROS

Un método para medir la eficiencia de modelos innovadores en gestión

La obra *Hospitales transformados en empresas* es un pequeño homenaje al sistema sanitario de Portugal y, por extensión, a todos aquellos intentos por modernizar y mejorar la sanidad, ya sea pública o privada. Escrito por Ana Harfouche, experta portuguesa en planificación y economía de la salud, su edición en castellano, especialmente interesante para gestores y responsables sanitarios, ve ahora la luz gracias al apoyo del grupo Previsión Sanitaria Nacional (PSN), la Fundación Ad Qualitem y Pfizer. La obra presenta una interesante metodología para evaluar y medir la eficiencia de los modelos innovadores de gestión hospitalaria. Harfouche ha prometido seguir investigando en esta línea “y llegar a convencer algún día a las autoridades sanitarias para que utilicen mi método, que permite comparar centros y hospitales tanto en la sanidad pública como en la privada”.



Título: *Hospitales transformados en empresas*.
Autor: Ana Paula de Jesús Harfouche
Distribuye: Pfizer
206 págs.

EXPOSICIONES

Una exposición para la paz

Hace cuatro siglos se firmó en Amberes la Tregua de los Doce Años (1609-1621) que supuso un paréntesis en la interminable guerra que acabó separando las Diecisiete Provincias de los Países Bajos. Una exposición recuerda la denominada Pax Hispanica y analiza ese período crucial para la historia de España a través de 75 obras de arte, entre lienzos, grabados, documentos y objetos procedentes de los más prestigiosos museos de Europa. Se trata, por tanto, de piezas de gran valor, algunas con la firma de maestros como Jan Brueghel el Viejo, Juan Pantoja de la Cruz, Frans Hogenberg o Frans Pourbus. Se puede visitar en la Fundación Carlos Amberes (Claudio Coello, 99. Madrid) hasta el próximo 31 de enero.



El color del agua

“El agua tiene los colores de todos los ojos que la han mirado”. Con esta frase se inicia el recorrido por esta exposición, que llega a la Casa de las Ciencias de Logroño (C/Ebro, 1) para ofrecer una zambullida en las asombrosas propiedades del agua, en sus enfermedades y, sobre todo, en los caminos a seguir para que nos siga regalando la incesante renovación de la vida. La exposición, ofrecida por la Obra Social de Caja Madrid, y con guión del naturalista Joaquín Araújo, está estructurada en diferentes apartados, cuyo denominador común es el color del agua. Esta exposición se puede visitar hasta el próximo 31 de enero.



CINE

Sherlock Holmes da el salto a la gran pantalla

Este mes de enero llegan a la gran pantalla las aventuras del legendario detective Sherlock Holmes, a quien da vida el actor Robert Downey Jr., retratándole desde una perspectiva nueva. El *film* propone un retrato nuevo y dinámico de los famosos personajes de Conan Doyle, Holmes y su incondicional amigo Watson, quienes se enfrentan a un nuevo desafío demostrando unas habilidades para luchar tan letales como su legendario intelecto. Holmes librará una gran batalla para derrotar a su nuevo enemigo y abortar un plan demoníaco que podría destruir el país. Jude Law interpreta el papel de Watson, el amigo y colega de confianza de Holmes. La película está dirigida por Guy Ritchie y basada en el cómic sobre Sherlock Holmes de Lionel Wigram.



Internet

Las descargas musicales destronan a los CD's

Mientras la venta de CD's cae en Europa alrededor del 12 por ciento interanual, la comercialización de música *on line* y a través de terminales móviles aumentó el 8 por ciento en 2008, porcentaje que seguirá mejorando en 2009. De los 254 millones de euros recaudados por la industria musical el ejercicio pasado, 10,8 procedieron de la descarga de canciones en la red, y 18,4 de la compra desde teléfono móvil, según el informe anual de Contenidos Digitales en España presentado en Ficod.

Pixbox, la tienda *on line* de Telefónica, es líder europeo con 30 millones de descargas desde que comenzó a formar parte de su oferta ADSL en mayo del pasado año, una apuesta firme de la operadora española en el mercado de contenidos digitales, que crece al 15,8 por ciento, y que ya supera incrementos del 20 por ciento en descargas musicales.



La venta de CD's en Europa ha caído un 12 por ciento.

Precisamente, Telefónica y Nokia han comenzado a comercializar hace unas semanas el terminal Nokia N86 8MP comes With Music, en exclusiva para España, con la pretensión de "revolucionar el panorama de las descargas de música digital", según un portavoz de Nokia.

Quienes dispongan del nuevo terminal podrán acceder a una discoteca de más de cinco millones de canciones, sin límite de acceso durante un año, gracias a la tarifa plana ilimitada de Internet en el móvil Plus de Movistar. Hasta ahora, la mayoría de los clientes de tarifa plana en el móvil la utilizan para navegar, enviar y recibir correos y descargar música.

El Nokia N86 8MP Comes With Music estará disponible con Movistar en exclusiva hasta dentro de diez meses desde 0 euros, con un compromiso mensual de 59,90 euros de tráfico de voz y 15 euros de datos, hasta 209 euros. ■

Sección patrocinada por



Para controlar hipotecas y Euribor

Es una información de cabecera para conocer con exactitud todo sobre lo que nos informan los medios acerca de oscilaciones de los dos parámetros que afectan al bolsillo.



<http://hipotecasyeuribor.com:80/>

Iconos de diseño

Si quieres personalizar tu escritorio con iconos distintos a los que aparecen por defecto en tu ordenador, navega por esta *web* y localiza aquellos más originales. Puedes elegir entre una amplia gama.



<http://www.iconaholic.com/>

CIBERCONSEJOS

Cibergolpe policial

La Brigada de Investigación Tecnológica ha desmantelado una página que ofrecía la descarga directa de más de 30.000 copias no autorizadas de videojuegos, películas en alta definición, documentales, series, música y aplicaciones informáticas, para lo cual utilizaban ocho servidores, alojados en Reino Unido, Holanda y Francia, para la descarga de archivos, que en ocasiones podía llegar a multiplicar por 20 la velocidad de las redes P2P.

Redes sociales contra delinquentes sexuales

Dos de las redes sociales más populares, Facebook (3.410 clausuras) y MySpace (1.975), han cerrado un total de 3.533 cuentas de delinquentes sexuales condenados en Nueva York en cumplimiento de una ley que pretende acabar con ellos en la red, según se dispone en la Ley de Seguridad Electrónica (e-STOP), un texto aprobado el año pasado que exige que los delinquentes sexuales condenados comuniquen todas sus direcciones en línea.

PROGRAMA AAP 2010

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



SEVILLA

MURCIA

VIGO

ZARAGOZA

VALENCIA

GRANADA

MADRID

SAN SEBASTIAN

BARCELONA

VALLADOLID

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com


LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Golf



I Torneo APEI-PRTVI-Fundación Banús

Veteranos y noveles en un torneo innovador

En el Club de Golf Alferini del complejo hotelero de Villapadierna, se reunieron algunos de los mejores cadetes de las Federaciones de Golf de Madrid y Andalucía.

Ha nacido una nueva modalidad que revolucionará el golf *amateur*: el CADAM de la Asociación Profesional Española de Informadores (APEI) y la Fundación Banús, que reunió en el Alferini del complejo hotelero de Villapadierna a algunos de los mejores cadetes de las Federaciones de Golf de Madrid y Andalucía, y a numerosos periodistas e invitados de la APEI. El campo de Alferini ha sido el primer escenario de esta competición que ha causado sensación.

Los cadetes capitaneaban los diferentes equipos formados por tres *amateurs* que jugaron bajo la modalidad que contaba el resultado de los jóvenes y la mejor bola *amateur*. El equipo ganador de esta prueba, formado por Carolina Jiménez, Valentín Requena, Luis Sobri-



Todos los participantes en la impresionante escalinata del Hotel Villapadierna, en pleno corazón de la Costa del Sol.

no y Fernando Robles, consiguió 94 puntos Stableford y se alzó con la victoria en la primera edición del Torneo APEI-PRTVI-Fundación Banús. También fueron premiados los dos mejores cadetes, que empataron con 42 puntos, Raúl García y María Elena Villamil,

quienes jugaron un extraordinario golf en un atractivo y exigente recorrido marbellí.

En la jornada previa, con una cena de gala, se formaron los equipos que disputaron esta competición, que nace con vocación de continuidad. Constantino Mediavilla, presidente de la APEI, aseguró que “el año que viene celebraremos la segunda edición y seguiremos apostando por la juventud, que ha sido la verdadera protagonista de esta edición”.

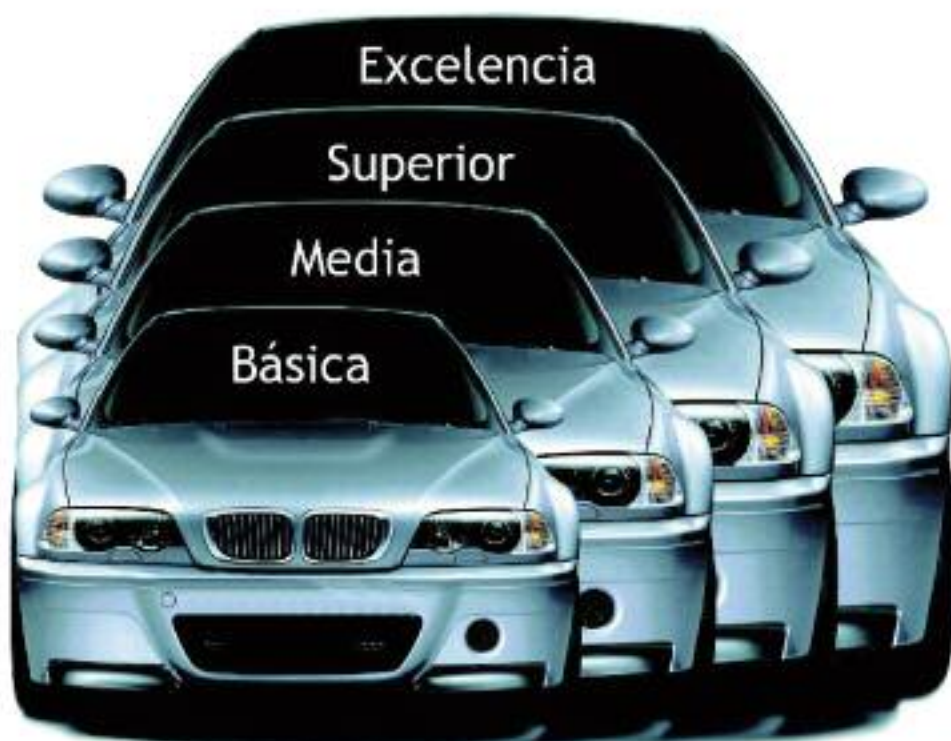
De hecho, el motivo de esta prueba CADAM ha sido la celebración del reciente anuncio de la inclusión del golf en la familia olímpica, y estos cadetes serán los que en Río 2016 defenderán a España en la cita olímpica. Además, el torneo brindó su total apoyo a la candidatura madrileña de la Ryder Cup de 2018. ■

Open de Andalucía: primera prueba del Circuito Europeo de 2010

Miguel Ángel Jiménez, el campeón malagueño que ostenta quince victorias internacionales en su palmarés, además de otras tres formando equipo, tres participaciones en la Ryder Cup y decenas de títulos nacionales, será el responsable de la organización y promoción del Open de Andalucía al mando de su equipo de la empresa Fade & Draw Target. El torneo, que celebra este año su novena edición y cuarta consecutiva, contará con el patrocinio principal de la Consejería de Turismo, Comercio y Deporte de la Junta de Andalucía, y se celebrará en el Parador Málaga Golf del 25 al 28 de marzo de este año, donde participarán los mejores jugadores de Europa. El danés Sören Kjeldsen defenderá el título.

Después de visitar Sudáfrica, los Emiratos Árabes, Malasia, Estados Unidos y Marruecos, por fin el Circuito Europeo recalará en suelo continental y viajará por tercera vez al recorrido del Parador Málaga Golf, donde se disputó la primera edición de este torneo en 1992 (denominado Turespaña Masters Open de Andalucía), que se adjudicó Vijay Singh, uno de los mejores jugadores del mundo. En 1999, el Parador Málaga Golf albergó por segunda vez el Open de Andalucía, pero esta vez el trofeo permaneció en casa al proclamarse campeón Miguel Ángel Jiménez, quien finalizó con un resultado de 24 bajo par, incluyendo una fantástica tercera vuelta con la que batió el récord del campo -62 golpes-, y ante miles de aficionados que jalearon el triunfo del malagueño.

Ahora decide usted...



Nadie conoce mejor que usted sus necesidades, por eso, en A.M.A. le ofrecemos **4 modalidades** de seguros para su Automóvil.

Ahora, además, premiamos su fidelidad

Ponemos a su disposición un servicio de **Asistencia Jurídica Telefónica Especializada**, de manera totalmente gratuita para consultas en los ámbitos **personal** y **profesional**

TELÉFONO DE ASISTENCIA JURÍDICA

91 572 44 22



40 años asegurando a los profesionales sanitarios

Infórmale sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- Teléfono Central Madrid **91 343 47 00 / 902 30 30 10**
- A través de Internet: **www.amaseguros.com**
- En las delegaciones AMA de cada provincia





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

