



# Medical Economics<sup>®</sup>

www.medeco.es.com

ENCUESTA  
VÍA  
INTERNET

Díganos su opinión sobre:  
¿Cree que los salarios  
de los médicos españoles  
convergerán con los de  
los europeos?  
(ver pág. 3)

GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE

EDICIÓN ESPAÑOLA

Vol. 3 • Nº 19

24 de noviembre de 2006

Infórmese  
sobre los  
aspirantes a un  
puesto  
Pág. 35

Una muestra  
de valor  
Pág. 39

Diez años en  
un infierno  
legal  
Pág. 41

**Informe EuroGalenus para  
MEDICAL ECONOMICS**

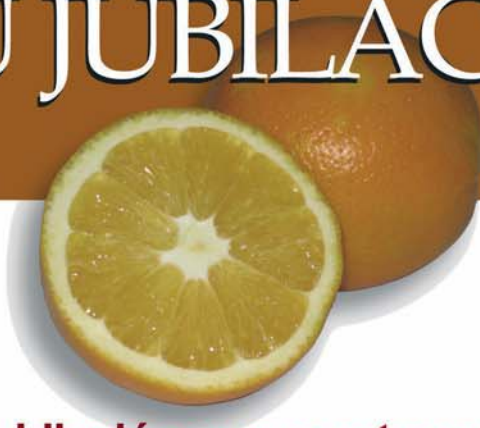
**Los salarios  
de los médicos,  
por debajo  
de la inflación**

Pág. 22



**Club Médico  
Informativo**  
(ver páginas  
centrales)

# SÁQUELE TODO EL JUGO A SU JUBILACIÓN



**Asegúrese hoy una jubilación que mantenga su calidad de vida y benefíciense ya de los regalos que le ofrecemos**

Mantener su calidad de vida durante la jubilación debe ser un objetivo primordial para usted. Por ello PSN le ofrece sus Planes de Pensiones, PPA y PSN A-EPSV que, desde el primer día, combinan ahorro y rentabilidad.

Y para premiar su esfuerzo, Previsión Sanitaria Nacional quiere ofrecerle una serie de regalos que le permiten comenzar a beneficiarse hoy mismo de las ventajas de asegurar su jubilación en PSN, la Mutua de los Profesionales.



Por una aportación o traspaso a su Plan de Pensiones, PPA o PSN A-EPSV de  
**3.000 a 5.000 Euros**

Una magnífica tostadora cromada SOLAC



Por una aportación o traspaso a su Plan de Pensiones, PPA o PSN A-EPSV de  
**5.001 a 8.000 Euros**

Un moderno microondas de acero MX-ONDA



Por una aportación o traspaso a su Plan de Pensiones, PPA o PSN A-EPSV de  
**8.001 a 12.000 Euros**

Un potente aspirador sin bolsa SOLAC



Por una aportación o traspaso a su Plan de Pensiones, PPA o PSN A-EPSV de  
**12.001 a 25.000 Euros**

Una fantástica minicadena SONY



Por una aportación o traspaso a su Plan de Pensiones, PPA o PSN A-EPSV de  
**25.001 a 40.000 Euros**

Un práctico juego de maletas SAMSONITE



Por una aportación o traspaso a su Plan de Pensiones, PPA o PSN A-EPSV de  
**superior a 40.000 Euros**

Una precisa videocámara digital SONY

Promoción válida para todas las aportaciones o traspasos realizados durante 2006 a cualquiera de los Planes de Pensiones PSN, Plan de Previsión Asegurado (PPA) de PSN y PSN A-EPSV y que no hayan generado un obsequio anterior. Los artículos mostrados podrán ser sustituidos en caso de falta de stock, por otros de similares características e igual o superior valor económico. Premios sujetos a la fiscalidad vigente. Para beneficiarse de la suma de las aportaciones por parte de los cónyuges en cualquiera de los Planes descritos, deberá adjuntarse a su solicitud fotocopia del libro de familia. Los objetos entregados se considerarán propiedad de PSN durante todo 2007 y pasarán a propiedad del cliente el día 1 de enero de 2008, siempre y cuando se haya mantenido el saldo que generó dicho obsequio. No se aceptarán solicitudes de regalos de fecha superior a 31 de Diciembre de 2006.

Infórmese en cualquiera de las Oficinas PSN en toda España  
o en la Oficina de Servicio al Mutualista: 902 100 062

  
PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

## 22 Nuestra portada

### INFORME EUROGALENUS PARA MEDICAL ECONOMICS

# Los salarios de los médicos, por debajo de la inflación

Los salarios de los médicos especialistas murcianos crecieron en 2006 casi un 7 por ciento, frente a la media nacional del 2,5 por ciento, claramente por debajo de la inflación. Se sitúan, en cómputo anual, en 44.738 euros brutos de media, los mejor pagados de toda España. Así se desprende del estudio Las remuneraciones de los médicos en España 2006, elaborado por la consultora EuroGalenus para MEDICAL ECONOMICS.



## 35 Infórmese sobre los aspirantes a un puesto

Antes de tomar una decisión hay que realizar una investigación minuciosa sobre el pasado de cada candidato al que ha decidido incorporar en su equipo de trabajo. Descubra en este número un cuantos consejos para no equivocarse en su elección.



## 39 Una muestra de valor

La autora de este texto recuerda los últimos días de la terrible enfermedad de su compañera de trabajo. Un cáncer de hígado acabó con su vida, pero dejó a todos los que la rodeaban una importante lección sobre cómo vivir y amar la vida.



Confía en usted



Confíe en  
**aremis**<sup>®</sup>  
Sertralina

La auténtica curva de la felicidad



(Ver ficha técnica en pág. 30)

## CONSEJO EDITORIAL

Juan Abarca Campal  
José Luis Álvarez-Sala Walther  
Juan Ramón Arias Irigoyen  
Humberto Arnés Corellano  
Joan Josep Artells i Herrero  
José Vicente Bagán Sebastián  
Antonio Bartolomé Sánchez  
Carlos Belmonte Martínez  
Gilles Hervé Berdeaux  
Carlos Berzosa Alonso-Martínez  
Miquel Bruguera i Cortada  
José María Campistol Planas  
Fidel Campoy Domenech  
Alfonso Castro Beiras  
Enrique Catalán López  
José Cortina Orriós  
José Antonio Dotú Roteta  
José Manuel Díaz Arias  
Manuel Díaz Rubio  
Sergio Erill Sáez  
José Fernández-Vigo López  
Carles Fontcuberta  
Abelardo García de Lorenzo y Mateos  
José Ángel García Rodríguez  
Enrique Gargallo Santa Eulalia  
Antoni Gelonch  
José Antonio Gutiérrez Fuentes  
Leandro Herrero  
Gabriel Herrero Beaumont  
Rocío Herrero Vanrell  
Héctor Jausas  
Fernando Jiménez Cruz  
Carlos Lens Cabrera  
José Manuel López Abuín  
Ricardo de Lorenzo y Montero  
Manuel Martín Cortés  
José Antonio Martín Pallín  
Santiago Martínez Fornés  
Teresa Millán Rusillo  
Basilio Moreno Esteban  
Alfonso Moreno González  
Vicente Moya Pueyo  
César Nombela  
José Palacios Carvajal  
Santiago Palacios Gil-Antuñano  
Federico Plaza Piñol  
Enrique de Porres Ortiz de Urbina  
Regina Revilla  
José Manuel Ribera Casado  
Jesús Rodríguez Marín  
Germán Rodríguez Somolinos  
Cristina Roldán Fdez. de Gamboa  
Julián Ruiz Ferrán  
Emilia Sánchez Chamorro  
Eugeni Sedano i Monasterio  
José María Segovia de Arana  
Guillermo Sierra  
John Slof  
Javier Subiza Garrido-Lestache  
Luis Truchado Velasco  
Juan Carlos Ureta Domingo

## 41 Diez años en un infierno legal

El autor de este texto sobrevivió a una demanda por malpraxis que duró diez años y a una amarga bancarrota que amenazaron con cerrar su consulta. Conozca el calvario de este neurocirujano que decidió hacer público su caso.

## ENCUESTA VÍA INTERNET

**¿Cree que los salarios de los médicos españoles convergerán con los de sus colegas europeos?**

Ver pág. 3

Participe a través de nuestra web

**www.medecoes.com**

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

## COLUMNAS

**5 • La Lanceta**

**8 • Tribuna**

**12 • Actualidad Finanzas-  
Práctica Profesional**

**14 • Atención al Paciente**

Estrategia de mejora  
de la seguridad del paciente

**16 • Gestión profesional**

Descripción de los  
puestos de trabajo

**18 • Gestión de calidad:**

**Medio Ambiente**

Imputación de costes  
de enfermería

**46 • Inversiones**

La Bolsa sube

**48 • Internet y medicina**

Reclutar pacientes  
y médicos

**50 • Capital Riesgo**

El plan de negocio

**52 • Normativa**

**56 Economía y Dinero 59 Las tres de últimas 63 Formación y empleo**

Las secciones *Economía*, *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 2006 by Advanstar Communicatios Inc. from Medical Economics with the permission of Advanstar Communicatios Inc. Reproduction in any manner, in any language, in whole or part, without the prior written permission of Advanstar Communicatios Inc. is prohibited.

© Copyright 2006 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Siete días pasarán rápido. Muy rápido.



(Ver ficha técnica en pág. 20)



**VASTAT<sub>30</sub>**  
mirtazapina  
**FLAS<sup>®</sup>**

Antidepresivo de nueva generación

**Más rápido**

**Editor**

Manuel García Abad

**Directores asociados**José María Martínez García  
Gonzalo San Segundo Prieto**Coordinador editorial**

Enrique González Morales

**Secretaría de redacción**

Cristina García Blanco

**Colaboradores**José Ignacio Alemany Bellido  
Jesús María Casal  
Miguel Fernández de Sevilla Morales  
Luis G. Pareras  
Marcial García Rojo  
Pablo Gaya Velosillo  
Elisa Herrera Fernández  
María de la Loma Segarra  
Antonio Segovia Navarro**Traducción artículos edición original**Carmen López, Héctor Valiente  
y Reis Camilleri.**Coordinador de maquetación**

Carlos González

**Maquetación**

A. Aparicio, A. Díez, C. Sanz, C. Vicent

**Producción**

José Luis Águeda Juárez

**Publicidad Madrid**Elisa González Acosta  
Antonio López, 249 1º  
28041 Madrid  
Tel.: 91 500 20 77  
spa@drugfarma.com**Publicidad Barcelona**Marta Blázquez  
Numancia 91-93 (local)  
08029 Barcelona  
Tel.: 93 419 89 35  
comercial2@drugfarma.com**Administración**Esperanza Panizo  
Tel.: 91 500 20 77**Suscripciones**Manuel Jurado  
Tel.: 91 500 20 77  
suscripciones@drugfarma.com

Tarifa ordinaria anual	105 €
Tarifa instituciones anual	130 €
Ejemplar suelto	5 €
Ejemplar atrasado	8 €

Precios válidos para España, IVA incluido

**Fotomecánica e impresión:** Litofinter Industria Gráfica

© 2006

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

# Noviembre en huelga

**S**i pretendes soluciones, huelga y manifestaciones. Ésta sería la traducción laboral del dicho popular “el que no llora no mama”. Pues bien. Una buena parte de los médicos de este país se han lanzado este noviembre a ejercer el derecho que el artículo 28 de la Constitución reconoce a todo trabajador: la huelga. La caída de la hoja parece que levanta las protestas.

Fueron los médicos asturianos los que comenzaron a calentar los motores del otoño caliente con una semana –la última de octubre– de paros en demanda de mejoras salariales vinculadas a la carrera profesional. El miércoles 2, el Sindicato Médico (Simpa) y el Servicio de Salud del Principado (Sespa) alcanzaron un acuerdo y las movilizaciones se desconvocaron.

A la refriega reivindicativa se sumaron el pasado sábado 18, los interinos y temporales de Atención Primaria de Cantabria, y para el día 24 anunciaron huelga sus paisanos con plaza en propiedad por las “malas condiciones laborales y retributivas”. Y los de Madrid por su “precariedad e inestabilidad laboral”. Los interinos y temporales de la Comunidad de Madrid dieron un voto de confianza a la Consejería de Sanidad y han desconvocado la suya. Pero al cierre de esta edición, la CESM y las agrupaciones sindicales hospitalarias de Médicos y Titulados Superiores de Cantabria y Madrid tenían convocada huelga de 24 horas para el 30 de noviembre y el 1 de diciembre.

Mientras tanto, los del hospital madrileño de Alcorcón programaban paros para los días 7, 15 y 23 en solicitud de una equiparación con el resto de hospitales públicos de la región. Y el 10 de noviembre, una mayoría de galenos de Atención Primaria, abanderados por la Plataforma 10 Minutos, materializaron su huelga de 24 horas, con un rosario de problemas sin resolver y de los que esta revista informó ampliamente hace un par de meses.

Ante la llamada a movilizaciones por parte de los sindicatos y otras asociaciones profesionales, los empleadores –las consejerías de Salud o Sanidad– se suelen rasgar, en primera instancia, las vestiduras en comunicados en los que vierten frases de este tenor: Cómo me hacéis esto, con el esfuerzo que estamos desarrollando para mejorar la calidad asistencial, agilizar la convocatoria de plazas, negociar la carrera profesional, poner al día los salarios, etcétera. Y los profesionales, reivindica que te reivindica.

En la Sanidad española hay mucho que reivindicar, muchos problemas que solucionar, a pesar de las bondades que el sistema presenta y que se reconocen. Y los políticos parece que sólo se acuerdan de Santa Bárbara cuando truena y, claro, al menor descuido, ¡zas!, el chaparrón encima. Pero, ¡por Dios!, si los pronósticos son de lluvia, saque el paraguas antes de que Tláloc suelte su mala leche y enfade al personal.

Pero nunca llueve a gusto de todos y los políticos se resisten a dar su brazo a torcer, si es que lo intentan. Así las cosas, la tensión sube, aunque los interinos madrileños la tomen gratis, como protesta, en la Puerta del Sol. ■

Gonzalo San Segundo

SE CONFIRMA QUE EL **ANALIZADOR SEGMENTAL** ES UN **ÉXITO** EN EL **DIAGNÓSTICO** Y EL **CONTROL EVOLUTIVO** DE LA **PÉRDIDA DE MASA GRASA**

El Tanita-418 determina la cantidad de masa grasa corporal localizada, la masa libre de grasa, el agua total y la masa muscular estimada, basándose en los datos obtenidos mediante la absorciometría radiológica dual (DXA) y utilizando el análisis de la impedancia bioeléctrica (AIB).

Desde su presentación en España, en el 2004, la aceptación por parte de la clase médica, como medio diagnóstico para valorar la pérdida de materia grasa corporal total y localizada, lo han convertido en un aparato imprescindible en las consultas de Obesidad, Nutrición, Medicina y Cirugía Estética.

Su alto nivel tecnológico, su simplicidad de uso y su capacidad de generar informes para el paciente lo sitúan como uno de los instrumentos diagnósticos más solicitados.

Con objeto de seguir satisfaciendo las necesidades de sus clientes se presenta el nuevo software QuickTanita 3.0 que incorpora diversas novedades para el paciente. Este instrumento forma parte de la línea profesional de Tanita Inc. distribuida en España por Biológica Tecnología Médica desde el año 1993.

**PRINCIPIOS DE LAS LECTURAS DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL MEDIANTE EL ANÁLISIS DE IMPEDANCIA BIOELÉCTRICA (AIB) A TRAVÉS DE 8 ELECTRODOS**

El AIB es un método para medir la composición corporal mediante las lecturas obtenidas de la impedancia bioeléctrica en el cuerpo. La materia grasa no es un buen conductor de electricidad, mientras que el agua, cuya mayor parte se encuentra en los músculos, es un conductor eficaz. El grado de dificultad con el que la electricidad se transmite a través de una sustancia se conoce como resistencia eléctrica, y se puede interpretar el porcentaje de grasa y de otros componentes corporales a partir de las lecturas de esta resistencia.

El analizador de la composición corporal BC- 418 mide la composición corporal utilizando una fuente de energía continua que genera una corriente de alta frecuencia y de baja intensidad (50 kHz, 500 µA). Los 8 electrodos se colocan de la siguiente forma: dos electrodos para cada pie (dedos y talón) y 2 electrodos para cada mano (dedos y palma). El objetivo de esta técnica octopolar es obtener una medida de la impedancia bioeléctrica de todo el cuerpo y de cada uno de sus segmentos individualizados.

En el método convencional de 4 electrodos, la corriente se introduce desde los electrodos, situados en los dedos de los pies, midiéndose el voltaje en el talón. Esta corriente se transmite desde una extremidad inferior a la otra a través del bajo abdomen. Por lo tanto, el valor bioeléctrico, medido por este método, es la impedancia existente entre los pies.

Sin embargo, en el método octopolar la corriente se transmite por todas las extremidades, los brazos y las piernas, y el voltaje medido corresponde a la impedancia de cada una de ellas y también a la del tronco.

Con esta nueva técnica se obtienen los datos de cinco lecturas distintas: el cuerpo entero, la pierna derecha, la pierna izquierda, el brazo derecho y el brazo izquierdo. Tales lecturas permiten determinar la composición corporal de todo el organismo y de cada uno de los segmentos citados.

Se ha comprobado que los resultados obtenidos con el método octopolar BC- 418 son más precisos que con los otros instrumentos tradicionales existentes hasta ahora.

**FIABILIDAD DEL ANÁLISIS A TRAVÉS DE 8 ELECTRODOS**

Para obtener el porcentaje de grasa corporal, la masa de grasa y la masa libre de grasa del cuerpo entero el analizador de la composición corporal utiliza datos desarrollados mediante la aplicación de la DXA en sujetos japoneses y occidentales, así como una fórmula derivada del análisis de regresión, utilizando la altura, el peso, la edad y la impedancia entre la mano y el pie derechos, como variables. Las lecturas del porcentaje de grasa corporal, la masa libre de grasa, la masa de grasa y la masa muscular, estimadas para determinadas partes del cuerpo, también utilizan una fórmula de regresión para cada una de las partes citadas, utilizando a su vez la altura, el peso, la edad y la impedancia de cada una de las partes como variables, basadas en los datos obtenidos a través de la DXA.

Se ha descubierto que existe un alto nivel de correlación entre las cifras del porcentaje de grasa corporal, de masa grasa y de masa libre de grasa de determinadas partes del cuerpo y del cuerpo entero, calculadas con esta fórmula predictiva, y las cifras obtenidas mediante la DXA.

**CONCLUSIÓN: la composición corporal, obtenida mediante el método de 8 electrodos, es sumamente fiable y altamente reproducible.**

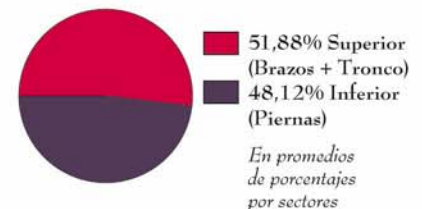
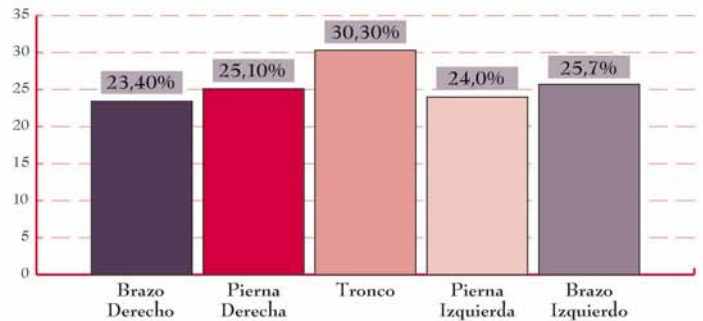
Brazo derecho - Peso 5,8 % 6,0 Kg		
Masa Grasa	Masa Libre de Grasa 70,7 % 4,6 Kg	
23,4 % 1,4 Kg	Resto * 5,0 % 0,3 Kg	Masa Muscular Estimada 71,7 % 4,3 Kg

Brazo izquierdo - Peso 5,9 % 6,1 Kg		
Masa Grasa	Masa Libre de Grasa 73,8 % 4,5 Kg	
25,7 % 1,6 Kg	Resto * 3,3 % 0,2 Kg	Masa Muscular Estimada 70,5 % 4,3 Kg

Tronco - Peso 55,4 % 56,0 Kg		
Masa Grasa	Masa Libre de Grasa 60,8 % 30,7 Kg	
30,3 % 17,2 Kg	Resto * 2,6 % 1,5 Kg	Masa Muscular Estimada 67,1 % 38,2 Kg

Pierna derecha - Peso 16,6 % 17,1 Kg		
Masa Grasa	Masa Libre de Grasa 74,0 % 12,8 Kg	
25,1 % 4,3 Kg	Resto * 4,1 % 0,7 Kg	Masa Muscular Estimada 70,8 % 12,1 Kg

Pierna izquierda - Peso 16,3 % 16,8 Kg		
Masa Grasa	Masa Libre de Grasa 70,2 % 12,8 Kg	
24,0 % 4,0 Kg	Resto * 4,2 % 0,7 Kg	Masa Muscular Estimada 72,0 % 12,1 Kg



(\*) Masa Ósea y Residual





José Antonio Martínez Pérez

## La capacidad resolutive del médico de Atención Primaria

*La utilidad de la Atención Primaria en el sistema sanitario español depende de su capacidad para ser accesible, dar cuidados integrales, atender a los pacientes a lo largo de su vida y garantizar la coordinación de los cuidados prestados a diferentes niveles. Para lograr estos objetivos se necesita una Atención Primaria resolutive.*

*Sin embargo, tras veinte años de reforma del primer nivel asistencial se observan aspectos críticos que dificultan alcanzar una buena capacidad de resolución.*

**S**on varios los factores que inciden en una buena resolución en este ámbito. Entre ellos destacan, los recursos económicos, la organización del centro de salud, la burocracia, la demanda asistencial, la dotación tecnológica, el acceso a pruebas diagnósticas, la comunicación entre niveles, el conocimiento y habilidades de los profesionales, la cartera de servicios, el compromiso y motivación de estos profesionales y las expectativas del paciente. Analizaremos a continuación cada uno de estos factores.

**1. Dotación presupuestaria.** A pesar de que uno de los objetivos de la reforma era hacer de la Atención Primaria el eje del sistema, y se realizó un importante esfuerzo en este sentido, los presupuestos dedicados a este nivel no siempre han sido acordes con esta importancia que se le quiso dar, sobre todo en los últimos años. El peso relativo de este sector en el gasto sanitario general está estancado desde 1999 (entre el 14 y el 15 por ciento) no habiendo supuesto un incremento significativo en esta asignación, las transferencias autonómicas. Se puede afirmar que existe una insuficiente dotación presupuestaria tanto a nivel de recursos, como de personal, de material e instrumentos.

Por otra parte, los datos oficiales muestran que el 35 por ciento de los médicos del sistema sanitario

público trabajan en Atención Primaria, frente a un 65 por ciento que lo hace en el ámbito hospitalario-especializado. Si consideramos conjuntamente el personal médico y de enfermería, sólo el 30 por ciento de estos efectivos trabajan en Atención Primaria.

En lo que respecta a instalaciones y equipamiento, después de una primera fase expansiva, las inversiones en construcciones de centros o reforma de los preexistentes, pasaron del 4,5 por ciento del total del gasto sanitario en 1991, al 2,7 por ciento en 1996. Actualmente con el traspaso de las competencias sanitarias a las autonomías, la tendencia es al alza, aunque claramente insuficiente para las necesidades reales existentes.

---

*En Atención Primaria existe una insuficiente dotación presupuestaria tanto a nivel de recursos, como de personal, material e instrumentos*

---

**2. Organización.** A pesar de los avances evidentes en los últimos 25 años, el sistema es todavía demasiado rígido en su estructura organizativa y poco dado a innovaciones, lo cual impide

adoptar con facilidad los cambios necesarios para mejorar su funcionamiento, aunque en ocasiones son los propios profesionales los que no tienen la suficiente capacidad de decisión para organizar su consulta y de este modo disponer de más tiempo.

Existen en la actualidad todavía numerosos centros de salud con un desarrollo organizacional inadecuado y poco orientado al paciente, en los que no se establecen objetivos jerarquizados, predomi-

nan agendas poco flexibles, no existen equipamientos informáticos e historia clínica informatizada, hay una distribución de tareas irracional y desequilibrada entre los diversos estamentos del equipo, etc.

**3. Burocracia.** Las actividades de tipo burocrático suponen el 40 por ciento del tiempo del profesional, al que le aqueja una multiplicidad y diversidad de demandas burocráticas, como son las recetas de crónicos, recetas de opioides (duplicadas), informes para el visado de fármacos, volantes de interconsulta para revisiones, renovación de documentos de baja laboral, petición de pruebas, petición de ambulancias y otros formularios impresos (oposiciones, deportivos, accesos a balnearios, a la universidad, incapacidad, teleasistencia, etc). De estas

---

*En la práctica clínica diaria se observa una falta de fluidez en la interrelación entre Atención Primaria y atención especializada*

---

actividades, el modelo de receta y de incapacidad transitoria (IT) actuales, con sus diseños mejorables, son los que representan el mayor grado de ineficiencia y generan un enorme gasto al sistema.

**4. Demanda asistencial.** Actualmente, existe una sobrecarga asistencial sobre todo en el medio urbano y semiurbano. Según el Observatorio Europeo de Sistemas de Cuidados de Salud (Oficina Regional de la OMS para Europa), España es el país europeo que tiene el número más elevado de pacientes por semana y médico (con una media de 154 pacientes, frente a los 94 de Finlandia, los 98 de Portugal y los 90 de Suecia) y el que dedica menos tiempo por paciente.

**5. Acceso a medios diagnósticos.** Un elemento clave para mejorar la resolución en Atención Primaria es el acceso de los profesionales a las pruebas diagnósticas que precisa el paciente. Sin embargo, es frecuente encontrar en muchos centros de salud, dificultades para el acceso a procedimientos diagnósticos que son accesibles en las consultas de los médicos de familia de países de nuestro entorno, pese a que algunas de estas exploraciones tie-

nen indicaciones claras, o están muy bien protocolizadas.

Este hecho incide directamente en la situación de las listas de espera y los tiempos de demora para primeras consultas; fenómeno que, a su vez, convierte el nivel secundario/terciario en el centro de las nuevas inversiones.

**6. Comunicación entre ambos niveles asistenciales.** En la práctica clínica diaria se observa una falta de fluidez en la interrelación entre Atención Primaria y atención especializada. Entre las causas que pueden contribuir a esta deficiente relación se pueden encontrar:

**a) Por parte del profesional de Atención Primaria:**

- Adecuación de las derivaciones, escaso seguimiento de los pacientes derivados, no asunción de un papel "regulador" en las derivaciones, utilización de la derivación como "escape" a la presión asistencial.
- Sensación de inferioridad frente al especialista hospitalario.

**b) Por parte del profesional hospitalario:**

- Escasa consideración por los documentos de derivación provenientes de Atención Primaria y poca o nula respuesta de los mismos, incluso en aquellos casos en los que la cumplimentación de la hoja de derivación es adecuada por parte del médico de Primaria.
- Repetición de exámenes complementarios por desconfianza en Atención Primaria.
- Falta de "visión integral del paciente".

**c) Problemas comunes:**

- Falta de comunicación y diálogo. Desconocimiento mutuo. Ambos ámbitos tienen diferente estructura, reglamentación y por ello, diferente operatividad y objetivos.
- Ausencia de protocolos y guías clínicas comunes.
- Sistemas de información no siempre compatibles entre ambos niveles.
- Dificultad para el acceso entre ambos profesionales y de consulta telefónica.
- Competencia entre niveles.

**d) Por parte del paciente:**

- Derivaciones generadas por la exigencia de un paciente cada vez más deslumbrado por la tecnología.

**7. Investigación.** En Atención Primaria la investigación ha aumentado mucho en los últimos 20 años, sin embargo es todavía escasa en relación al total, representando sólo el 4 por ciento de los artículos recogidos en el Índice Médico Español (IME). Además su calidad es mejorable, puesto que con cierta frecuencia presentan fallos de diseño, son estudios en su mayoría descriptivos, con encuestas no validadas, realizados en poblaciones demandantes, con muestras pequeñas, y discusiones a veces poco profundas, siendo pocos los trabajos multicéntricos,

Con frecuencia la investigación carece de objetivos, prioridades y estrategias bien definidas, representando los proyectos de este ámbito menos del 5 por ciento de los financiados por el FIS. Entre los factores responsables de esta situación están la ausencia de incentivos y de una carrera profesional que reconozca y premie esta actividad, la elevada presión asistencial, la falta de tiempo, los déficit estructurales, la falta de formación, etc.

**8. Formación.** Aunque la formación de los profesionales ha mejorado mucho en los últimos tiempos, con la creación de la especialidad de Medicina de Familia y de las Unidades Docentes, siguen existiendo problemas para que estos puedan formarse. La formación continuada es una actividad no obligatoria, gran parte de ella se realiza fuera del horario laboral y su impacto es desconocido en la calidad del trabajo clínico.

**9. Cartera de servicios.** La oferta de servicios en Atención Primaria es aún limitada e impide que su poder resolutivo alcance un desarrollo óptimo, por lo que se sitúa en el nivel hospitalario la solución de muchos problemas de salud que podrían abordarse de forma más efectiva y eficiente en el primer nivel asistencial.

**10. Compromiso y motivación de los profesionales.** Existen una serie de variables que pueden afectar negativamente a la motivación y al clima

y calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios. En el ámbito de la Atención Primaria destacan la sobrecarga asistencial y burocrática, el aumento de demandas de la población, la disminución de la autonomía profesional y de su reconocimiento, la ausencia de una carrera profesional que recompense y promueva el desarrollo profesional efectivo y el compromiso, las dificultades para realizar formación continuada de calidad, etc. Se sabe que esta desmotivación, especialmente en aquellos sujetos con determinadas características de personalidad, puede conducir a un desgaste profesional y afectar consecuentemente a la práctica clínica.

**11. Expectativas del paciente.** Con el aumento de la renta y de la capacidad de consumo de la población, las expectativas del paciente respecto a la respuesta del sistema sanitario para resolver sus problemas de salud han crecido desmesu-

radamente. La satisfacción del paciente con la atención médica está influenciada por el grado en que la actuación del médico se corresponde con sus expectativas, lo cual puede repercutir en la capacidad resolutiva de este profesional.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que las expectativas del paciente no siempre están en consonancia con necesidades objetivas, sino que pueden estar influidas por diversos factores, como son los medios de comunicación, la propaganda interesada de entidades privadas, etc.

Para vencer todas estas dificultades es necesario abordar de forma decidida y continuada los problemas existentes e implicar a todos los agentes (profesionales, sociedades científicas, comunidades autónomas y pacientes) en la consecución de una Atención Primaria resolutiva. Sólo así, logremos situar este ámbito como elemento clave dentro del Sistema Nacional de Salud, que será capaz de dar una respuesta más eficaz y eficiente a las demandas de los ciudadanos. ■

---

*La oferta de servicios en Atención Primaria es aún limitada e impide que su poder resolutivo alcance un desarrollo óptimo*

---

José Antonio Martínez Pérez

Médico del Centro de Salud Guadalajara-Sur  
Director del grupo Resolución en AP del Proyecto AP 21.

## ACTIVIDADES 2007

### PROGRAMA **AAP** 2007 Actualización en Atención Primaria

MURCIA • GRANADA • CANARIAS • SEVILLA • ZARAGOZA • PAMPLONA  
PALMA de MALLORCA • VALENCIA • MADRID • SALAMANCA

### PROGRAMA **APd** 2007 Actualización en Pediatría

VALENCIA • MADRID • SEVILLA • BILBAO • BARCELONA

### CLINICAL FOCUS **NETWORK** Actualización en Especialidades



CON LA GARANTÍA DE:



Revised by:



**PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN**

## El Colegio Oficial de Médicos de Córdoba presenta un informe sobre los condicionamientos ético-legales en las prescripciones

**E**l Colegio de Médicos de Córdoba a través de su Fundación, creada en 2003 con los objetivos de velar por los intereses de los médicos y su formación, organizó hace unos meses el Foro "Prescripción en Andalucía: condicionamientos ético-legales", un evento que contó con la asistencia de destacadas personalidades del ámbito sanitario. Ahora la Fundación ha presentado un informe sobre esta reunión, con el fin de analizar las condiciones ético-legales de las prescripciones actuales en Andalucía, y mostrar el posicionamiento de los médicos al respecto. Concretamente se han analizado tres aspectos: la ética de la prescripción, la prescripción por principio activo en Andalucía y los aspectos farmacológicos. Para ello han contado con la colaboración de expertos de comités ético-deontológicos, sociedades científicas, colegios de médicos, etcétera.



## OJO al dato

# 1,07

por ciento del PIB representó la inversión total de España en I+D+i en 2004, poco más de la mitad de la media de la Unión Europea.

# 9

por ciento más que el año anterior.

# 0,6

por ciento del PIB significó el gasto en I+D+i del sector empresarial español, menos de la mitad de la media europea.

# 9,5

por ciento más que en 2003.

# 203

euros fue el gasto medio por habitante, con un máximo de 433 euros en Navarra y un mínimo de 52 euros en Extremadura.

Fuente: Informe Cotec 2006 sobre Tecnología e Innovación en España.

## La OMC obtiene de nuevo la vicepresidencia del Comité Permanente de Médicos Europeos

**L**a Organización Médica Colegial (OMC) ha obtenido la vicepresidencia del Comité Permanente de Médicos Europeos. La convocatoria de los comicios se produjo tras la renuncia al cargo del anterior vicepresidente del organismo europeo y ex vicepresidente de la OMC, Manuel Sánchez García. La delegación española encabezada por el presidente, Isacio Siguero, contó con la presencia de José Ramón Huerta Blanco, presidente del Colegio de Médicos de Soria y nuevo coordinador del Área de Internacional de la institución española, quien resultó elegido para el cargo de vicepresidente del CPME hasta enero de 2008.



José Ramón Huerta Blanco.

## La I+D+i civil contará con 6.447 millones

**L**os Presupuestos Generales del Estado para 2007 destinarán un total de 6.477 millones de euros a la investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) civil, que por primera vez se separan de la partida de Defensa, lo que supone un aumento del 33 por ciento respecto a este año. Este espaldarazo a la innovación se enmarca dentro del objetivo, ya expresado por el presidente del Gobierno, José Luis Rodríguez Zapatero, de alcanzar el 2 por ciento del PIB en 2010, un 0,6 por ciento más que a finales del año próximo, y ocupar uno de los puestos de cabeza de los países de la Unión Europea. Ahora está en el número 16, de 25.



## Sanitas y Bexal firman un acuerdo de formación en Atención Primaria

**S**anitas y Bexal han presentado un acuerdo para trabajar conjuntamente en el desarrollo y realización de un plan de formación clínico para formar y familiarizar al médico de Atención Primaria con patologías y síndromes de actualidad y difícil diagnóstico. Durante el acto el doctor Iñaki Ferrando, responsable de Comunicación Médica de Sanitas, explicó que “ya se había realizado hace dos años y como el resultado ha sido muy positivo –comentó– continuamos este proyecto de formación en colaboración con Bexal, un laboratorio de prestigio, con experiencia en este campo y que va a potenciar todo el trabajo que se haga”. Por su parte, L. Rodríguez de la Cuerda, B.U. Manager de Bexal, aseguró que “dentro de este plan de formación –comentó Ángel L. Rodríguez– está prevista la realización de distintos talleres, como este que presentamos hoy sobre *Mobbing* y *Burnout* que serán impartidos por médicos especialistas en cada una de las áreas de salud tratadas.



El doctor Iñaki Ferrando durante la presentación del acuerdo.

## Capital at Work celebra su quinto aniversario

**E**l pasado 26 de octubre, la firma de gestión de patrimonios europea Capital at Work celebró su quinto aniversario en nuestro país con un cocktail en el Palco de Honor del estadio Santiago Bernabéu. Al acto asistieron, entre otros, el consejero delegado de Capital at Work Group, Ivan Nyssen, y el presidente de la compañía Dominique de Borrekens. Pablo Gaya, director de análisis de la sociedad y colaborador de MEDICAL ECONOMICS, presentó el evento y realizó una breve glosa de la historia de la compañía desde 2001. Capital at Work es una empresa de servicios de inversión exclusivamente dedicada a la gestión de patrimonios con un tipo de metodología que se basa en la selección de inversiones, tanto en bonos como en acciones de empresas sólidas pero puntualmente infravaloradas. En la actualidad, gestiona 2.500 millones de euros y cuenta con más de un centenar de personas en siete oficinas distribuidas en seis países.



Pablo Gaya.

## La Bolsa española, segundo mercado europeo por volumen en OPV

**L**a Bolsa española terminó el tercer trimestre de este año como el segundo mercado europeo que más volumen movió en salidas al parqué, por detrás de Londres –líder tradicional–, según el Observatorio Europeo de Ofertas Públicas de Venta (OPV) que elabora cada trimestre PricewaterhouseCoopers. El valor de las colocaciones

alcanzó los 991 millones de euros en ese período, mientras Londres movió por este concepto 9.500 millones en 54 OPV. En Europa, en total se produjeron 126 salidas a

bolsa en los nueve primeros meses de 2006, 61 menos que en el segundo trimestre. El valor de las salidas a bolsa, que en los últimos tres meses alcanzó los 11.808 millones de euros, fue un 40 por ciento superior al obtenido en el tercer trimestre de 2005.

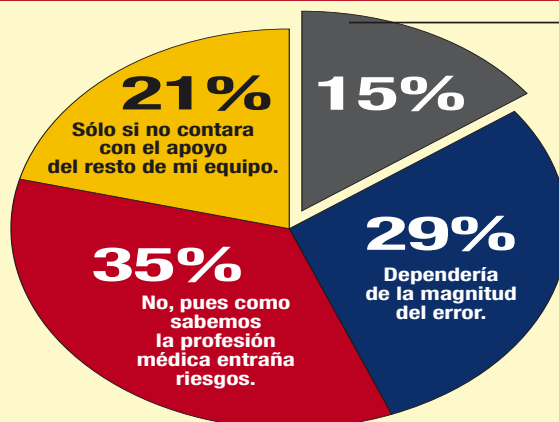


## NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

### Medical Economics®

¿Temería ejercer la profesión si hubiera cometido un error?



Sí, siempre quedaría el temor de hacerlo mal de nuevo.

La mayor parte de nuestros lectores (34%) aseguran que no temerían ejercer la Medicina tras haber cometido un error, pues como sabemos la profesión médica entraña riesgos. Una buena parte, un 29%, creen que dependería de la magnitud del error. Un 21% tendrían ese temor si no contarán con el apoyo necesario por parte de su equipo y sus compañeros, mientras que un 15% tendrían temor de ejercer la práctica médica tras una negligencia.

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



Jesús María Casal\*

## Estrategia de mejora de la seguridad del paciente

*Cuando este ejemplar este en sus manos, habrá finalizado en Madrid la Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente “Retos y realidades en el Sistema Nacional de Salud de España”, (celebrada los días 15 y 16 de noviembre) acontecimiento que supone la presencia de casi 1.000 asistentes, procedentes de 23 países de los cinco continentes y el mayor acontecimiento que en torno a la seguridad de pacientes se ha celebrado en España.*

Esta Conferencia, entre otros objetivos, supone el refrendo a una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud, tal y como es contemplada en el propio Plan de Calidad, y supone confirmar en la agenda política de forma visible y explícita la adhesión a la estrategia “Atención Limpia es atención Segura”, dentro de la propuesta formulada por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.

Liam Donaldson, como líder de la Alianza Mundial para la Seguridad de Pacientes y Elena Salgado Méndez como ministra de Sanidad de España, fueron los encargados de formalizar y hacer visible la adhesión de España, mediante una declaración de apoyo al reto que promueve la OMS.

Las siete mesas pusieron de manifiesto la información sobre estrategias y actuaciones relevantes relacionadas con las políticas de seguridad del paciente, desde la perspectiva y experiencias de los distintos servicios de salud, así como las experiencias más relevantes que en el ámbito internacional se están produciendo.

La primera mesa, tras la intervención del líder de la Alianza Liam Donaldson, donde se expusieron los ejes de actuación de la Alianza Mundial, se centró en una visión internacional de las políticas de seguridad: la de la OMS, con la aportación de

Didier Pittet, exponiendo el reto 2005-2006, “Atención Limpia es atención Segura”, que se complementó con la intervención de Edward Kelley, que desde su doble perspectiva OCDE y AHRQ, formula recomendaciones por la seguridad de los pacientes. Puso fin a esta primera mesa, la intervención de Orlando Arroz, con la experiencia de Costa Rica en la implantación de un programa de Seguridad de Pacientes.

La segunda mesa se planteó como una aproximación a las políticas de seguridad dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud, desde dos ópticas, la institucional por medio de la vinculación al Plan de Calidad y el despliegue de las políticas de seguridad; y una segunda que puso especial énfasis en dos investigaciones, el estudio Nacional de Efectos Adversos en el SNS, entendido como punto de

partida para abordar una estrategia integral y la presentación de una propuesta en el contexto de las buenas prácticas y su necesidad medida de cara a consolidar la cultura de seguridad y los profesionales.

La tercera mesa puso de manifiesto el despliegue que algunos servicios de salud han implementado a partir de los fondos que para políticas de seguridad se han librado a partir de acuerdos en el Consejo Interterritorial, las experiencias de Andalucía, Cantabria, Cataluña, Madrid, Princi-

*Las siete mesas pusieron de manifiesto la información sobre estrategias y actuaciones relevantes relacionadas con las políticas de seguridad de paciente, desde la perspectiva y experiencias de los distintos servicios de salud*

pado de Asturias y Valencia, como una aproximación a las realidades dentro de nuestro SNS.

La cuarta mesa sobre efectos adversos y sistemas de notificación presentó una experiencia en el ámbito hospitalario, una aproximación al sistema de notificación quizás del más desarrollado como el danés, un análisis cuando menos poco amable desde la experiencia islandesa, y para finalizar el planteamiento legal desde nuestro ordenamiento jurídico.

### Gestión de medicamentos y seguridad

La segunda jornada comenzó con la visión internacional en gestión de medicamentos y seguridad, Francia, EE.UU., Canadá, y Reino Unido, desde el paraguas de la ISMP (Institute for Safe Medication Practices).

Se abordó, igualmente, la Infección Nosocomial, desde la experiencia acumulada del EPINE, y su análisis de la situación en el sistema, la intervención en el ámbito de la gestión hospitalaria en un centro sanitario, y el posicionamiento



del paciente con la aportación de Susan Sheridan, de la Alianza Mundial y responsable del programa de Pacientes por la Seguridad; los pacientes por la Seguridad de Pacientes en España con la aportación de la responsable de relaciones institucionales de la Confederación de Consumidores y Usuarios; y por parte de los profesionales, la Asociación Española de Cirujanos, puso de manifiesto el compromiso que los profesionales quieren asumir acerca de la seguridad del paciente.

Estoy convencido que el programa que os acabo de comentar puede tener limitaciones, sin duda, pero la amplitud de miras y el futuro, no pueden ser un motivo de crítica bien al contrario, esto es algo que desde esta colaboración, quiero asumir, y presentar con las limitaciones que todos sabemos que hay.

### La importancia de pacientes y familiares

La adivinación no es, para que decir lo contrario, una de mis cualidades, pero si estoy persuadido de que los próximos escenarios y la próxima

agenda política tendrá muy presente la presencia de los pacientes, sus familias y sus organizaciones. El reto está lanzado, creo que con responsabilidad y sinceridad es posible que caminemos para consolidar “la pata” que nos falta: no me pregunten cuál es, ustedes y yo lo sabemos.

Para finalizar, debo agradecer a la Fundación Hipercolesterolemia Familiar y a su secretaria María Teresa Pariente, sus amables palabras y su comprensión hacia lo que desde estas páginas con limi-

taciones, pero con honradez, estamos haciendo. Ha sido un placer. ■



por parte de la Sociedad Española de Medicina Intensiva.

La última mesa sobre profesionales y pacientes por la seguridad, contó con las presentaciones acerca de la percepción de la cultura de la seguridad a cargo de Margarida Franca, del Instituto de Calidad en Salud de Portugal; los pacientes y la se-

*\* Jesús María Casal es enfermero. Miembro de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, es máster en Salud Pública y en Gestión de la Calidad.*



José María Martínez García\*

## Descripción de los puestos de trabajo

*Tras haber elaborado durante las últimas semanas, en esta misma columna, un modelo dinámico, completo y eficaz de organigrama, el siguiente paso que voy a abordar para los lectores dentro del área de recursos humanos y organización es una descripción de los puestos de trabajo cuyas actividades se desarrollan en una clínica.*

Confeccionar los puestos de trabajo, discutirlos con las personas implicadas y, por supuesto, hacerlos definitivos (con flexibilidad futura) y entregarlos a cada una de ellas es el segundo pilar más importante en el esquema de una organización empresarial sanitaria de esta actividad y, por supuesto, clave para obtener acreditaciones de calidad.

Evidentemente sólo voy a poner algunos ejemplos, en posiciones muy delimitadas, que espero sirvan como perfil y que, igual que pasaba con los organigramas, cada cual los ajuste a las necesidades y características propias.

Y dado que nunca he entendido la categoría de “director” sin un apellido profesional al lado, en ninguna organización (y se da con mucha frecuencia en la realidad, quizás por desconocimiento o ganas de presumir de algunos) empezaré por la descripción de las funciones de los dos puestos con máxima responsabilidad de una clínica, ya sea privada o pública, en las áreas de gestión y médica: director gerente y director médico.

### Director gerente

- Informar directamente al consejo de dirección o de administración.
- Responsabilizarse de la coordinación médico-administrativa, marketing y comunicación, y de la dirección económico-financiera.
- Optimizar y dirigir la política financiera de la empresa.
- Diseñar y supervisar el sistema de control de gestión, sus políticas y procedimientos y su

aplicación a los diferentes departamentos y a la totalidad de la empresa.

- Llevar a cabo un control eficaz de gastos.
- Coordinar y controlar la elaboración del presupuesto.
- Supervisar el cumplimiento de las políticas generales de la empresa.
- Dirigir y controlar el sistema de gestión, con el fin de adaptar los recursos técnicos y humanos a las previsiones de la actividad, en todo momento.
- Regularizar las relaciones laborales de acuerdo a la normativa laboral.

---

*Los dos puestos con máxima responsabilidad de una clínica, ya sea pública o privada, son los de director médico y director gerente*

---

- Investigar diferentes alternativas de inversión y su modo de financiación.
- Supervisar la administración económica y personal de la empresa, estableciendo los procesos más eficaces posibles.
- Establecer las medidas necesarias para mejorar la rentabilidad y competitividad.
- Ser responsable de los recursos humanos de la empresa.
- Crear, gestionar y promocionar el marketing en el interior de la clínica.

- Representar a la empresa en cuantos eventos profesionales y sociales sea necesario.
- Mantener relaciones con empresas del sector y otras clínicas.

*El director gerente tiene que supervisar y diseñar el sistema de control de gestión de los distintos departamentos*

### **Director médico**

- Representar a la clínica en reuniones de carácter médico o en requerimientos de instituciones públicas o privadas en temática de tipo médico.
- Ser miembro del consejo de dirección (administración) de la clínica.
- Responsabilizarse de la organización de la dirección médica de la clínica.
- Dirigir las sesiones clínicas periódicas.
- Ser miembro activo del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) para la evaluación de protocolos de ensayos clínicos, si existe.
- Responsabilizarse de la gestión de actividades médicas y relaciones con organismos oficiales.
- Responsabilizarse del contenido médico del programa de calidad y de exigir el cumplimiento de las guías de actuación.

*Entre las funciones del director médico se encuentran las de colaborar en proyectos de investigación promovidos por la clínica*

- Ser, preferentemente, especialista cirujano general.
- Atender primeras visitas de pacientes con problemas generales o de la especialidad monográfica, si así lo es la clínica.
- Colaborar en proyectos de investigación promovidos dentro de la clínica. ■

*\*Presidente del Instituto para la Gestión de la Sanidad.  
Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net*



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

**SureSkin® II**   
APÓSITOS HIDROCOLOIDES  
DE IIª GENERACIÓN



El Apósito Hidrocoloide  
**tan flexible y  
adaptable como la piel**

Info  **Salvat**

900 80 50 80

infosalvat@salvat-lab.es

  
**SALVAT**  
*innovación y calidad*

### Imputación de costes

*Se estima que entre un 30 y un 40 por ciento del presupuesto sanitario se gasta en cuidados de Enfermería pero, hasta el momento, nunca se ha aplicado de forma estricta la contabilidad analítica en este campo.*

**E**n nuestro país la metodología propuesta en el proyecto Signo II Enfermería, para definir el producto enfermero y su traducción en unidades relativas de valor, supuso un referente para el cálculo del producto enfermero.

Pretendemos mostrar la metodología para calcular el coste de enfermería de una unidad de hospitalización.

El objetivo es desarrollar y aplicar la metodología para un análisis de:

- Tiempos de actividad de enfermería utilizados en la unidad de hospitalización.
- Coste del tiempo de enfermería y de los materiales necesarios para la actividad enfermera.
- Coste imputable a la actividad de enfermería dentro del coste global de cada Grupo Relacionado por Diagnóstico (G.R.D.).

#### Metodología

Un grupo de enfermeras expertas de la unidad de hospitalización, estandariza las actividades de enfermería por día para los planes de cuidados que corresponden a los utilizados para las pacientes ingresadas en la unidad de hospitalización. A cada actividad de enfermería se le asigna la frecuencia de dicha actividad en las 24 horas.

Las actividades de enfermería se traducen a U.R.V. (puntuación relativa en cuanto a la utilización de recursos de enfermería). Un U.R.V. equivale a un minuto de consumo de recursos.

Las U.R.V. correspondientes a cada actividad se asignaron mediante un grupo de trabajo del personal de enfermería del hospital que trabajó con metodología Delphi.

Se calcula la intensidad de enfermería en U.R.V. para cada día de estancia, según sea día de ingreso, de alta o día de estancia intermedio, teniendo en cuenta la estancia media del proceso estudiado.

A la intensidad de la actividad de enfermería calculada, actividad directa, se añade un 20 por ciento más de tiempo por las actividades indirectas (orientadas a dotar la estructura organizativa y la coordinación) según la metodología utilizada por Signo II.

---

*Sumando el coste de la intensidad de enfermería y de los materiales utilizados en la realización de las actividades obtendremos el coste de la actividad enfermera*

---

Se imputa a las actividades que lo precisan, el material correspondiente para la realización de dicha actividad. Se ha calculado el coste total de material por actividad tomando como base los precios unitarios de cada material.

La intensidad de enfermería, en U.R.V., se multiplica por los días de estancia (teniendo en cuenta la diferencia de cálculo entre los tipos de días), y el total de U.R.V. se convierte en euros multiplicando las U.R.V. por el coste del minuto contratado de auxiliar y de enfermería.

El coste del minuto se calcula con el total de minutos trabajados de media al año y el sueldo anual de cada una de las categorías. Dado que la U.R.V. se calcula en minutos de asistencia y el coste es diferente según sea una enfermera o una auxiliar la que realice la actividad, se revisan todas las actividades asignadas que realiza cada profesional, se suman los tiempos por categoría y se calcula la parte proporcional que corresponde a la enfermera y la que corresponde a la auxiliar, asig-

# Consultoría

## Gestión de Calidad: Enfermería

nando posteriormente los costes en función de ese porcentaje.

Sumando el coste de la intensidad de enfermería y de los materiales utilizados en la realización de las actividades obtendremos el coste de la actividad enfermera en la unidad de hospitalización de enfermería.

A partir del coste del G.R.D. (coste estándar) se calcula el porcentaje que corresponde, en cada uno de ellos, a la actividad de enfermería en la hospitalización, dividiendo el coste de la actividad de enfermería entre el coste total del G.R.D.

Hasta ahora los cuidados de enfermería se han considerado una parte de la hostelería hospitalaria, y dadas las características de la actividad enfermera y las repercusiones sociosanitarias de ella,

*Para calcular el producto enfermero se utiliza en nuestro país la metodología propuesta en el proyecto Signo II Enfermería*

es cada vez más necesario evidenciar la contribución de los servicios de enfermería en los costes del producto final.

Con los resultados obtenidos se puede observar que aún hablando sólo de la hospitalización del puerperio, estamos en porcentajes cercanos al 20 por ciento de contribución de enfermería en el coste total de los respectivos G.R.D. implicados.

Visto el importante porcentaje que tiene la actividad enfermera en el peso de estos G.R.D. es fundamental el tener en cuenta las actividades de enfermería a la hora de calcular los pesos y costes de cada G.R.D. adecuados a la realidad española. ■

*La sección Consultoría-Gestión de Calidad está a cargo de M<sup>a</sup> de la Loma Segarra Cañameres, Subdirectora de Enfermería. Hospital Universitario La Paz msegarra.hulp@salud.madrid.org*



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

# crystalmina

ANTISÉPTICO CON  
GLUCONATO DE  
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico  
transparente, eficaz,  
seguro y rápido

#### PROSPECTO DE CRISTALMINA

**CRISTALMINA** Solución Desinfectante Transparente USO EXTERNO. **COMPOSICIÓN CENTESIMAL:** CRISTALMINA solución: 100 ml contiene Clorhexidina Gluconato (DC) 1 g. Excipientes: Alcohol bencílico, Polisorbato 80, Agua purificada. Antiséptico de acción bactericida y fungicida. **PROPIEDADES:** Es una solución antiséptica para cualquier situación que requiera una desinfección general de la piel, debido a su amplio espectro bacteriostático, bactericida y fungicida. **INDICACIONES:** Heridas, quemaduras leves, grietas, rozaduras, aftas bucales, espinillas, acné, impétigo, llagas recientes, prevención de infecciones en llagas por decúbito. Desinfección de la piel en preoperatorios. Desinfección del ombligo en recién nacidos. **CONTRAINDICACIONES:** Sensibilización al preparado. **INCOMPATIBILIDADES:** No debe usarse en combinación ni después de la aplicación de ácidos, sales de metales pesados o yodo. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** Reacciones cutáneas de hipersensibilidad. **PRECAUCIONES:** Irrita la conjuntiva ocular en el caso de contacto accidental. No debe usarse en el tratamiento de los oídos. El instrumental sanitario que se haya desinfectado con CRISTALMINA, debe enjuagarse escrupulosamente con agua estéril antes de usarlo. **CONDICIONES DE CONSERVACIÓN Y ALMACENAMIENTO:** Presérvase de la luz. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de ingestión accidental, proceder al lavado gástrico y protección de la mucosa digestiva. En caso de sobredosis o ingestión accidental, consultar al Servicio de Información Toxicológica. Tel. 91 562 04 20. **POSOLÓGIA:** Uso tópico. Una o dos aplicaciones iniciales, pudiendo repetirse tantas veces como se considere necesario. Las ropas sobre las que haya goteado CRISTALMINA no se lavarán con lejía (ni otros hipocloritos), sino con detergentes domésticos a base de perborato sódico. Los medicamentos deben mantenerse fuera del alcance de los niños. Sin receta médica. **PRESENTACIONES:**  
Crystalmina solución 1%..... envase 500 ml  
Crystalmina solución 1%..... envase 125 ml  
Crystalmina solución 1%..... envase 25 ml  
Crystalmina solución 1% monodosis

#### OTRAS PRESENTACIONES:

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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvat-lab.es

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

**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** Vastat® 15 mg/ml solución oral. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** 1 ml de solución oral contiene 15 mg de mirtazapina. Excipientes en 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Solución oral. Solución acuosa, transparente, de incolora a color paja, con un olor característico cítrico a naranja. **4. DATOS CLÍNICOS.** 4.1. **Indicaciones terapéuticas.** Episodio de depresión mayor. **4.2. Posología y forma de administración.** Véase la forma de preparar el frasco en 6.6. Instrucciones de uso. La solución debe tomarse por vía oral, en un vaso con un poco de agua. Adultos: La dosis eficaz se encuentra normalmente entre 15 y 45 mg al día; el tratamiento se inicia con 15 o 30 mg (la dosis más alta se tomará por la noche). Ancianos: La dosis recomendada es la misma que para los adultos. En pacientes ancianos el aumento de dosis debe realizarse bajo estrecha supervisión para conseguir una respuesta satisfactoria y segura. Niños: No se ha determinado la eficacia y seguridad de Vastat en niños, por lo tanto no se recomienda tratar niños con Vastat. El aclaramiento de mirtazapina puede disminuir en pacientes con insuficiencia hepática o renal. Esto debe tenerse en cuenta cuando se prescribe Vastat a estos pacientes. Mirtazapina tiene una semivida de 20-40 horas, por lo que Vastat puede administrarse una vez al día, preferiblemente como dosis única por la noche antes de acostarse. También puede administrarse en subdosis divididas a partes iguales durante el día (una por la mañana y una por la noche). Es recomendable continuar el tratamiento hasta que el paciente ya no presente síntomas durante 4-6 meses. Posteriormente, el tratamiento puede abandonarse gradualmente. El tratamiento con una dosis adecuada deberá proporcionar una respuesta positiva en 2-4 semanas. Si la respuesta es insuficiente, la dosis puede aumentarse hasta la dosis máxima, pero si no se produce respuesta en otras 2-4 semanas, debe suspenderse el tratamiento. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la mirtazapina o a cualquiera de los excipientes. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Durante el tratamiento con muchos antidepresivos, se ha descrito depresión de la médula ósea, que normalmente se presenta como granulocitopenia o agranulocitosis. En la mayor parte de los casos aparece después de 4-6 semanas y en general es reversible una vez se suspende el tratamiento. También se ha informado de agranulocitosis reversible como acontecimiento adverso raro en estudios clínicos con Vastat. El médico deberá vigilar la aparición de síntomas como fiebre, dolor de garganta, estomatitis u otros signos de infección; si se presentan tales síntomas deberá suspenderse el tratamiento y realizarse un hemograma. En los siguientes casos es necesario establecer la pauta posológica cuidadosamente, así como realizar un seguimiento regular: - epilepsia y síndrome afectivo orgánico; a partir de la experiencia clínica parece que raramente se producen ataques en pacientes tratados con Vastat. - insuficiencia hepática o renal; - enfermedades cardíacas como alteraciones de la conducción, angina de pecho e infarto de miocardio reciente, situaciones en las que deberán tomarse las precauciones habituales y administrar con precaución los medicamentos concomitantes. - hipotensión. Al igual que con otros antidepresivos deben tomarse precauciones en pacientes que se encuentren en las siguientes situaciones: - alteraciones de la micción como hipertrofia prostática (aunque en este caso no es de esperar que se produzcan problemas debido a que Vastat posee una actividad anticolinérgica muy débil), - glaucoma agudo de ángulo estrecho con presión intraocular elevada (en este caso también es muy poco probable que aparezcan problemas, porque Vastat tiene una actividad anticolinérgica muy débil), - diabetes mellitus. El tratamiento debe suspenderse si se presenta ictericia. Además, al igual que con otros antidepresivos, deben tenerse en cuenta los siguientes factores: - puede darse un empeoramiento de los síntomas psicóticos cuando se administran antidepresivos a pacientes con esquizofrenia u otras alteraciones psicóticas; pueden intensificarse los pensamientos paranoides. - si se trata la fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva puede revertir a la fase maníaca; respecto a la posibilidad de suicidio, en particular al inicio del tratamiento, debe proporcionarse al paciente una cantidad limitada de Vastat solución oral. - aunque los antidepresivos no producen adicción, la suspensión brusca de tratamiento después de la administración a largo plazo puede causar náuseas, dolor de cabeza y malestar. - los pacientes ancianos son más frecuentemente sensibles, especialmente a los efectos adversos de los antidepresivos. Durante la investigación clínica con Vastat no se ha informado de la aparición de efectos adversos más frecuentemente en los pacientes ancianos que en otros grupos de edad, sin embargo, la experiencia hasta el momento es limitada. Los pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a la fructosa no deben tomar este medicamento. Existen ligeras diferencias farmacocinéticas entre la solución oral y los comprimidos, aunque es probable que estas diferencias no tengan relevancia clínica, deben tomarse precauciones al cambiar de comprimidos a solución oral. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** - Datos in vitro sugieren que la mirtazapina es un inhibidor competitivo muy débil de los enzimas CYP1A2, CYP2D6 y CYP3A4 del citocromo P450. La mirtazapina se metaboliza ampliamente por las CYP2D6 y CYP3A4 y en menor grado por la CYP1A2. En un estudio sobre interacciones en voluntarios sanos no se mostró influencia de la paroxetina, que es un inhibidor de la CYP2D6 en cuanto a la farmacocinética de la mirtazapina en estado de equilibrio. No se conoce el efecto de un inhibidor de la CYP3A4 en la farmacocinética de la mirtazapina in vivo. Deben supervisarse cuidadosamente tratamientos concomitantes con mirtazapina e inhibidores potentes de la CYP3A4, como inhibidores de la proteasa del HIV, antifúngicos azólicos, eritromicina y nefazodona. La carbamazepina, que es un inductor de la CYP3A4, aumentó aproximadamente dos veces el aclaramiento de mirtazapina, lo que resultó en una disminución de los niveles plasmáticos del 45-60%. Si se añade la carbamazepina u otro inductor del metabolismo de fármacos (como rifampicina o fenitoína) a la terapia con mirtazapina, puede ser necesario aumentar la dosis de mirtazapina. Si el tratamiento con el inductor se suspende, puede ser necesario disminuir la dosis de mirtazapina. La biodisponibilidad de la mirtazapina aumentó en más del 50% al administrarse conjuntamente con cimetidina. Puede ser necesario disminuir la dosis de mirtazapina en caso de iniciar un tratamiento concomitante con cimetidina o aumentarla cuando finaliza el tratamiento con este medicamento. En los estudios in vivo sobre interacciones, la mirtazapina no influyó en la farmacocinética de la risperidona ni de la paroxetina (sustrato de la CYP2D6), carbamazepina (sustrato de la CYP3A4), amitriptilina ni cimetidina. No se han observado efectos ni cambios clínicos relevantes en la farmacocinética en humanos de la administración conjunta de mirtazapina y litio. - Mirtazapina puede potenciar la acción depresiva del alcohol sobre el sistema nervioso central; por tanto los pacientes deben ser advertidos de que eviten el alcohol durante el tratamiento con Vastat. - Vastat no debe administrarse simultáneamente con inhibidores de la MAO ni en las dos semanas posteriores a la finalización del tratamiento con estos agentes. - Mirtazapina puede potenciar los efectos sedantes de las benzodiazepinas; deben tomarse precauciones cuando se prescriben estos fármacos junto con Vastat. **4.6. Embarazo y lactancia.** Aunque los estudios en animales no han mostrado ningún efecto teratogénico con trascendencia toxicológica, no se ha establecido la seguridad de Vastat en el embarazo humano. Vastat se utilizará en el embarazo únicamente si la necesidad es clara. Aunque los experimentos en animales muestran que mirtazapina se excreta en cantidades muy pequeñas por la leche, el uso de Vastat en mujeres que dan el pecho no es aconsejable porque no existen datos disponibles sobre la excreción por la leche humana. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Vastat puede disminuir la concentración y la alerta. Los pacientes en tratamiento con antidepresivos deben evitar realizar actividades potencialmente peligrosas que requieran un estado de alerta y concentración, como conducir un vehículo a motor o manejar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** Los pacientes con depresión presentan varios síntomas relacionados con la enfermedad misma. Por tanto, a veces es difícil diferenciar los síntomas que son resultado de la propia enfermedad o debidos al tratamiento con Vastat. Las reacciones adversas comunes (1-10%) que se informan durante el tratamiento con Vastat son: - aumento de apetito y aumento de peso. - somnolencia (que puede afectar negativamente a la concentración), generalmente durante las primeras semanas de tratamiento (Nota: En general, la reducción de dosis no produce menor sedación sino que además puede comprometer la eficacia antidepresiva); - edema generalizado o local, con aumento de peso. - mareo. - cefalea. En casos raros (0,01-0,1%) pueden presentarse las siguientes reacciones adversas: - hipotensión (ortostática); - manía; - convulsiones (ataques), temblores, mioclonía; - depresión aguda de la médula ósea (eosinofilia, granulocitopenia, agranulocitosis, anemia aplásica y trombocitopenia) (véase también 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo); - aumento en las actividades de las transaminasas séricas; - exantema; - paréresis; - síndrome de las piernas inquietas; - artralgia/mialgia; - fatiga; - pesadillas/sueños intensos. **4.9. Sobredosis.** La experiencia hasta el momento (aunque todavía limitada) respecto a sobredosisificación con Vastat solo, indica que los síntomas son en general leves. Se ha descrito depresión del sistema nervioso central con desorientación y sedación prolongada, junto con taquicardia e hiper o hipotensión leves. Los casos de sobredosisificación deberán tratarse mediante lavado gástrico, conjuntamente con una terapia sintomática apropiada y de apoyo de las funciones vitales. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS.** **5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Grupo farmacoterapéutico: Antidepresivo. Código ATC: N06AX11. Mirtazapina es un antagonista central alfa2 presináptico, que aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica a nivel central. La intensificación de la neurotransmisión serotoninérgica está mediada específicamente por los receptores 5HT1, ya que la mirtazapina bloquea los receptores 5HT2 y 5HT3. Se cree que ambos enantímeros de mirtazapina contribuyen a la actividad antidepresiva, el enantiómero S(+)- bloqueando los receptores alfa2 y 5HT2 y el enantiómero R(-) bloqueando los receptores 5HT3. La actividad antihistamínica H1 de mirtazapina es responsable de sus propiedades sedantes. Normalmente mirtazapina se tolera bien y prácticamente no presenta actividad anticolinérgica; a dosis terapéuticas prácticamente no tiene efectos sobre el sistema cardiovascular. Vastat (mirtazapina) es un antidepresivo, que puede administrarse como tratamiento en episodios de depresión mayor. La presencia de síntomas tales como anhedonia, inhibición psicomotora, alteraciones del sueño (despertar temprano) y pérdida de peso aumentan la posibilidad de una respuesta positiva. Otros síntomas son: pérdida de interés, pensamientos suicidas y variaciones del humor (mejor por la noche que por la mañana). Vastat empieza a evidenciar su eficacia en general después de 1-2 semanas de tratamiento. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** Después de la administración oral de Vastat, el principio activo mirtazapina se absorbe bien y rápidamente (biodisponibilidad = 50%), alcanzando los niveles plasmáticos máximos después de aproximadamente 1 hora. La unión de mirtazapina a las proteínas plasmáticas es aproximadamente del 85% y el promedio de la semivida de eliminación es de 20-40 horas; se han registrado ocasionalmente semividas más largas, de hasta 65 horas y también se han observado semividas más cortas en varones jóvenes. Esta semivida de eliminación es suficiente para justificar una administración única al día. El estado de equilibrio estacionario se alcanza en 3-4 días, sin que se produzca acumulación posteriormente. La mirtazapina presenta una farmacocinética lineal en el intervalo de dosis recomendado. La ingestión de alimentos no influye en la farmacocinética de la mirtazapina. Mirtazapina se metaboliza en su mayor parte y se elimina por vía renal y por las heces en pocos días. Las vías principales de biotransformación son la desmetilación y la oxidación, seguidas de conjugación. Los datos in vitro de los microsomas hepáticos humanos indican que los enzimas CYP2D6 y CYP1A2 del citocromo P450 están implicados en la formación del metabolito 8-hidroxilo de la mirtazapina, mientras que se considera que el CYP3A4 es responsable de la formación de los metabolitos N-desmetil y N-óxido. El metabolito desmetil es farmacológicamente activo y parece que tiene el mismo perfil farmacocinético que el compuesto de origen. El aclaramiento de mirtazapina puede disminuir a causa de insuficiencia hepática o renal. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Mirtazapina no indujo efectos de importancia clínica en estudios de seguridad a largo plazo en ratas y perros, ni en estudios de toxicidad sobre la reproducción en ratas y conejos. Mirtazapina no se consideró genotóxica en una serie de ensayos de mutación génica y cromosómica y de alteración del DNA. Los tumores de las glándulas tiroideas encontrados en un estudio de carcinogénesis en ratas y la neoplasia hepatocelular encontrada en un estudio de carcinogénesis en ratones se consideran específicos de la especie, siendo respuestas no genotóxicas asociadas a un tratamiento a largo plazo con dosis altas de inductores de enzimas hepáticas. **6. DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1. Lista de excipientes.** L-metionina, benzato sódico (E-211), sacarina sódica (E-954), ácido cítrico monohidrato (E-330), glicol (E-422), solución de metilato, aroma de mandarina N° 10888-56 y agua purificada. **6.2. Incompatibilidades.** La solución oral no debe mezclarse con otro líquido que no sea agua. **6.3. Periodo de validez.** 2 años; periodo de validez una vez abierto el frasco por primera vez: 6 semanas. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 25° C. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** La caja contiene 1 frasco de vidrio tapado con 60 ml de Vastat solución oral (15 mg/ml) y una bomba dosificadora. El frasco se cierra con un tapón de rosca a prueba de niños y un precinto, que se rompe al desensacar el tapón. La bomba se presenta envasada en una bolsa de plástico cerrada. **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Destapar el frasco. Presionar el tapón hacia abajo girándolo al mismo tiempo en sentido contrario a las agujas del reloj. Primero se romperá el precinto y al presionar y/o girando se desensacará el tapón. Este procedimiento se muestra en símbolos sobre el tapón de rosca. Aceptar la bomba dosificadora en el frasco. Sacar la bomba de su bolsa de plástico y acoplarla al frasco introduciendo cuidadosamente el tubo de plástico en la boca del frasco. Presionar la bomba contra el frasco y ensacarla hasta que se acople perfectamente. Tras oír un "clic" apretar un poco para asegurarse de que la bomba está correctamente enroscada en su sitio. Uso de la bomba. La boquilla tiene dos posiciones y puede girarse suavemente en el sentido contrario a las agujas del reloj (posición de abierto) y en el sentido de las agujas del reloj (posición de cierre). En la posición de cierre, la boquilla no se puede presionar y no sale solución. La posición de abierto es la posición normal para verter solución oral. Girar suavemente la boquilla en el sentido contrario a las agujas del reloj hasta un punto (aproximadamente un cuarto de vuelta), entonces la bomba está preparada. Administración de la solución oral. Preparación de la bomba: Al presionar la bomba por primera vez no descargará la cantidad correcta de solución oral. Por tanto, la bomba se debe preparar (purgar) aproximadamente completamente 3 veces. Rechazar la solución oral que sale de la boquilla. Después, cada vez que se accione la bomba descargará la dosis correcta (1 ml, que contiene 15 mg del principio activo mirtazapina). Dosificación normal: Colocar el frasco sobre una superficie plana, por ejemplo una mesa. Poner un vaso con un poco de agua bajo la boquilla y presionar con un gesto firme, suave y continuo (no demasiado lento) hacia abajo hasta el tope. Liberar entonces la bomba, que estará preparada para la dosis siguiente. **6.7. Código Nacional y precio venta público.** Código Nacional y precio venta público en el Sistema Nacional de Salud. Aportación Reducida. VASTAT® SOLUCIÓN 60ml. CN: 798512. PVP-iva: 48,57 €. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Pensa. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 215 - 08041 Barcelona. **8. NÚMERO DE REGISTRO.** 66.087. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN O DE LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Junio 2004. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Mayo 2004.



**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO.** Vastat Flas® 15 mg y Vastat Flas® 30 mg comprimidos bucodispersables. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada comprimido contiene 15 mg, o 30 mg de mirtazapina. Lista de excipientes en 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimidos bucodispersables. Los comprimidos de Vastat Flas son redondos, blancos y con bordes biselados, marcados con un código en una de las caras (TZ/1, comprimidos 15 mg y TZ/2, comprimidos 30 mg). **4. DATOS CLÍNICOS.** 4.1. **Indicaciones terapéuticas.** Episodio de depresión mayor. **4.2. Posología y forma de administración.** Para evitar que el comprimido se aplaste, no presione el alveolo. Cada blister contiene 6 alveolos, separados por líneas perforadas. Doble el blister y separe un alveolo siguiendo las líneas perforadas. Separe cuidadosamente la lámina del alveolo por la esquina indicada con una fuerza. Saque el comprimido de su alveolo con las manos secas y póngaselo en la lengua. El comprimido se disgregará rápidamente y puede tragarse sin agua. Adultos: La dosis eficaz se encuentra normalmente entre 15 y 45 mg al día; el tratamiento se inicia con 15 o 30 mg (la dosis más alta se tomará por la noche). Ancianos: La dosis recomendada es la misma que para los adultos. En pacientes ancianos el aumento de dosis debe realizarse bajo estrecha supervisión para conseguir una respuesta satisfactoria y segura. Niños: No se ha determinado la eficacia y seguridad de Vastat en niños, por lo tanto no se recomienda tratar niños con Vastat. El aclaramiento de mirtazapina puede disminuir en pacientes con insuficiencia hepática o renal. Esto debe tenerse en cuenta cuando se prescribe Vastat a estos pacientes. Mirtazapina tiene una semivida de 20-40 horas, por lo que Vastat puede administrarse una vez al día, preferiblemente como dosis única por la noche antes de acostarse. También puede administrarse en subdosis divididas a partes iguales durante el día (una por la mañana y una por la noche). Es recomendable continuar el tratamiento hasta que el paciente ya no presente síntomas durante 4-6 meses. Posteriormente, el tratamiento puede abandonarse gradualmente. El tratamiento con una dosis adecuada deberá proporcionar una respuesta positiva en 2-4 semanas. Si la respuesta es insuficiente, la dosis puede aumentarse hasta la dosis máxima, pero si no se produce respuesta en otras 2-4 semanas, debe suspenderse el tratamiento. **4.3. Contraindicaciones.** Hipersensibilidad a la mirtazapina o a cualquiera de los excipientes. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Durante el tratamiento con muchos antidepresivos, se ha descrito depresión de la médula ósea, que normalmente se presenta como granulocitopenia o agranulocitosis. En la mayor parte de los casos aparece después de 4-6 semanas y en general es reversible una vez se suspende el tratamiento. También se ha informado de agranulocitosis reversible como acontecimiento adverso raro en estudios clínicos con Vastat. El médico deberá vigilar la aparición de síntomas como fiebre, dolor de garganta, estomatitis u otros signos de infección; si se presentan tales síntomas deberá suspenderse el tratamiento y realizarse un hemograma. En los siguientes casos es necesario establecer la pauta posológica cuidadosamente, así como realizar un seguimiento regular: - epilepsia y síndrome afectivo orgánico; a partir de la experiencia clínica parece que raramente se producen ataques en pacientes tratados con Vastat. Insuficiencia hepática o renal. Enfermedades cardíacas como alteraciones de la conducción, angina de pecho e infarto de miocardio reciente, situaciones en las que deberán tomarse las precauciones habituales y administrar con precaución los medicamentos concomitantes. Hipotensión. Al igual que con otros antidepresivos deben tomarse precauciones en pacientes que se encuentren en las siguientes situaciones: - alteraciones de la micción como hipertrofia prostática (aunque en este caso no es de esperar que se produzcan problemas debido a que Vastat posee una actividad anticolinérgica muy débil), - glaucoma agudo de ángulo estrecho con presión intraocular elevada (en este caso también es muy poco probable que aparezcan problemas, porque Vastat tiene una actividad anticolinérgica muy débil), - diabetes mellitus. El tratamiento debe suspenderse si se presenta ictericia. Además, al igual que con otros antidepresivos, deben tenerse en cuenta los siguientes factores: - puede darse un empeoramiento de los síntomas psicóticos cuando se administran antidepresivos a pacientes con esquizofrenia u otras alteraciones psicóticas; pueden intensificarse los pensamientos paranoides. Si se trata la fase depresiva de la psicosis maniaco-depresiva puede revertir a la fase maníaca. Respecto a la posibilidad de suicidio en particular al inicio del tratamiento, debe proporcionarse al paciente, en casos particulares, un número limitado de comprimidos de Vastat Flas. Aunque los antidepresivos no producen adicción, la suspensión brusca de tratamiento después de la administración a largo plazo puede causar náuseas, dolor de cabeza y malestar. Los pacientes ancianos son más frecuentemente sensibles, especialmente a los efectos adversos de los antidepresivos. Durante la investigación clínica con Vastat no se ha informado de la aparición de efectos adversos más frecuentemente en los pacientes ancianos que en otros grupos de edad, sin embargo, la experiencia hasta el momento es limitada. Vastat Flas contiene aspartamo, que origina fenilalanina. Los comprimidos de 15 y 30 mg contienen 2,6 y 5,2 mg de fenilalanina, respectivamente. La fenilalanina puede ser dañina para los pacientes fenilcetonúricos. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Datos in vitro sugieren que la mirtazapina es un inhibidor competitivo muy débil de los enzimas CYP1A2, CYP2D6 y CYP3A4 del citocromo P450. La mirtazapina se metaboliza ampliamente por las CYP2D6 y CYP3A4 y en menor grado por la CYP1A2. En un estudio sobre interacciones en voluntarios sanos no se mostró influencia de la paroxetina, que es un inhibidor de la CYP2D6 en cuanto a la farmacocinética de la mirtazapina en estado de equilibrio. No se conoce el efecto de un inhibidor de la CYP3A4 en la farmacocinética de la mirtazapina in vivo. Deben supervisarse cuidadosamente tratamientos concomitantes con mirtazapina e inhibidores potentes de la CYP3A4, como inhibidores de la proteasa del HIV, antifúngicos azólicos, eritromicina y nefazodona. La carbamazepina, que es un inductor de la CYP3A4, aumentó aproximadamente dos veces el aclaramiento de mirtazapina, lo que resultó en una disminución de los niveles plasmáticos del 45-60%. Si se añade la carbamazepina u otro inductor del metabolismo de fármacos (como rifampicina o fenitoína) a la terapia con mirtazapina, puede ser necesario aumentar la dosis de mirtazapina. Si el tratamiento con el inductor se suspende, puede ser necesario disminuir la dosis de mirtazapina. La biodisponibilidad de la mirtazapina aumentó en más del 50% al administrarse conjuntamente con cimetidina. Puede ser necesario disminuir la dosis de mirtazapina en caso de iniciar un tratamiento concomitante con cimetidina o aumentarla cuando finaliza el tratamiento con este medicamento. En los estudios in vivo sobre interacciones, la mirtazapina no influyó en la farmacocinética de la risperidona ni de la paroxetina (sustrato de la CYP2D6), carbamazepina (sustrato de la CYP3A4), amitriptilina ni cimetidina. No se han observado efectos ni cambios clínicos relevantes en la farmacocinética en humanos de la administración conjunta de mirtazapina y litio. Mirtazapina puede potenciar la acción depresiva del alcohol sobre el sistema nervioso central; por tanto los pacientes deben ser advertidos de que eviten el alcohol durante el tratamiento con Vastat. Vastat no debe administrarse simultáneamente con inhibidores de la MAO ni en las dos semanas posteriores a la finalización del tratamiento con estos agentes. Mirtazapina puede potenciar los efectos sedantes de las benzodiazepinas; deben tomarse precauciones cuando se prescriben estos fármacos junto con Vastat. **4.6. Embarazo y lactancia.** Aunque los estudios en animales no han mostrado ningún efecto teratogénico con trascendencia toxicológica, no se ha establecido la seguridad de Vastat en el embarazo humano. Vastat se utilizará en el embarazo únicamente si la necesidad es clara. Aunque los experimentos en animales muestran que mirtazapina se excreta en cantidades muy pequeñas por la leche, el uso de Vastat en mujeres que dan el pecho no es aconsejable porque no existen datos disponibles sobre la excreción por la leche humana. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Vastat puede disminuir la concentración y la alerta. Los pacientes en tratamiento con antidepresivos deben evitar realizar actividades potencialmente peligrosas que requieran un estado de alerta y concentración, como conducir un vehículo a motor o manejar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** Los pacientes con depresión presentan varios síntomas relacionados con la enfermedad misma. Por tanto, a veces es difícil diferenciar los síntomas que son resultado de la propia enfermedad o debidos al tratamiento con Vastat. Las reacciones adversas comunes (1-10%) durante el tratamiento con Vastat son: aumento de apetito y aumento de peso, somnolencia (que puede afectar negativamente a la concentración), generalmente durante las primeras semanas de tratamiento (Nota: En general, la reducción de dosis no produce menor sedación sino que además puede comprometer la eficacia antidepresiva); edema generalizado o local, con aumento de peso, mareo, cefalea. En casos raros (0,01 - 0,1%) pueden presentarse las siguientes reacciones adversas: hipotensión (ortostática), manía, convulsiones (ataques), temblores, mioclonía, depresión aguda de la médula ósea (eosinofilia, granulocitopenia, agranulocitosis, anemia aplásica y trombocitopenia) (ver también sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo), aumento en las actividades de las transaminasas séricas, exantema, paréresis, síndrome de las piernas inquietas, artralgia / mialgia, fatiga, pesadillas / sueños intensos. **4.9. Sobredosis.** La experiencia hasta el momento (aunque todavía limitada) respecto a sobredosisificación con Vastat solo, indica que los síntomas son en general leves. Se ha descrito depresión del sistema nervioso central con desorientación y sedación prolongada, junto con taquicardia e hiper o hipotensión leves. Los casos de sobredosisificación deberán tratarse mediante lavado gástrico, conjuntamente con una terapia sintomática apropiada y de apoyo de las funciones vitales. **6. DATOS FARMACÉUTICOS.** **6.1. Lista de excipientes.** Vastat Flas 15 y 30 mg comprimidos contiene: Azúcar en esferas, hidroxipropilmetilcelulosa, povidona, ácido cítrico, crospovidona, manitol, celulosa microcristalina, aroma de naranja natural y artificial y bicarbonato sódico. **6.2. Incompatibilidades.** No aplicable **6.3. Periodo de validez.** 2 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** Vastat Flas debe conservarse en su envase original. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** Los comprimidos de Vastat Flas se envasan en blisters a prueba de niños, rígidos, del tipo que debe separarse la lámina para abrirlos. Están formados por un laminado de lámina de aluminio y películas plásticas, selladas a otro laminado de papel y lámina de aluminio recubierta con una laca resistente al calor. Los alveolos de los comprimidos están separados por líneas perforadas. Las películas plásticas contienen PVC (cloruro de polivinilo), poliamida y poliéster. Están disponibles las siguientes presentaciones: Cada blister contiene 6 comprimidos. -Envases de 30 comprimidos bucodispersables (5 x 6) de 15 mg de mirtazapina (código TZ/1). -Envases de 30 comprimidos bucodispersables (5 x 6) de 30 mg de mirtazapina (código TZ/2). **6.6. Instrucciones de uso y manipulación.** Véase Apartado 4.2. **6.7. Código Nacional y precio venta público.** Código Nacional y precio venta público en el Sistema Nacional de Salud. Aportación Reducida. VASTAT FLAS® 15 mg 30 comprimidos bucodispersables. CN: 770792. PVP-iva: 25,26 € / DB VASTAT FLAS® 30mg 30 comprimidos bucodispersables. CN: 770842. PVP-iva: 42,29 € / DB **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Pensa Avda. Mare de Déu de Montserrat, 215 - 08041 Barcelona. **8. NÚMERO(S) DE REGISTRO.** Vastat Flas® 15 mg, comprimidos bucodispersables; 64.862. Vastat Flas® 30 mg, comprimidos bucodispersables; 64.862. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN O DE LA RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Julio 2002. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Junio 2002.



# S.P.A. Medical Economics®

GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE

EDICIÓN ESPAÑOLA



**Suscríbase  
ahora a la revista  
imprescindible  
para el médico  
del siglo XXI**

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Manuel Jurado • Dpto. Suscripciones  
Edif. Vértice • Antonio López, 249 - 1º • 28041 MADRID  
Telf.: 91 500 20 77 • Fax: 91 500 20 75  
suscripciones@drugfarma.com

Según el último informe presentado  
por la consultora Áliad

## Los médicos autónomos facturaron 7.113 millones de euros en 2005

La libertad de ejercicio, más allá de la obtención de ingresos adicionales, es la causa primordial de que 50.000 médicos trabajen en el sector sanitario privado de este país. Pero sus jornadas laborales a menudo son muy largas, lo que les priva de tener tiempo para dedicarse a la gestión, según un reciente estudio de la consultora Áliad sobre la sanidad privada en España. Esa falta de gestión es también una de las causas de la dispersión en la que se halla sumido el sector y una de sus debilidades, señala el citado informe. Dicha atomización está avalada por la existencia de unas 100.000 empresas –más de la mitad sin asalariados– y un 29 por ciento de profesionales en ejercicio libre que generan el 40 por ciento de la riqueza total del sector sanitario privado, que, a su vez, representa el 2,52 por ciento del PIB. Este porcentaje, –dice el estudio–, es comparable a otros sectores importantes de la economía nacional, como la energía o la agricultura.

La facturación total del sector sanitario privado en 2005 superó los 22.821 millones de euros, de los que el 32,1 por ciento correspondieron a los profesionales autónomos (consultas médicas y odontólogos) y el 22,6 por ciento a las actividades hospitalarias. Según el informe de Áliad, la facturación media estimada de un médico con consulta privada fue de 177.000 euros el año pasado y la de un dentista alcanzó los 143.460 euros.

El estudio destaca también las dificultades que tienen los médicos de la privada para acceder a la formación continuada en las empresas, que pasan por el coste que supone la sustitución por otro facultativo y la pequeña dimensión de la mayoría de las empresas. ■

### La formación que los médicos privados consideran necesaria

Área	%
Atención al paciente	23,6
Gestión empresarial	6,8
Conocimientos técnicos	18,6
Prevención de riesgos laborales	4,7
Informática	14,0
Medio ambiente	4,0
Idiomas	12,7
Seguridad información	2,8
Calidad	12,7

Fuente: Áliad



**Los murcianos son los mejor pagados**

**Los especialistas  
ganan un 14 por ciento  
más que los médicos  
de AP**

Entre los médicos de Atención Primaria, los de Canarias, La Rioja y Melilla son los que tienen mayores salarios, con escasas diferencias respecto de sus colegas de los hospitales. De éstos, los murcianos son los mejor pagados de España, con cerca de 45.000 euros al año, gracias a que sus salarios han subido este año casi un 7 por ciento, frente a la media del 2,5 por ciento, claramente –un año más– por debajo de la inflación. Las comunidades menos generosas a la hora de subir el sueldo a sus galenos fueron Extremadura y Andalucía, con alzas del 0,10 y 0,16 por ciento. A esta primera entrega le seguirán otros dos informes correspondientes a los salarios de los médicos en Europa y Estados Unidos.

## G.S.S.

Los médicos especialistas murcianos (médicos adjuntos) que ejercen en la sanidad pública están de enhorabuena. Sus salarios crecieron en 2006 casi un 7 por ciento, frente a la media nacional del 2,5 por ciento, claramente por debajo de la inflación. Se sitúan, en cómputo anual, en 44.738 euros brutos de media, los mejor pagados de toda España, y desbancan del primer lugar del ránking retributivo a sus colegas de Galicia, que quedan relegados al cuarto lugar (tabla I). Así se desprende del estudio *Las remuneraciones de los médicos en España 2006*, elaborado por EuroGalenus, consultora especializada en la búsqueda y selección de directivos dirigida por Luis Truchado.

A los de Murcia les siguen, a más de mil euros de distancia, los especialistas de la Comunidad Valenciana, Canarias y los gallegos. Por el contrario, las comunidades autónomas más rácanas en subidas salariales fueron Extremadura y Andalucía, que aumentaron el sueldo de sus facultativos hospitalarios tan sólo un 0,1 y un 0,16 por ciento, respectivamente. Los catalanes —que ya lo fueron el año pasado— y los andaluces pasan a ser los galenos españoles peor remunerados, con poco más de 40.500 euros al año, un 10,3 por ciento menos que sus colegas murcianos. En general, 2006 ha sido otro año más en el que los médicos especialistas adjuntos (FEA) de este país han perdido poder adquisitivo.

La situación de los médicos de Atención Primaria (AP), unos 60.000, es similar, con el agravante de que cobran menos. Un facultativo de AP gana al mes, de media, un 14,3 por ciento menos que un FEA. Las diferencias a favor de los especialistas las marcan, por arriba, el País Vasco (23,6 por ciento) y Baleares (21,7 por ciento). Las comunidades que menores diferencias presentan entre los médicos de AP y los FEA son La Rioja y Canarias, con el 2,2 y el 2,9 por ciento, respectivamente, a favor de los especialistas.

Los honorarios de los médicos del sector público tienen un fuerte componente en los complementos, que suponen más del 60 por ciento del salario total. Excepto en Navarra, donde el salario base es más importante que los complementos. Entre éstos, el llamado de atención continuada o, popularmente, las guardias, resulta el más significativo, ya que juega un papel clave dentro del sistema de remuneraciones del personal sanitario.

Las horas extraordinarias, garante económico de un determinado grado de ingresos, se pagan en los

hospitales públicos a una media de 15,7 euros la unidad en presencia física, siendo Cataluña, con 23 euros, la que mejor las remunera, y Cantabria, Castilla y León, Extremadura y Madrid, las que peor: 12,8 euros. En Atención Primaria, las guardias en presencia física se retribuyen a una media de 13,7 euros. Cataluña vuelve a estar a la cabeza, con 23 euros la hora.

Pero el complemento más controvertido es el de la carrera profesional. Cada comunidad autónoma tiene su modelo —en vigor, en desarrollo o en negociación— y, por tanto, su régimen de incentivos. Por ejemplo, la compensación máxima que se paga en Cantabria es de 5.469 euros al año y en Canarias de 6.878 euros, mientras que en Cataluña es de 12.300 y en Galicia y la Comunidad Valenciana abonan 12.000 euros en el nivel superior de su modelo.

Los médicos se quejan —y con razón— de que ganan poco. Y los usuarios del sistema público de salud conceden a éste (según la comunidad autónoma de que se trate) notas discretas de satisfacción. ¿Se corresponden ambos parámetros, salarios y satisfacción? Pues no en todos los casos. Por ejemplo, los ciudadanos de Asturias dan un 7,26 sobre diez a su sistema sanitario (la puntuación más alta), pero las retribuciones de los médicos adjuntos asturianos ocupan el octavo lugar del ránking salarial. Y Murcia, que encabeza esa clasificación, obtiene un 6 (por debajo de la media nacional) en la valoración de su sanidad pública. ■



# Análisis de las remuneraciones de los médicos (I)

## España

Un año más –y ya van tres–, MEDICAL ECONOMICS publica el estudio que EuroGalenus, firma consultora de búsqueda y selección de directivos dirigida por Luis Truchado, ha elaborado sobre las retribuciones de los médicos españoles, según las diferentes comunidades autónomas.

Una de las conclusiones que se sacan de dicho estudio es que los salarios de los médicos españoles crecieron en 2006 un 2,5 por ciento de media, por debajo de la inflación, siendo Murcia la comunidad que más ha subido a sus galenos (casi un 7 por ciento) y Extremadura la que menos (tan sólo un 0,1 por ciento). Otro dato que se extrae es que son los facultativos murcianos que ejercen una especialidad los que más cobran de España: más de 44.700 euros brutos al año de media.

**Estructura de las retribuciones.** Tradicionalmente los profesionales sanitarios en España gozan de una regulación específica que les identifica como “personal estatutario”. El sistema de retribuciones se estructura en remuneraciones básicas y remuneraciones complementarias.

La cuota básica del sueldo de un facultativo se compone del salario inicial o base, los trienios y las pagas extraordinarias. El salario base para el 2006 es de 1.091 euros anuales repartidos en 14 pagas, mientras que los trienios alcanzan prácticamente los 42 euros al mes. Estas cifras son comunes para todos los servicios sanitarios españoles, con la única excepción de la Comunidad Foral de Navarra, en cuyo caso el salario base asciende a los 1.817 euros mensuales. Tam-

### I. Lo que gana un médico adjunto al año\*

Comunidad	2004	2005	2006	06/05 (%)
Andalucía	39.201	40.479	40.545	0,16
Aragón	39.970	40.865	42.136	1,90
Asturias	40.352	41.647	42.800	2,76
Baleares	40.999	41.729	42.910	2,82
Canarias	41.052	42.350	43.573	2,90
Cantabria	39.863	41.088	41.669	1,41
Castilla y León	40.384	41.707	42.888	2,83
Castilla-La Mancha	41.146	41.360	42.483	2,71
Cataluña	36.383	36.267	40.512	3,72(1)
Ceuta y Melilla	–	–	41.792	–
Extremadura	39.987	41.668	41.710	0,10
Galicia	40.515	42.558	43.254	1,63
La Rioja	40.402	40.605	41.327	1,77
Madrid	40.502	40.614	41.773	2,85
Murcia	40.292	41.838	44.738	6,93
Navarra	40.130	41.454	42.988	3,70
País Vasco	40.140	41.838	42.400	1,34
C. Valenciana	39.965	42.090	43.680	3,77
Media	40.075	41.186	42.238	2,55

\* Remuneración media. No se incluyen los complementos variables, como atención continuada (guardias) y carrera profesional.

(1) No se ha tenido en cuenta el complemento especial de 1.234 euros brutos al mes al no haberse contemplado en años anteriores.



bién la antigüedad se compensa de forma diferente en la comunidad navarra, no por trienios, sino por quinquenios a razón de algo más de 18 euros mensuales.

La otra parte de los honorarios la constituyen los complementos, que difieren entre comunidades, no sólo en cuantía sino también en naturaleza. Es precisamente esta parte la que engorda el grueso del salario de los médicos, ya que supone más de un 60 por ciento del total. Esta característica no es aplicable a Navarra, puesto que, al contrario del resto de comunidades, su salario base tiene más peso que los complementos.

**Complemento de destino.** La primera variable a tener en cuenta en el salario médico es la correspondiente al nivel del puesto desarrollado por el profesional. Este factor, denominado complemento de destino, representa un máximo del 17 por ciento de las retribuciones periódicas. En la mayoría de las comunidades autónomas la cuantía mensual recibida, tanto en Atención Primaria como en especializada, es de 528 euros. Tan sólo en Galicia y Navarra el personal sanitario recibe una cuota inferior: 494 y 245 euros al mes, respectivamente.

**Complemento específico.** Una vez analizada la categoría del puesto, entran en juego las condiciones particulares exigidas en dicho puesto. El complemento específico regula las diferentes características del cargo, engrosando el salario médico en torno al 30 por ciento. Dependiendo de cada comunidad, este complemento lo compone una cuantía fija o variable en función de la dedicación exclusiva o no a la sanidad pública.

Entre los casos que estipulan una cuantía fija, premiando la dedicación exclusiva al sector, se encuentran Canarias, Castilla y León, Extremadura y Navarra. Ceuta y Melilla lideran la tabla de las comunidades que mejor retribuyen este complemento, con 1.100 euros al mes. El caso opuesto se observa en Baleares, con tan sólo 327 euros mensuales. Esta diferencia supera los 770 euros, lo que refleja la significativa dispersión salarial existente entre comunidades.

El resto de comunidades autónomas establece diferencias retributivas según la modalidad a la que se acoga el empleado. La exclusividad al sector público es la mejor remunerada, con cifras de hasta 1.704 euros al mes, como en el caso de la Comunidad Valenciana, ó 1.186, euros en Murcia. Sin embargo, la tendencia más habitual entre los médicos españoles es a

## II. Retribuciones fijas de un especialista\*

Comunidad autónoma	Sueldo base	Complemento destino	Complemento específico	Total año
Andalucía	1.091	568	773	34.051
Aragón	1.091	568	382	28.575
Asturias	1.091	468	777	30.374
Baleares	1.091	568	327	27.812
Canarias	1.091	568	777	34.110
Cantabria	1.091	568	777	34.110
Cast. y León	1.091	568	382	28.576
Cast-Mancha	1.091	568	777	34.110
Cataluña	1.091	568	1.234 (1)	40.512
Ceuta-Melilla	1.091	568	1.100	38.624
Extremadura	1.091	494	763	32.878
Galicia	1.091	576	1.097	38.705
La Rioja	1.091	568	382	28.575
Madrid	1.091	568	1.100	38.624
Murcia	1.091	568	1.186	39.835
Navarra	1.817	245	836	40.565
País Vasco	1.091	568	30	42.400
C. Valenciana	1.091	568	1.489	40.929

\* Médico adjunto/FEA.

(1) Complemento especial.

### III. La nómina del mes\*

Comunidad autónoma	Atención Primaria	Especialista adjunto	Δ Especialista sobre AP (%)
Andalucía	2.547,7	3.093,9	17,6
Aragón	2.498,0	3.009,7	17,0
Asturias	2.797,8	3.392,3	17,5
Baleares	2.852,3	3.299,3	21,7
Canarias	3.102,8	3.195,9	2,9
Cantabria	2.748,6	3.195,9	14,0
Castilla y León	2.805,2	3.297,4	14,9
Cast.-La Mancha	2.787,9	3.268,0	14,7
Cataluña	2.538,5	2.893,7	12,3
Ceuta	2.758,9	3.214,8	14,2
Extremadura	2.637,2	3.199,3	17,5
Galicia	2.491,5	3.019,5	17,5
La Rioja	3.107,8	3.179,0	2,2
Madrid	2.757,2	3.204,5	14,0
Melilla	3.106,9	3.214,8	3,3
Murcia	2.865,3	3.451,6	17,0
Navarra	2.634,2	3.070,6	14,2
País Vasco	2.489,7	3.261,6	23,6
C. Valenciana	2.835,2	3.363,4	15,7
Media	2.755,9	3.201,3	14,3

\* Salario medio bruto en euros sin complementos variables, como atención continuada (guardias) y carrera profesional.

acogerse a una modalidad combinada que, al margen de la exclusividad, exige simplemente un número máximo de jornadas de tarde.

En general, este complemento es igual para los facultativos en Atención Primaria y especializada. Sólo en Navarra aparece una ligera diferencia, poco significativa.

**Complemento de productividad.** El cometido del complemento de productividad es el de gratificar al personal sanitario por la consecución de objetivos marcados y por su especial interés o iniciativa en el puesto. Este complemento está compuesto por una cantidad fija, según la categoría del puesto, y una variable donde se incluye la dispersión geográfica y el importe de la tarjeta individual sanitaria (TIS). Esta gran variabilidad en el complemento de productividad conduce a que los datos aportados carezcan de precisión, pues existen tantos sueldos como médicos activos.

**Complemento de atención continuada.** Conocido familiarmente como las guardias, el complemento de atención continuada continúa jugando un

papel clave dentro del sistema de remuneraciones del personal sanitario. El número de horas extraordinarias que los facultativos efectúan mensualmente es el garante económico de un determinado grado de ingresos. Como media, el valor de una guardia hospitalaria en presencia física ronda los 15,7 euros la hora, reduciéndose a la mitad en el caso de las guardias en presencia localizada.

Muy por encima de esa media se encuentra Navarra, que valora la atención continuada en sus hospitales con 20,34 euros a la hora. Tras el acuerdo firmado el pasado 19 de julio por el sindicato médico Metges de Catalunya y el Instituto Catalán de Salud, el valor de la guardia en Cataluña alcanzó el importe récord de 23 euros la hora. Por su parte, en Castilla y León, Madrid y Cantabria una hora de guardia en presencia física no alcanza la cantidad de 13 euros.

En cuanto al valor de las guardias en Atención Primaria, la cifra media entre comunidades es

de 13,7 euros la hora en presencia física. Sin embargo, es necesario señalar que existe una dispersión de más de siete euros entre comunidades. De nuevo son Cataluña y Navarra las que mejor remuneran la atención continuada en los centros de salud primaria, con 23 y 18,3 euros la hora, respectivamente. Muy de cerca le siguen Baleares con 17,3 euros, y Castilla-La Mancha con 16,8 euros la hora. Por el contrario, Madrid, Castilla y León y Extremadura sólo gratifican la hora de guardia a razón de 11 euros escasos.

No obstante, al comparar estos datos con los recogidos en el informe de 2005, se puede advertir una ligera subida del 4 por ciento en el precio de las guardias. El año pasado, una guardia en Atención Primaria se pagaba a 13 euros la hora y, en atención especializada, a 14,4 euros.

**Complemento de carrera profesional.** La más controvertida, sin duda, de todas las compensaciones variables es el complemento de carrera profesional. Este complemento viene a satisfacer las múltiples reivindicaciones de los profesionales médicos para que sus méritos y capacidades sean reconocidos y, sobre todo, re-



munerados. En 1992, Navarra se consolidó pionera, al ser la primera comunidad autónoma en introducir la carrera profesional. Sin embargo, hasta la fecha sólo algunas comunidades se han sumado a la iniciativa. Cataluña, Canarias y Galicia, junto con Navarra, son las más veteranas en este campo, con modelos de diversos niveles distribuidos a lo largo de 25 años al servicio de la profesión.

Canarias divide su carrera en cuatro niveles, con un incentivo máximo a percibir de 6.879 euros anuales. Mientras que la carrera profesional de Cataluña y Valencia asigna 12.300 y 12.000 euros al año, respectivamente, a los facultativos que alcancen el último de los cinco niveles de su modelo.

Por su parte, Aragón, Extremadura, Murcia, Valencia, Madrid y Baleares continúan desarrollando el modelo que, en la mayoría de los casos, está en período de adaptación. El resto de comunidades que aún no ha in-

trducido la carrera profesional dispone hasta el año 2008 para tener su modelo totalmente implantado.

**Conclusiones.** A la vista de los datos aportados por este estudio es posible extraer una serie de conclusiones que no son, de manera alguna, alentadoras para el sector de la sanidad pública española. Las diferencias retributivas entre comunidades, teniendo en cuenta tan sólo y de forma orientadora los factores fijos de la nómina, como son el sueldo base, el complemento de destino y el específico, revelan una dispersión superior a los 13.000 euros anuales. Sin embargo, sería engañoso sacar conclusiones a partir de estos datos, pues, al margen de los elementos fijos, existen numerosos complementos, algunos exclusivos para su comunidad, que invierten la situación por completo.

Comunidades como la Valenciana, Cataluña, Navarra y el País Vasco destacan por sus más de 40.000

## IV. El precio de las guardias y otros complementos en Atención Primaria y especializada\*

Comunidad autónoma	Guardias**		Productividad		Carrera profesional	Acuerdo marco
	AP <sup>(1)</sup>	Especializada <sup>(2)</sup>	AP	Espec.		
<b>Andalucía</b>	11,9	15,5	211	253	(3)	–
<b>Aragón</b>	13,2	15,0	457 <sup>(4)</sup>	969	1.800 <sup>(5)</sup>	–
<b>Asturias</b>	12,9	13,8	TIS	447	–	–
<b>Baleares</b>	17,3	18,5	865 <sup>(4)</sup>	1.313	(3)	–
<b>Canarias</b>	14,0	16,3	345 <sup>(4)</sup>	447	3.126 a 6.878	312
<b>Cantabria</b>	11,0	12,8	TIS	447	3.005 a 5.469	312
<b>Castilla y León</b>	11,0	12,8	395 <sup>(4)</sup>	843	–	304
<b>Castilla-La Mancha</b>	16,8	16,8	351 <sup>(4)</sup>	447	–	–
<b>Cataluña</b>	23,0	23,0	456	456	3.544 a 12.300	–
<b>Ceuta y Melilla</b>	11,5	15,3	TIS	447	(6)	–
<b>Extremadura</b>	10,9	12,8	TIS	447	(6)	–
<b>Galicia</b>	15,9	15,9	268	671	3.000 a 12.000	–
<b>La Rioja</b>	11,7	13,6	351 <sup>(4)</sup>	447	–	–
<b>Madrid</b>	10,9	12,8	TIS	447	(6)	–
<b>Murcia</b>	15,3	16,9	16 <sup>(4)</sup>	606	(6)	–
<b>Navarra</b>	18,3	20,3	–	–	204 a 816	–
<b>País Vasco</b>	7,4	14,8	TIS	–	(3)	–
<b>C. Valenciana</b>	15,0	16,5	TIS	–	3.000 a 12.000	–
<b>Media</b>	13,7	15,7	–	–	–	–

\* Las cantidades están expresadas en euros y son mensuales, excepto la carrera profesional, cuyo importe es anual.

\*\* Por hora en presencia física.

(1) Médico general.

(2) Médico adjunto/FEA.

(3) En vías de implantación.

(4) Más TIS.

(5) Se trata de un complemento de productividad, anticipo de la carrera profesional.

(6) Vigente. TIS: Tarjeta Individual Sanitaria.

## Médicos insatisfechos, ciudadanos contentos

La percepción de los propios facultativos sigue reafirmando que su labor y, sobre todo, su alto grado de responsabilidad no están adecuadamente retribuidos. Médicos insatisfechos dentro de un sistema sanitario que cobra confianza entre los españoles respecto al año pasado.

Según el Barómetro Sanitario 2005, un 69,1 por ciento de la población española valora positivamente el Sistema Nacional de Salud. No obstante, gran parte de los encuestados coincide al manifestar que son necesarios algunos cambios, así como la agilización de las listas de espera.

De nuevo, la Sanidad ocupa el primer puesto en la lista de áreas de mayor interés para los ciudadanos. Como también lo es para el Gobierno, para el que la Sanidad supone una cuestión prioritaria. Así se pone de manifiesto en el incremento de un 20,86 por ciento en el presupuesto destinado al Ministerio de Sanidad y Consumo, que asciende a 823 millones de euros. Del total de la dotación, 45 millones han sido asignados a mejorar las compensaciones que actualmente se transfieren a las comunidades autónomas. Por su parte, las comunidades en su conjunto han empleado 47.502 millones de euros para financiar el gasto sanitario, tal y como se refleja en el cuadro adjunto. ■

### Presupuesto y valoración sanitarios

Comunidad autónoma	Presupuesto*Variación		Valoración	
	2006	2005	06/05 (%)	del SN (1)
Andalucía	8.102	7.192	12,64	6,14
Cataluña	7.835	7.231	8,34	5,96
Madrid	6.060	5.524	9,71	6,10
Valencia	4.609	4.159	10,82	6,12
Galicia	3.157	2.865	10,20	5,56
Castilla y León	2.821	2.609	8,11	6,40
Canarias	2.260	1.943	16,30	5,37
País Vasco	2.197	2.334	-583	6,51
Castilla-La Mancha	2.177	1.940	12,22	6,61
Aragón	1.486	1.336	11,21	6,41
Murcia	1.355	1.284	5,47	6,00
Extremadura	1.337	1.217	9,86	6,30
Asturias	1.252	1.223	2,42	7,26
Baleares	1.026	984	4,29	5,83
Navarra	732	672	8,95	6,71
Cantabria	672	637	5,38	6,30
La Rioja	424	355	19,39	6,56
<b>Total</b>	<b>47.502</b>	<b>43.505</b>	<b>9,18</b>	<b>6,18(2)</b>

\* En millones de euros.

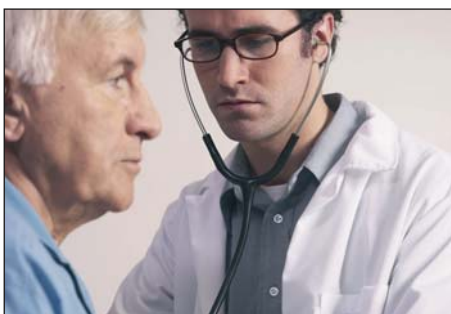
(1) Puntuación del 1 al 10.

(2) Media.

Fuente: Presupuestos de las comunidades autónomas, publicado en enero de 2006, y Barómetro Sanitario 2005 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

euros al año, en contraste con Aragón, Baleares, Castilla y León y La Rioja, que están en torno a los 28.000 euros. Estas tremendas diferencias en los salarios de los facultativos son las que les han llevado a desplazarse de unas comunidades a otras para ver su trabajo mejor retribuido. Complementos especiales como los acordados a nivel regional o autonómico y la carrera profesional se han convertido en una medida para retener a los profesionales en sus comunidades y paliar la fuga de médicos.

Atendiendo, ahora sí, a los complementos variables, se advierte cómo los médicos adjuntos de Murcia, la Comunidad Valenciana, Murcia, Canarias y Galicia se sitúan a la cabeza, por ese orden, de los mejores pagados del panorama nacional. Estos cuatro sistemas sanitarios gozan de la cuantía más elevada de complemento específico y de una carrera profesional vigente, excepto Murcia, que continúa con las negociaciones. Los médicos murcianos reciben de media un total anual de 44.738 euros, a lo que habría que sumarle la cifra correspondiente al nivel de carrera profesional ostentado por el médico en particular.



En palabras de Francisco Miralles, presidente del sindicato médico de Murcia (CESM Murcia), los buenos resultados de la comunidad se deben a “un equilibrio entre las buenas intenciones de la Administración y las reivindicaciones de los profesionales”. En consecuencia, los profesionales se muestran satisfechos aunque, afirma Miralles, “continúan siendo pobremente retribuidos”.

Irónicamente, la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios de Valencia, Murcia y Canarias no alcanza el nivel medio del resto de comunidades. Un apunte que vuelve a reiterar que las retribuciones de los médicos no se corresponden con la percepción que los pacientes tienen de la asistencia sanitaria.

Entre las comunidades que a duras penas alcanzan los 40.000 euros anuales aparecen Andalucía y Cataluña. Ya en 2005 los médicos de estas dos comunidades ocupaban los lugares más bajos en el ranking de retribuciones.

A pesar de la gran dotación que el Gobierno ha destinado al Ministerio de Sanidad y Consumo, ade-



## Portugal, la opción más apetecida

A la hora de elegir destino Portugal aparece como una alternativa muy accesible dada la cercanía y la similitud cultural. La fuga de titulados españoles contribuye a paliar la escasez de médicos en Portugal, a costa de intensificar la mala situación que padece nuestro Sistema Nacional de Salud. Las principales causas de este fenómeno son las mejores retribuciones que ofrece la sanidad portuguesa junto con el alto nivel de consideración social.

Ya son más de 3.000 los médicos españoles que trabajan en el país vecino. Así lo afirman los datos que se desprenden de la cumbre celebrada en Lisboa en el año 2005 por los sindicatos y colegios médicos de España y Portugal. Además, la cumbre lisboeta desveló las ventajas de la carrera profesional en Portugal donde dicho complemento es homogéneo para el conjunto del país y auto-evaluable por los propios médicos.

Muchos de los facultativos que se marchan al país luso lo hacen para ejercer su especialidad, algo bastante complicado en España. Dentro de Portugal el destino preferido es el Norte y, en la mayoría de los casos, se trata de médicos gallegos. La fragilidad de la red sanitaria en esta zona ha incitado a muchos médicos

españoles a abrir sus propias clínicas, en las que el 100 por cien de la plantilla se cubre con titulados procedentes de Galicia.

También otras regiones fronterizas, como Extremadura, son víctimas de esta pérdida de galenos. Gran parte de los médicos que se marchan a Portugal son parejas de profesionales sanitarios que, además de trabajar en lo que desean y mejorar sus condiciones laborales, pueden hacerlo en la misma ciudad sin necesidad de separarse.

Psiquiátras, anestesistas, odontólogos, farmacéuticos y diplomados enfermeros son las categorías profesionales más demandadas en Francia, Suecia y Reino Unido, países que después de Portugal cuentan con mayor número de personal sanitario procedente de España. A fin de cubrir esta carencia de especialistas ofrecen reclamos económicos muy difíciles de resistir por los médicos de nuestro país (para más información, ver *El éxodo de las batas blancas*, Vol. 3 número 11 de MEDICAL ECONOMICS).

De ahí que los médicos del sistema sanitario público en España exijan, cada vez más, una mejora general del sistema con el fin de poder equipararse a sus colegas europeos. ■

más de las asignaciones propias de cada comunidad autónoma para la gestión de sus servicios sanitarios, los salarios de los médicos no han sufrido subidas significativas respecto a los años pasados. El coste de vida continúa año tras año incrementándose, mientras que las remuneraciones no logran ni siquiera alcanzar su mismo nivel. Este hecho, aplicable a múltiples profesiones, está más acentuado en el sector sanitario, ya que sus facultativos consideran desproporcionada la magnitud de su labor con el nivel de sus ingresos.

Precisamente, esta situación es la que está conduciendo a numerosos profesionales a abandonar sus puestos de trabajo en España en busca de mejores oportunidades en el extranjero. Este fenómeno de movilidad laboral responde al persistente paro en el colectivo médico y las carencias del sistema, frente a una mayor oferta de trabajo en países como Reino Unido, Francia o Portugal. A esto se le unen factores como salarios más elevados, mejores condiciones de trabajo y un mayor reconocimiento profesional y social (ver apoyo *Portugal, la opción más apetecida*). ■

.....  
\* Informe elaborado por el equipo de Investigación de EuroGalenus, dirigido por Luis Truchado. [www.eurogalenus.com](http://www.eurogalenus.com)

## Así se hizo el estudio

La realización de este estudio ha conestado de tres fases bien diferenciadas. En primer lugar, la obtención de los datos, proceso en el que intervienen las consejerías de Sanidad de cada comunidad autónoma y los diversos servicios e institutos sanitarios autonómicos. En segundo lugar, la relación y análisis de dichos datos. Y por último, su valoración y comparación, a fin de sacar a la luz conclusiones. Además, en esta ocasión, se han querido aprovechar los dos estudios anteriores para analizar la evolución que han sufrido los salarios de los médicos durante el período 2004-2006.

Desde que en 2002 las competencias en materia sanitaria se transfirieron a las CC.AA, son éstas quienes gestionan las remuneraciones del personal a su servicio. Si bien es cierto, que el Estatuto Marco de 2003, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad, pretende regular la normativa básica y armonizar las condiciones de trabajo del personal estatutario en todos los servicios de salud, la realidad es que cada comunidad dispone de un sistema de gestión diferente. ■



**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO:** AREMIS® 50 mg comprimidos. AREMIS® 100 mg comprimidos. AREMIS® 20 mg/ml líquido concentrado para uso oral. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** AREMIS® 50 mg comprimidos: cada comprimido contiene 50 mg de sertralina base (equivalente a 55,95 mg de sertralina hidrocloreuro). AREMIS® 100 mg comprimidos: cada comprimido contiene 100 mg de sertralina base (equivalente a 111,90 mg de sertralina hidrocloreuro). AREMIS® 20 mg/ml líquido concentrado para uso oral: cada ml contiene 20 mg de sertralina base (equivalente a 22,37 mg de sertralina hidrocloreuro). Lista de excipientes, en 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos recubiertos con película. De color blanco. Líquido concentrado para uso oral. Solución transparente e incolora. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Sertralina está indicada en el tratamiento de los síntomas de la depresión. Tras alcanzar una respuesta satisfactoria la continuación del tratamiento con sertralina es eficaz para prevenir la recaída inicial de depresión o la recurrencia de nuevos episodios depresivos. Sertralina está también indicada en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) tanto en pacientes adultos como pediátricos. El trastorno de pánico con o sin agorafobia. El trastorno por estrés posttraumático (TEPT) siendo los criterios para su diagnóstico, según el Manual DSM-IV-TR<sup>1</sup>, los siguientes: La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás y que además la persona haya respondido con temor, desesperanza u otros horror intensos... Los acontecimientos traumáticos son reexperimentados persistentemente mediante una o más de las siguientes formas: recuerdos recurrentes del acontecimiento que provocan malestar, con imágenes, pensamientos o percepciones; sueños recurrentes sobre el acontecimiento; sensación de que el acontecimiento está ocurriendo (ilusiones alucinaciones y episodios disociativos de flashback); malestar psicológico intenso y respuesta fisiológica a exponerse a estímulos internos o externos que recuerdan al trauma; evitación persistente de situaciones asociadas al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo manifestados mediante tres o más de los siguientes síntomas: esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el trauma; esfuerzos para evitar situaciones o personas que motivan recuerdos del trauma; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas; sensación de desapego o enajenación ante los demás; restricción de la vida afectiva; sensación de un futuro limitado... Aparición de síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) como dos o más de los siguientes: dificultad para conciliar el sueño; irritabilidad; hipervigilancia; dificultad para concentrarse; respuestas exageradas de sobresalto. Los síntomas descritos deben prolongarse durante al menos un mes y deben provocar malestar clínico significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. **4.2. Posología y forma de administración.** AREMIS® debe administrarse por vía oral en una sola dosis diaria, por la mañana o por la noche, con o sin alimento. **Adultos:** Depresión: la dosis terapéutica habitual es de 50 mg/día. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): la dosis mínima eficaz recomendada es de 50 mg/día. Trastorno de pánico y trastorno por estrés posttraumático (TEPT): el tratamiento debe comenzar con 25 mg/día incrementándose hasta 50 mg/día después de una semana. Se ha demostrado que este régimen de dosis reduce la frecuencia de los efectos colaterales que aparecen al principio del tratamiento característicos del trastorno de pánico. Para todas las indicaciones la dosis diaria puede incrementarse de 50 en 50 mg a lo largo de un periodo de varias semanas. La dosis máxima recomendada de sertralina es de 200 mg/día. No deberán realizarse cambios en la dosis con una frecuencia mayor a una vez por semana dado que la semivida de eliminación de sertralina es de aproximadamente 24 horas. La aparición del efecto terapéutico puede observarse en 7 días, aunque normalmente se necesitan de dos a cuatro semanas (e incluso un periodo mayor en el caso de TOC) para obtener una actividad terapéutica completa. Durante los periodos terapéuticos de mantenimiento la dosis debe ajustarse al nivel mínimo eficaz, con ajustes posteriores dependiendo de la respuesta terapéutica. En los estudios de bioequivalencia realizados con sertralina en forma de líquido concentrado para uso oral frente a los comprimidos se ha observado una ligera sobradisponibilidad de la solución (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Niños y adolescentes. Se ha establecido la seguridad y eficacia de sertralina en pacientes pediátricos y adolescentes (6-17 años) con TOC. La administración de AREMIS® en pacientes de 13 a 17 años de edad con TOC debe iniciarse con 50 mg/día. El tratamiento de los pacientes de 6 a 12 años de edad con TOC debe iniciarse con 25 mg/día e incrementarse a 50 mg/día tras 1 semana. En caso de no obtener respuesta, las dosis pueden incrementarse de 50 en 50 mg hasta un máximo de 200 mg/día. Sin embargo, el menor peso corporal de los niños en comparación con el de los adultos debe tenerse en cuenta al aumentar la dosis por encima de 50 mg con el fin de evitar una dosis excesiva. Dado que la semivida de eliminación de sertralina es de 24 horas, los cambios de dosis no deberán hacerse en intervalos de menos de 1 semana. Pacientes de edad avanzada. No es necesario el ajuste de dosis. Interrupción del tratamiento. El medicamento debe retirarse gradualmente (ver los apartados 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo y 4.8. Reacciones adversas). **Forma de administración:** El comprimido de AREMIS® debe tragarse sin masticar, con ayuda de un poco de líquido. AREMIS® líquido concentrado para uso oral debe diluirse antes de su uso (ver 6.6. Instrucciones de uso/manipulación). Los alimentos no modifican significativamente la biodisponibilidad de sertralina administrada en comprimidos o en líquido concentrado. Por lo tanto AREMIS® comprimidos y líquido concentrado para uso oral se puede administrar con o sin alimentos. **4.3. Contraindicaciones.** AREMIS® está contraindicado en pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a sertralina o a cualquiera de los excipientes contenidos en sus formulaciones (ver apartado 6.1. Lista de excipientes). Está contraindicado en uso concomitante en pacientes que toman IMAOs (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). Está contraindicado el uso concomitante en pacientes que estén en tratamiento con pimozida (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Está contraindicado el uso concomitante de AREMIS® líquido concentrado para uso oral y disulfiram debido a su contenido en alcohol (ver apartados 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo y 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Está contraindicado el uso de sertralina en pacientes menores de 6 años. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo: Interrupción del tratamiento.** Tras la interrupción del tratamiento con AREMIS® igual que con la mayoría de los ISRS, pueden ocurrir reacciones por retirada. La interrupción del tratamiento debería ser gradual evitándose la retirada brusca del medicamento (ver apartados 4.2. Posología y forma de administración y 4.8. Reacciones adversas). **Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs).** Se han comunicado casos de reacciones graves incluso veces fatales, en pacientes que tomaron sertralina asociada con IMAOs, incluyendo el IMAO selectivo, selegilina, y el IMAO selectivo y reversible, moclobemida. Algunos casos presentaron cuadros semejantes al síndrome neuroleptico maligno. Casos similares a veces fatales, se han comunicado durante el tratamiento con otros antidepresivos asociados con un IMAO, y en pacientes que recientemente habían interrumpido el tratamiento, antidepresivo o antiobesivo y habían comenzado el tratamiento con un IMAO. Los síntomas de una interacción entre un ISRS y un IMAO incluyen: hipertermia, rigidez, mioclonía, inestabilidad autista con posibles fluctuaciones rápidas de los signos vitales cambios del estado mental que incluyen confusión, irritabilidad y agitación extrema que progresan a delirio y coma. Por consiguiente, no debe administrarse sertralina en asociación con un IMAO, y deben transcurrir 14 días entre la interrupción del tratamiento con los IMAO y el inicio del tratamiento con AREMIS®. A su vez, no deben administrarse inhibidores de la IMAO antes de que hayan transcurrido 2 semanas, una vez suspendido el tratamiento con sertralina. **Otros fármacos serotoninérgicos.** La coadministración de sertralina con otros fármacos que realzan la neurotransmisión serotoninérgica tales como triptófano o feniluramina, debe realizarse con precaución y evitarse cuando sea posible debido a la potencial interacción farmacodinámica. **Cambios desde otros fármacos antidepresivos o antiobesivos.** Es limitada la experiencia clínica controlada en relación al tiempo óptimo de cambio desde otros antidepresivos o antiobesivos a sertralina. En esta situación debe realizarse un juicio clínico cuidadoso y prudente, particularmente cuando el cambio se realice desde fármacos de acción prolongada, tales como la fluoxetina. La duración del periodo de lavado que debe existir antes del cambio desde un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) a otro no ha sido establecida. **Activación de manía/hipomanía.** Durante los estudios previos a su comercialización se han comunicado casos de manía o hipomanía en aproximadamente el 0,4% de los pacientes tratados con sertralina. También se ha comunicado activación de manía/hipomanía en un pequeño porcentaje de pacientes con trastorno afectivo severo tratados con otros antidepresivos y antiobesivos comercializados. **Epilepsia.** Algunos fármacos usados para tratar la depresión los TOC, y los trastornos de pánico pueden provocar la aparición de convulsiones. Las convulsiones se observaron en tres pacientes entre aproximadamente 4000 (alrededor del 0,08%) tratados con sertralina en el programa de desarrollo para la depresión. Cuatro pacientes de unos 1800 expuestos durante el programa de desarrollo de los TOC (aproximadamente el 0,2%) experimentaron convulsiones. Tres de estos pacientes eran adolescentes, dos de ellos con epilepsia y otro con historia familiar de epilepsia; ninguno de ellos estaba recibiendo medicación anticonvulsiva. En todos los casos, la relación con el tratamiento de sertralina fue incierta. Puesto que sertralina no ha sido evaluada en pacientes con un trastorno convulsivo, debe evitarse su administración en pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser cuidadosamente supervisados. El fármaco debe interrumpirse en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. **Suicidio.** Puesto que la posibilidad de un intento de suicidio es inherente a la enfermedad depresiva grave puede persistir hasta que aparezca una remisión significativa, los pacientes deben ser controlados estrechamente al principio del tratamiento. **Enfermedad cardíaca.** Sertralina no produce cambios clínicamente significativos de la presión arterial o de la frecuencia cardíaca ni del ECG. No obstante, es necesario tomar las precauciones habituales en los pacientes con cardiopatías. **Uso en insuficiencia hepática.** Sertralina se metaboliza ampliamente en el hígado. Un estudio farmacocinético de dosis múltiple en sujetos con cirrosis estable le demostró una prolongación de la semivida de eliminación y AUC y C<sub>max</sub> aproximadamente tres veces mayores en comparación con sujetos normales. No hubo diferencias significativas en la unión a proteínas plasmáticas observada entre los dos grupos. El uso de sertralina en pacientes con enfermedad hepática debe realizarse con precaución. Si sertralina se administra a pacientes con insuficiencia hepática, debe considerarse una reducción de la dosis o de la frecuencia de administración. **Uso en insuficiencia renal.** Puesto que sertralina se metaboliza ampliamente, la excreción de fármaco sin modificar en orina es una vía de eliminación poco importante. En pacientes con insuficiencia renal leve o moderada (aclaramiento de creatinina 20-50 ml/min), o insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 20 ml/min), los parámetros farmacocinéticos de las dosis múltiples AUC(0-24 h) o C<sub>max</sub> no se diferenciaron de forma significativa respecto a los basales. Las semividas fueron similares y no hubo diferencias en la unión a proteínas plasmáticas en todos los grupos estudiados. Este estudio indica, como se esperaba de la baja excreción renal de sertralina no rones farmacocinéticos para ajustar las dosis de sertralina al grado de insuficiencia renal. **Uso en ancianos.** Más de 700 pacientes ancianos (>65 años) han participado en estudios clínicos que demuestran la eficacia de sertralina en esta población de pacientes. El perfil y la incidencia de reacciones adversas en el anciano fueron similares al de los pacientes jóvenes. **Uso en niños.** Más de 250 pacientes pediátricos con TOC han sido tratados con sertralina en estudios controlados o en marcha. El perfil de seguridad de sertralina en estos estudios en pacientes pediátricos fue comparable al observado en los estudios en pacientes adultos con TOC. No se ha establecido la eficacia de sertralina en pacientes pediátricos con depresión o trastorno de pánico en ensayos clínicos controlados. No se ha establecido la seguridad y eficacia de sertralina en pacientes pediátricos menores de 6 años. AREMIS® líquido concentrado para uso oral contiene un 18% v/v (0,12% p/p) de alcohol. Cada ml de líquido concentrado contiene 150,7 mg de alcohol, por lo que debería ser administrado con precaución en niños mujeres embarazadas y pacientes con enfermedad hepática, alcoholismo, epilepsia, daños o lesiones cerebrales. Puede modificar o potenciar el efecto de otros medicamentos (ver apartados 4.3. Contraindicaciones y 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). Aunque la ligera sobradisponibilidad demostrada del líquido concentrado para uso oral frente a los comprimidos es improbable que tenga significación clínica alguna, al hacer el cambio de una forma farmacéutica a otra es necesario tener en cuenta dicha sobradisponibilidad (ver apartado 4.2. Posología y forma de administración). Raramente se han comunicado casos de hemorragias durante el tratamiento con ISRS. Por tanto los ISRS deberían usarse con precaución en pacientes con riesgo de hemorragias. Además el médico debería tener en consideración la posibilidad de una interacción farmacodinámica con fármacos que aumenten el riesgo de hemorragias (ver apartado 4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción). **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción. Inhibidores de la monoaminooxidasa.** (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Pimozida.** Se ha observado un aumento de los niveles de pimozida cuando se administra conjuntamente con sertralina, en un estudio de administración única de pimozida a dosis bajas (2 mg). Este incremento en los niveles no se ha asociado a ningún cambio en el electrocardiograma; sin embargo, dado el estrecho margen terapéutico de la pimozida y que se desconoce el mecanismo de esta interacción, está contraindicada la administración concomitante de sertralina y pimozida. **AREMIS® líquido concentrado para uso oral y disulfiram.** Mientras persistan los niveles de disulfiram o la actividad de la acetaldeshidrogenasa estén reducida la ingestión de etanol producirá una reacción adversa. Normalmente este efecto suele durar aproximadamente una semana cuando se administran dosis estándar, sin embargo, dependiendo de la función hepática este efecto podría mantenerse hasta dos semanas después de la última dosis. Por tanto AREMIS® líquido concentrado para uso oral no debería usarse en combinación con disulfiram o en los 14 días siguientes a la interrupción del tratamiento con disulfiram (ver apartados 4.3. Contraindicaciones y 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Fármacos serotoninérgicos** (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Fármacos depresores del SNC y alcohol.** La administración de 200 mg diarios de sertralina no potenció los efectos del alcohol carbamazepina haloperidol o fenitoína sobre las funciones cognitivas y psicomotoras en sujetos sanos. Sin embargo, no se recomienda el uso concomitante de AREMIS® y alcohol. **Fármacos unidos a las proteínas.** Puesto que sertralina se une a las proteínas plasmáticas debe tenerse en cuenta el potencial de sertralina para interactuar con otros fármacos unidos a las proteínas plasmáticas. Sin embargo, en tres estudios de interacción formales con diazepam, tobutamida, y warfarina respectivamente, sertralina no mostró tener efectos significativos sobre la unión del sustrato a las proteínas (ver también los siguientes apartados relativos a Hipoglucemiantes y Otros interacciones). **Hipoglucemiantes.** La coadministración de sertralina con tobutamida dio lugar a pequeños cambios estadísticamente significativos de algunos parámetros farmacocinéticos desconociendo el significado clínico de este hecho. Estudios en animales han demostrado una interacción potencial con insulina desconociendo el significado clínico de este hecho hasta el momento. No se ha observado interacción con glibenclamida. Otras interacciones. Se han realizado estudios de interacción con sertralina. La coadministración de sertralina con diazepam dio lugar a pequeños cambios estadísticamente significativos, de algunos parámetros farmacocinéticos. La administración conjunta con cimetidina provocó una disminución sustancial del aclaramiento de sertralina. Se desconoce la significación clínica de estos hallazgos. Sertralina no tiene efecto sobre la acción beta-bloqueante del atenolol. No se ha observado interacción con digoxina. La posibilidad de interacciones farmacodinámicas con fármacos que aumenten el riesgo de hemorragias como antiinflamatorios no esteroideos (AINES) debería tenerse en consideración al administrarse de forma concomitante con ISRS debido al aumento del riesgo potencial de hemorragias. **Warfarina.** La coadministración de 200 mg de sertralina al día con warfarina desencadenó un pequeño incremento estadísticamente significativo del tiempo de protrombina desconociendo el significado clínico de este efecto. Por consiguiente, debe controlarse cuidadosamente el tiempo de protrombina cuando se inicia o se interrumpe el tratamiento con sertralina (ver apartado 4.8. Reacciones adversas). **Fármacos metabolizados por el citocromo P450 (CYP) 2D6.** Existen diferencias entre los antidepresivos en el grado de inhibición clínicamente importante de aquellos fármacos metabolizados por el isoenzima CYP 2D6. En estudios de interacción formales la dosificación crónica con 50 mg al día de sertralina no tuvo una elevación mínima (media 30-40%) de los niveles plasmáticos de la desipramina en el estado estacionario (un marcador de la actividad enzimática del isoenzima CYP 2D6). **Fármacos metabolizados por otros enzimas CYP.** Estudios de interacción in vitro han demostrado que la administración crónica de 200 mg al día de sertralina no inhibe la 6-β-hidroxiación del cortisol endógeno ni el de terfenadina medados por el CYP 3A14. La ausencia de evidencia de efectos clínicamente significativos de la administración crónica de 200 mg al día de sertralina sobre las concentraciones plasmáticas de diazepam sugiere que sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante del CYP 2C9. La ausencia de evidencia de efectos clínicamente significativos de la administración crónica de 200 mg al día de sertralina sobre las concentraciones plasmáticas de diazepam sugiere que sertralina no es un inhibidor clínicamente relevante del CYP 2C9. Estudios in vitro indican que sertralina tiene un potencial pequeño o ninguno para inhibir el CYP 1A2. **Inducción de los enzimas microsomales.** En base a los estudios realizados sobre la disminución de la semivida de la antipirina administrada concomitantemente con sertralina se puede concluir que sertralina no presenta un efecto inductor clínicamente significativo sobre las enzimas hepáticas. Lúo. En estudios controlados con placebo en voluntarios sanos la administración combinada de lúo y sertralina no alteró la farmacocinética del lúo, pero sí como resultado un incremento de los temblores en relación con placebo indicando una posible interacción farmacodinámica. Como con otros ISRS se recomienda administrar sertralina con otras medicaciones tales como litio que pueden actuar vía mecanismos serotoninérgicos. (ver apartado 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Tratamiento electroconvulsivo (TEC).** No existen estudios clínicos que establezcan los riesgos o beneficios del uso combinado de TEC y sertralina. **4.6. Embarazo y lactancia. Embarazo.** Se han realizado estudios de reproducción en ratas y conejos a dosis de aproximadamente 10 y 20 veces la dosis máxima diaria en humanos (mg/kg), respectivamente. No se encontraron evidencias de teratogénesis a ningún nivel de dosis. Sin embargo, al nivel de dosis correspondiente a aproximadamente 2,5 a 10 veces la dosis diaria máxima en humanos (mg/kg), sertralina se asoció con un retraso de la osificación del feto, probablemente secundario a los efectos ocasionales en las madres. Se produjo una disminución de la supervivencia neonatal tras la administración de sertralina a la madre a dosis de aproximadamente 5 veces la dosis máxima en humanos (mg/kg). Se han descrito efectos similares sobre la supervivencia neonatal con otros fármacos antidepresivos. El significado clínico de estos efectos es desconocido. No se dispone de estudios en mueres embarazadas. Debido a que los estudios de reproducción animal no siempre permiten pronosticar la respuesta humana sólo debe utilizarse AREMIS® durante el embarazo cuando los beneficios superen los posibles riesgos. Las mujeres que potencialmente puedan quedar embarazadas deben emplear un método anticonceptivo si están recibiendo AREMIS®. **Lactancia.** Hay pocos datos disponibles relativos a las concentraciones de sertralina en la leche materna. Estudios aislados en un número muy pequeño de mujeres durante la lactancia y en sus hijos demostraron la presencia de cantidades despreciables o indetectables de sertralina en el suero del niño, aunque la sertralina detectada en la leche materna estaba más concentrada que en el suero de la madre. No se recomienda su uso en mujeres durante la lactancia a menos que, a juicio del médico, el beneficio supere el riesgo. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas.** Los estudios de farmacología clínica han demostrado que AREMIS® no ejerce efectos sobre la función psicomotora. Sin embargo, como los fármacos usados para el tratamiento de la depresión, TOC o el pánico pueden alterar la capacidad física y mental requerida para el desempeño de tareas potencialmente peligrosas, como la conducción de vehículos o el uso de maquinaria el paciente debe ser advertido al respecto. **4.8. Reacciones adversas.** Reacciones adversas descritas en ensayos clínicos múltiples de sertralina frente a placebo clasificadas según su frecuencia de presentación: Muy frecuentes (> 1/100 y < 1/10). Frecuentes (> 1/1000 y < 1/100). Pocos frecuentes (> 1/10000 y < 1/1000). Raras (> 1/10000 y < 1/100000). **Trastornos psiquiátricos:** Muy frecuentes: insomnio. **Trastornos del sistema nervioso:** Adversas: mareos y somnolencia. **Frecuentes:** temblores. **Trastornos gastrointestinales:** Muy frecuentes: diarrea; heces blandas; náuseas y sequedad de boca. **Frecuentes:** anorexia y dispepsia. **Trastornos del aparato reproductor:** Frecuentes: disfunción sexual masculina (principalmente eyaculación retardada). **Trastornos generales:** Frecuentes: incremento de la sudoración. **Reacciones adversas descritas post-comercialización en estudios post-comercialización y notificaciones espontáneas de sertralina. Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** se han comunicado casos excepcionales de alteración de la función plaquetaria hemorragias anormales tales como equimosis, epistaxis hemorragias gastrointestinales, hematuria hemorragia vaginal u otros hemorragias de la piel o mucosas, leucopenia, púrpura y trombocitopenia. **Trastornos endocrinos:** galactorrea hiperprolactinemia. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** excepcionalmente se han comunicado casos de hiponatremia que fueron reversibles tras la interrupción del tratamiento con sertralina. Algunos casos se debieron posiblemente al exceso de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La mayoría de los casos se observaron en pacientes ancianos y en pacientes que estaban recibiendo diuréticos u otras medicaciones. **Trastornos psiquiátricos:** como con otros antidepresivos, se han comunicado con poca frecuencia: agitación, reacciones adversas, ansiedad, síntomas depresivos alucinaciones y psicosis los cuales no pueden distinguirse de los antecedentes naturales de la enfermedad subyacente. **Trastornos del sistema nervioso:** convulsiones: céfala; trastornos del movimiento (incluyendo síndrome extrapiramidal); hiperreflexia hipertonia; rechinar de dientes o anomalías de la marcha; paréresia e hipostenesia. **Trastornos gastrointestinales:** dolor abdominal vómitos y vómitos, pancreatitis. **Trastornos hepato biliares:** rara vez se han descrito acontecimientos hepáticos graves como hepatitis ictericia e insuficiencia hepática. Elevaciones asintomáticas de las transaminasas (SGOT y SGPT) han sido comunicadas con muy poca frecuencia (0,8%). Estas alteraciones aparecieron normalmente en las primeras nueve semanas del tratamiento y desaparecieron rápidamente tras la interrupción del mismo. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** eritema (incluyendo comunicaciones poco frecuentes de eritema multiforme). **Trastornos del aparato reproductor:** irregulaciones en la menstruación. **Anomalías de laboratorio:** resultados clínicos de laboratorio anormales. Otros: reacciones por retirada de sertralina que incluyen: agitación, ansiedad, mareos, céfala; náuseas y paréresia se han comunicado con poca frecuencia y en su mayoría, son leves y autolimitadas. Para evitar la aparición de estas reacciones por retirada la interrupción del tratamiento se debería hacer gradualmente (ver apartados 4.2. Posología y forma de administración y 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo). El perfil de efectos secundarios comúnmente observado en los estudios doble ciego y bien controlados en pacientes con TOC trastorno de pánico y TEPT fue similar al observado en los ensayos clínicos en pacientes con depresión. **4.9. Sobredosis.** En base a las evidencias disponibles, AREMIS® tiene un amplio margen de seguridad en el caso de sobredosisación. Se han comunicado casos de sobredosis tras la administración de hasta 8 g de sertralina como monofármaco. Se han comunicado fallecimientos en casos de sobredosis de sertralina administrada en asociación con otros fármacos y/o alcohol. Por consiguiente, todos los casos de sobredosis deben ser tratados de forma aguda. No existe tratamiento específico y tampoco antidotos específicos para sertralina. Se debe establecer y mantener la vía aérea asegurar una oxigenación adecuada y ventilación. El carbon activado, que puede utilizarse con sorbitol, puede ser tanto a más eficaz que la emesis o lavado gástrico, y debe considerarse como tratamiento de la sobredosis. Se recomienda la monitorización cardíaca y de los signos vitales junto con medidas generales de soporte y sintomáticas. Debido al gran volumen de distribución de sertralina es improbable que la diuresis forzada la diálisis la hemoperfusión y la plasmáferesis sean beneficiosas. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS. 5.1. Propiedades farmacodinámicas.** Sertralina es un inhibidor selectivo de la recaptación neuronal in vitro de 5-HT que potencia los efectos de los de la misma en animales. Sólo ejerce un efecto muy leve sobre la recaptación neuronal de noradrenalina y dopamina. A dosis clínicas sertralina bloquea la captación de serotonina por las plaquetas humanas. Carece de actividad estimulante sedante anticolinérgica o cardiotóxica en animales. En estudios controlados en voluntarios sanos sertralina no produjo sedación y no interfirió con la función psicomotora. De acuerdo con esta acción inhibitoria selectiva de la recaptación de 5-HT sertralina no potencia la actividad catecolaminérgica. Sertralina no presenta afinidad por los receptores muscarínicos (colinérgicos), serotoninérgicos dopaminérgicos adrenérgicos histaminérgicos gabaérgicos o benzodiazepínicos. La administración crónica de sertralina en animales se asoció con una disminución de la sensibilidad de los receptores noradrenérgicos y cerebrales similar a la observada con otros antidepresivos y antiobesivos clínicamente eficaces. A diferencia de los antidepresivos tricíclicos no se ha observado aumento de peso con el tratamiento para la depresión o para los TOC. Por el contrario algunos pacientes tratados con sertralina pueden experimentar reducción del peso corporal. En el tratamiento de los trastornos de pánico tres de los cuatro ensayos clínicos realizados y controlados con placebo confirmaron que el tratamiento con AREMIS® durante 10 a 12 semanas redujo significativamente el número de crisis de pánico por semana. Al final del periodo de tratamiento el porcentaje de pacientes con ausencia completa de crisis de pánico fue del 53% en el grupo tratado con AREMIS® (n=200) frente a placebo. En estudios en humanos y en animales sertralina no ha demostrado potencial de abuso. En un estudio durante un periodo de doble ciego, controlado con placebo del riesgo de abuso comparando sertralina alprazolam y d-amfetamina en 20 varones voluntarios sanos sertralina no produjo efectos subjetivos potenciales de abuso. Por contraste los sujetos calificaron a alprazolam y a d-amfetamina de forma significativamente mayor que el placebo en las medidas de adicción a fármacos euforia y potencial de uso exagerado. Sertralina no produjo ni la estimulación y ansiedad asociadas con d-amfetamina ni la sedación y disfunción psicomotora asociada con alprazolam. Sertralina no funciona como un potenciador positivo en animales y no fue reforzada por la administración de cocaína ni sustituye como estímulo discriminativo a d-amfetamina o pentobarbital en los monos rhesus. **5.2. Propiedades farmacocinéticas.** Los parámetros farmacocinéticos de sertralina son proporcionales a las dosis en el rango de dosis de 50 a 200 mg. En humanos tras una dosis oral única diaria entre 50 y 200 mg administrada durante 14 días las concentraciones plasmáticas máximas (C<sub>max</sub>) de sertralina se alcanzan entre las 4 y 8,4 horas tras su administración. El perfil farmacocinético en adolescentes o ancianos de 65 años o mayores no es significativamente diferente del de los adultos entre 18 y 65 años. El promedio de la semivida de eliminación de sertralina en plasma es de aproximadamente 26 horas. De acuerdo con esta existe una acumulación de aproximadamente dos veces hasta la obtención de las concentraciones del estado estable que se alcanzan después de una, 98% semivida con dosis únicas diarias. Cerca del 98% del fármaco circulante se une a las proteínas plasmáticas. Estudios en animales indican que sertralina tiene un gran volumen aparente de distribución. La farmacocinética de sertralina en pacientes pediátricos con TOC es comparable a la de los adultos (aunque los pacientes pediátricos metabolizan la sertralina con una ligera mayor eficacia). Sin embargo, 1 a 3 veces mayor eficacia de sertralina en pacientes pediátricos que en el menor peso corporal (especialmente en los niños de 6 a 12 años de edad) para evitar niveles plasmáticos excesivos. Sertralina sufre un extenso metabolismo de primer paso. El principal metabolito en plasma, n-desmetil-sertralina es mucho menos activo que la sertralina (aproximadamente 8 veces) in vitro y virtualmente inactivo en las pruebas farmacológicas in vivo. La semivida de la n-desmetil-sertralina varía entre 621 y 1014 horas. Tanto sertralina como n-desmetil-sertralina se metabolizan ampliamente en el hígado y los metabolitos resultantes se excretan en heces y orina en igual cantidad. Sólo una pequeña cantidad (0,2%) de sertralina sin modificar se excreta en la orina. Los alimentos no modifican significativamente la biodisponibilidad de los comprimidos ni del líquido concentrado para uso oral de sertralina. **5.3. Datos preclínicos sobre seguridad.** Los estudios de toxicología en diversas especies animales han demostrado que sertralina se tolera bien. También se ha demostrado que está desprovista de efectos mutagénicos. Amplios estudios realizados para la evaluación de la seguridad a largo plazo en animales demuestran que sertralina generalmente es bien tolerada a dosis aproximadamente superiores a las dosis clínicamente eficaces. El estudio de toxicidad en ratones se realizó con 100 veces la dosis máxima humana de 4 mg/kg, mientras que la DL50 oral en ratas es de 300 a 400 veces dicha dosis máxima humana. En los estudios realizados en animales, el nivel de dosis sin ningún efecto tóxico fue de 10 mg/kg, dosis varias veces superior a la dosis máxima recomendada para humanos. **6. DATOS FARMACOLÓGICOS. 6.1. Lista de excipientes:** Comprimidos: fosfato cálcico dibásico celulosa microcristalina hidroxipropilcelulosa alcohol glicólico de sodio estearato de magnesio, hipromelosa, polietilenglicol, polisorbato dióxido de titanio (E 171). Líquido concentrado para uso oral: glicerol (E 422), alcohol (E 150), levomentol, butilhidroxitoluenol (E 321). **6.2. Incompatibilidades.** No aplicable. **6.3. Periodo de validez:** AREMIS® 50 mg y 100 mg comprimidos: 4 años. AREMIS® 20 mg/ml líquido concentrado para uso oral: 2 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. **6.5. Naturaleza y contenido del recipiente.** AREMIS® 50 mg y 100 mg comprimidos se acondicionan en blísters de PVC/Aluminio. AREMIS® 50 mg comprimidos se presentan en envases de 30 comprimidos recubiertos con película y ranurados, así como en envases clínicos de 300 comprimidos. AREMIS® 100 mg comprimidos se presentan en envases de 30 comprimidos recubiertos con película y ranurados, así como en envases clínicos de 300 comprimidos. AREMIS® 20 mg/ml líquido concentrado para uso oral se acondiciona en frasco de vidrio ámbar junto con un cuentagotas de vidrio calibrado. Se presenta en un envase de 60 ml. **6.6. Instrucciones de uso/manipulación.** AREMIS® líquido concentrado para uso oral contiene 20 mg/ml de sertralina y debe ser diluido antes de su uso. Utilice el cuentagotas que se proporciona para recoger la cantidad requerida de líquido concentrado y diluirlo en 120 ml un vaso de agua. No mezcle AREMIS® líquido concentrado para uso oral en un líquido diferente del agua. La dosis debe tomarse inmediatamente después de prepararla, no la prepare con antelación. A veces la mezcla puede parecer ligeramente turbia esto es normal. **7. NOMBRE Y DOMICILIO SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Dr. Esteve, S.A. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221.08041 Barcelona. **8. PRESENTACIONES Y PVP (IVA INCLUIDO)** AREMIS® (Sertralina) 50 mg: envase con 30 comprimidos P.V.P. (IVA 4%): 29,86 €. AREMIS® (Sertralina) 100 mg: envase con 30 comprimidos P.V.P. (IVA 4%): 44,51 €. AREMIS® (Sertralina) 20 mg/ml: líquido concentrado 60 ml P.V.P. (IVA 4%): 25,40 €. **9. NÚMERO DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** AREMIS® 50 mg comprimidos, 59.735; AREMIS® 100 mg comprimidos, 59.734; AREMIS® 20 mg/ml líquido concentrado para uso oral, 63.479. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** AREMIS® 50 mg comprimidos: Enero 2003. AREMIS® 100 mg comprimidos, Enero 2003. AREMIS® 20 mg/ml líquido concentrado para uso oral, Enero 2003. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre 2003. © Laboratorios Dr. Esteve S.A. A2006





# Club Médico

## Informativo

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

### OTOÑO-INVIerno 2006

Estimado socio:

Es posible que usted sea de los afortunados que puede disfrutar de las vacaciones en otoño o invierno; ahora es el tiempo de elegir el lugar y el alojamiento que más cumpla con sus deseos. Para ayudarle a escoger la mejor opción disponemos de un completo programa que le haremos llegar si nos los solicita, por teléfono o a través de nuestro correo electrónico que figura en la cabecera.

Como sabe, todos los socios pueden disfrutar de la **Residencia de San Juan**, abierta todo el año con sus 65.000 m<sup>2</sup> de jardines e instalaciones deportivas, 306 habitaciones y suites, restaurantes y cafeterías; en el mismo centro de la Costa Blanca, en la playa de San Juan de Alicante. Actividades lúdico-deportivas: golf, tenis, náutica, pesca, excursiones, etc. El precio de la habitación doble para esta temporada es desde 41,93 € y el de la suite 54,49 €. Solicite más amplia información o reservas llamando a la Srta. Nieves al Tlf. 96 565 33 00, indicando su condición de socio del Club Médico.

En Madrid y para personas que necesiten asistencia geriátrica o rehabilitación disponemos de **Geriasa, Residencias Asistidas**, especialmente preparadas para válidos, asistidos y postoperatorios, con las instalaciones más modernas y completas para los tratamientos geriátricos a todos los niveles. Si desea más amplia información, no dude en consultarnos o solicitar el folleto explicativo dirigiéndose a la Srta. Rosa Agraz al Tlf. 91 557 22 30.

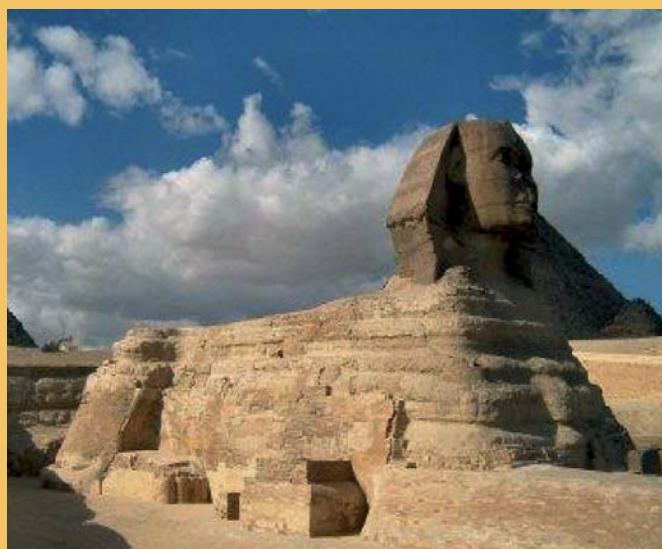
Estamos preparando la vigésima sexta edición de nuestra **Guía de Establecimientos Recomendados** correspondiente al año 2007. Le agradeceríamos nos hiciera llegar sus sugerencias acerca de establecimientos que a su juicio merezcan ser citados en la próxima edición de la guía.

En el **Conjunto Residencial Club Médico de Benidorm**, se ponen a la venta dos apartamentos a estrenar: uno de 75 m<sup>2</sup> con dos dormitorios y dos baños, y otro de 50m<sup>2</sup> con un dormitorio y un baño. Los precios son de 228.384 € y 162.273 € respectivamente. Si lo desea podemos ampliarle esta información.

Finalmente queremos recordarle que Club Médico tiene un acuerdo con el **Centro Médico Gran Vía** de Madrid, el cual concede unas condiciones especiales a todos los socios del Club. Entre los tratamientos: Medicina anti-vejecimiento, Nutrición, Cardiosalud, Masajes, Cirugía Plástica, Cheques, Dermatología Cosmética, Reconocimiento Carnet de Conducir, etc. Contactar con las Srtas. Nuria o Sonia en el teléfono 91 547 16 96.

Con nuestros mejores deseos para usted y los suyos, reciba un cordial saludo.

**CLUB MEDICO**



### ACTIVIDADES

- Vacaciones de Invierno
- Residencia de San Juan
- Residencias Asistidas
- Costa Cruceros
- Politours Viajes
- Apartamentos Club Médico
- Centro Médico Gran Vía
- Guía Establecimientos Recomendados

**SPA Medical Economics**  
GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE  
EDICIÓN ESPAÑOLA

Desde Club Médico agradecemos a Medical Economics su colaboración al ofrecernos sus páginas como vehículo para una eficaz comunicación con nuestros asociados.



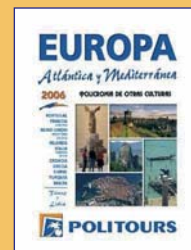
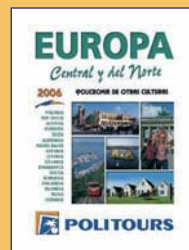
**MUCHO MÁS QUE viajes...**

**PROGRAMACIÓN COMPLETA 2006**



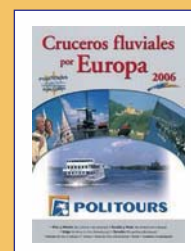
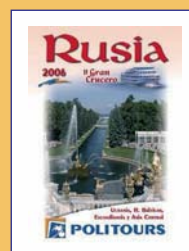
## París

AVION + HOTEL  
3 DIAS / 2 NOCHES  
DESDE 296 €



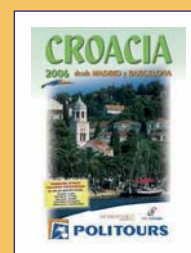
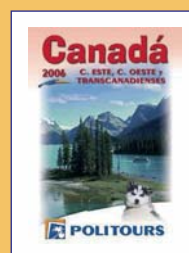
## Roma

AVION + HOTEL  
3 DIAS / 2 NOCHES  
DESDE 319 €



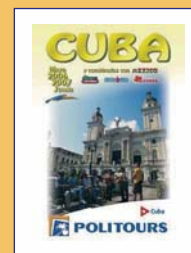
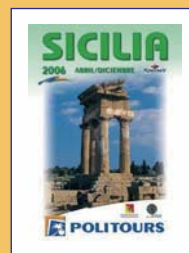
## Londres

AVION + HOTEL  
3 DIAS / 2 NOCHES  
DESDE 320 €



## Amsterdam

AVION + HOTEL  
3 DIAS / 2 NOCHES  
DESDE 280 €



# Déjese tentar por un Crucero



**DESDE: 580 €**

## COSTA CONCORDIA

7 DIAS EN BALEARES, TUNEZ,  
MALTA E ITALIA

### ITINERARIO

- 1º Barcelona
- 2º Palma de Mallorca
- 3º Túnez
- 4º La Valletta (Malta)
- 5º Palermo (Italia)
- 6º Civitavecchia/Roma
- 7º Savona
- 8º Barcelona



**SALIDAS**  
OCTUBRE-NOVIEMBRE  
2006

**Costa**  
CRUCEROS

### ITINERARIO

- 1º Savona
- 2º Nápoles (Italia)
- 3º Messina (Italia)
- 4º Navegación
- 5º Alejandría (Egipto)
- 6º Limassol (Chipre)
- 7º Marmaris (Turquía)
- 8º Santorini (Grecia)
- 9º Katakolon/Olimpia
- 10º Navegación
- 11º Savona (Italia)



**DESDE: 790 €**

## COSTA ATLANTICA

10 DIAS EN BALEARES, TUNEZ,  
MALTA E ITALIA



**Costa**  
CRUCEROS



**DESDE: 580 €**

## COSTA VICTORIA

### ITINERARIO

- 1º Venecia
- 2º Nari (Italia)
- 3º Katakolon/Olimpia
- 4º Santorini (Grecia)  
Mykonos (Grecia)
- 5º Rodas (Grecia)
- 6º Navegación
- 7º Dubrovnik (Croacia)
- 8º Venecia (Italia)



# VACACIONES DE INVIERNO 2006

## COSTA AZAHAR

(PRECIO POR PERSONA Y DIA)

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
PEÑISCOLA	HOTEL JAIME I ***	Desde	---	29,53 €	33,34 €	2-12 Años 50%
CASTELLON	HOTEL DEL GOLF ***	Desde	---	24,13 €	27,05 €	2-11 Años 50% <sup>s</sup>
VINAROS	HOTEL VINAROS PLAYA ****	Desde	---	30,16 €	32,07 €	1-12 Años 1º-2º Gratis
ALCOCEBER	GRAN HOTEL L. FUENTES ****	Desde	---	29,72 €	33,72 €	2-11 Años 1º-2º 50%

## COSTA VALENCIANA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
GANDIA	HOTEL PRINCIPAL ****	Desde	---	34,34 €	38,34 €	2-12 Años 1º Gratis
GANDIA	HOTEL SAFARI ***	Desde	---	32,84 €	34,63 €	2-10 Años 1º 50 %
CULLERA	HOTEL SANTA MARTA ***	Desde	39,73 €	47,47 €	54,81 €	2-9 Años 1º 50%
MIRAMAR	HOTEL MIRAMAR ***	Desde	33,10 €	43,15 €	53,15 €	2-12 Años 1º 50%

## COSTA BLANCA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
GUARDAMAR	HOTEL CAMPOMAR ***	Desde	24,96 €	26,99 €	29,53 €	2-12 Años 1º Gratis
BENIDORM	HOTEL POSEIDON PLAYA ***	Desde	---	38,42 €	41,97 €	2-12 Años 1º Gratis
CALPE	HOTEL BAHIA CALPE ****	Desde	40,96 €	47,31 €	58,74 €	2-10 Años 1º 50%
DENIA	HOTEL PORT DENIA ***	Desde	---	41,02 €	43,94 €	2-12 Años 1º Gratis

## COSTA CÁLIDA

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
LA MANGA	HOTEL SOL GALUA ****	Desde	35,03 €	41,33 €	52,67 €	2-6 Años Gratis
LA MANGA	HOTEL LAS GAVIOTAS ****	Desde	41,81 €	46,55 €	51,23 €	2-10 Años 1º 50%
L.ALCAZARES	HOTEL COSTA NAREJOS ****	Desde	27,51 €	33,21 €	37,63 €	2-12 Años En doble Gratis
S.P.PINATAR	HOTEL LODOMAR ****	Desde	31,31 €	38,90 €	54,08 €	2-12 Años 1º 50%

## COSTA ALMERIENSE

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
ROQUETAS	HOTEL COLONIAL MAR ****	Desde	30,31 €	37,81 €	51,56 €	2-14 Años 1º Gratis
AGUADULCE	HOTEL PORTO MAGNO ****	Desde	31,25 €	41,56 €	55,31 €	2-14 Años 1º Gratis
MOJACAR	HOTEL OASIS TROPICAL ****	Desde	---	27,70 €	32,93 €	2-10 Años 1º Gratis
VERA	HOTEL VALLE DEL ESTE ****	Desde	27,64 €	31,44 €	---	2-12 Años 1º Gratis

## COSTA DEL SOL

LOCALIDAD	HOTEL	TEMPORADA	A.D.	M.P.	P.C.	DESCUENTOS
MARBELLA	HOTEL SAN CRISTOBAL ***	Desde	32,32 €	46,05 €	54,81 €	2-10 Años 25%
FUENGIROLA	HOTEL EL PUERTO ***	Desde	31,94 €	37 €	45,86 €	3-12 Años 1º Gratis
BENALMADENA	COMPLEJO LOS PINTORES***	Desde	29,51 €	32,47 €	35,39 €	2-12 1º Gratis
TORREMOLINOS	HOTEL KRIS PRINCESA****	Desde	31,06 €	37,36 €	44,92 €	2-12 50%



Si desea más información puede contactar de las siguientes formas:

TELS.: 915 41 02 79 – 915 48 18 66 – FAX: 915 41 00 09 – Email: [club-medico@arrakis.es](mailto:club-medico@arrakis.es)

cicma 1448

# Infórmese sobre los aspirantes a un puesto

*Antes de tomar una decisión hay que realizar una investigación minuciosa sobre el pasado de cada candidato al que quiere contratar como miembro de su equipo.*

**Por Berkley Rice**



**C**uando los médicos se reúnen para comentar sus problemas en la consulta, tarde o temprano, alguien contará una historia de terror sobre cómo un empleado de confianza le robó dinero. ¿Podría suceder esto en su consulta? Antes de insistir en que no puede pasar, pregúntese cuánto sabe realmente del pasado de las personas que se hacen cargo de los pagos de su oficina, las nóminas y las finanzas en general. ¿Con cuánto cuidado investigó sus antecedentes penales y de crédito, o sus referencias personales y profesionales?

Desgraciadamente, algunos adornarán su experiencia y sus credenciales para obtener más fácilmente un trabajo. O se les olvidará mencionar que se les echó del anterior trabajo por conducta violenta. O pueden dar como referencias a personas que elegirán no informarles de algún problema serio. Por ejemplo, un internista contrató un contable que había trabajado an-

teriormente con un ginecólogo de la misma ciudad. Cuando le llamó para obtener una recomendación, el ginecólogo describió al aspirante como una persona eficiente, organizada y popular entre los pacientes. Lo que no dijo, y el internista sólo lo descubrió un año más tarde cuando tuvo que echar al contable por robar una suma considerable, es que el ginecólogo también le había despedido por robo.

¿Por qué no había mencionado eso? Cuando se le preguntó, explicó que no le había denunciado, por lo que su abogado le había aconsejado que no comentara el asunto con nadie fuera del despacho.

Para los empleados que tendrán que manejar dinero, cheques, datos de tarjetas de crédito, medicación o información confidencial de los pacientes, los antecedentes personales son esenciales, dice Geoffrey Anders, abogado y consultor en The Health Care Group en Plymouth Meeting, Pennsylvania.

Incluso para los que se verán en puestos menos delicados, vale la pena comprobar las referencias y el historial educativo para asegurarse de que los aspirantes realmente están tan cualificados para el puesto como dicen. Aunque esto suponga un esfuerzo y gasto adicional, es una inversión razonable teniendo en cuenta el tiempo y coste de reclutar, contratar y formar un sustituto para alguien que luego tuvo que despedir. Además, como señala Anders, si les dice a los candidatos que va a hacer una investigación detallada de su historial, puede que aleje las “manzanas podridas”. Aunque el detalle en el que uno debe entrar al investigar el pasado de un aspirante a un puesto depende del trabajo específico que desempeñará, y de las leyes relevantes en cada estado, los siguientes pasos básicos siempre deben formar parte del proceso.

**El impreso de solicitud.** Junto con los datos básicos como el nombre, dirección actual, educación, y el número de la seguridad social, también debe incluir preguntas sobre la historia completa de empleo, incluyendo fechas de cada trabajo, y si alguna vez se trabajó bajo otro nombre. Para evitar alegaciones de discriminación, no puede preguntar sobre altura, peso, estado civil, religión, raza, lugar de nacimiento, ni finanzas personales.

Cómo eludir otras trampas legales: no puede pedir la edad del candidato, pero puede confirmar que al menos tiene la edad mínima para trabajar. No puede preguntar por discapacidades mentales o físicas, pero sí puede preguntar si hay alguna razón por la que pueda tener dificultad en cumplir con los requisitos mínimos del trabajo. No puede preguntar si es ciudadano legal del país en que desempeñará su trabajo, pero puede preguntar si está legalmente autorizado para mantener un empleo a tiempo completo en el país. No puede preguntar si alguna vez fue detenido, pero puede preguntar si alguna vez se le condenó por algún crimen, o si hay cargos pendientes en su contra.

**Obtener su consentimiento.** Pida que firmen una dispensa que le autorice a buscar información relevante, y que también le de a las posibles fuentes de referencia permiso para discutir su historia con usted. La dispensa puede formar parte de la instancia de solicitud, pero tiene más sentido incluirlo como documento separado para poder enviar copias a juzgados, agencias de crédito, centros educativos y empleadores

previos que puedan pedirla antes de cooperar con su petición de información.

Para evitar el riesgo de una demanda posterior por invasión de privacidad, asegúrese de que los candidatos saben que va a investigar la información y referencias que proporcionan, y que no se ofrecerá el trabajo hasta que la investigación se haya completado. Finalmente, haga que firme un documento confirmando la precisión de los datos que ha proporcionado, con el entendimiento de que si se le contrata, el haber proporcionado información errónea será motivo de despido inmediato.

Comprobar las referencias de empleos previos es una inversión razonable teniendo en cuenta el coste de reclutar y formar un a un nuevo empleado.

**Control de empleos.** Si ve lagunas cuando revisa el historial de empleo del candidato, pídale que las explique. Puede haber omitido un trabajo del que fue despedido o del que se fue de mala manera. O puede haber estirado las fechas de otro trabajo para cubrir ese período. Por eso debe verificar todas las fechas cuando se investigan las referencias de empleos previos.

Contacte con el máximo número de candidatos previos. Si no recibe respuesta a su petición escrita, llámeles. De hecho, algunos consultores de gestión de consultas recomiendan que se solicite la información sobre referencias por teléfono desde un primer momento. Según explica Michael Wiley de Bay Shore, Nueva York, “la mayoría de los empleadores son reacios a poner

las cosas por escrito, sobre todo si se trata de información negativa, porque temen ser demandados.”

Presione para conseguir detalles acerca de las obligaciones específicas de cada trabajo que el candidato ha mencionado, y la calidad de su desempeño. Puede descubrir que no posee realmente la experiencia necesaria para el puesto que quiere cubrir. Pregunte por sus hábitos de trabajo y su habilidad para relacionarse con iguales y supervisores. “Pregunte por los conocimientos del aspirante, su comportamiento y ética de trabajo,” dice Anders. “No hable sólo con jefes y supervisores; hable también con los que trabajaron con él y para él.”

Si un candidato parece reacio a proporcionar más que información rutinaria, ofrezca la posibilidad de enviarle una copia del consentimiento firmado por el aspirante. Si eso no funciona, intente preguntar: ¿con-

**C**ontacte con el máximo número de candidatos posible y si no recibe respuesta, llámeles

trataría a esta persona de nuevo?” Una respuesta vacilante deberá hacer sonar la alarma.

Intente siempre leer entre líneas, y captar lo que un aspirante no le está contando. Por ejemplo, si le confirma sus habilidades en la oficina, pero se niega a hablar de su integridad, puede estar intentando comunicarle algo sin decirlo por consejo de su abogado.

Algunos empleadores sólo proveen información básica, manteniendo que una información más detallada es confidencial. Sin embargo, en muchos estados de EE.UU., esa confidencialidad está limitada por leyes estatales que protegen los empleadores que comparten información del desempeño de un empleado a menos que lo hagan sabiendo que es información falsa. Para saber qué límites ponen las leyes a la hora de obtener y utilizar información del pasado laboral y de crédito, contacte con el departamento de trabajo.

**Referencias personales.** Muchos entrevistadores no se molestan en investigar las referencias personales de sus candidatos, suponiendo que probablemente sean amigos y que por tanto difícilmente vayan a proporcionar una valoración crítica. Aun así, vale la pena intentarlo. Vaya más allá de las generalidades vagas, pregunte por cualidades específicas, características o conocimientos relevantes para el

puesto en cuestión. Pero mantenga sus preguntas dentro de lo pertinente. Preguntar por asuntos personales o no relacionados con el puesto de trabajo le puede exponer a cargos de invasión de la privacidad. Si las fuentes no parecen conocer bien a su aspirante, o no son muy comunicativos, pregunte si conocen a alguien que pueda dar una evaluación más útil. Si el candidato ha vivido en la zona durante algún tiempo, pero no tiene referencias locales, puede ser una señal de aviso.

**Confirmar su formación.** A menos que el aspirante se haya graduado recientemente y tenga muy poca experiencia laboral, sus notas del colegio de diez años atrás probablemente sean menos importantes que su experiencia laboral más actual. Aún así, vale la pena verificar que realmente realizó los cursos y obtuvo los grados y créditos que mantiene haber obtenido, sobre todo si son relevantes al puesto en cuestión.

Si la institución educativa no verifica la información por teléfono, ofrezca enviar una copia de la dispensa que firmó el candidato. (La ley en EE.UU. prohíbe que las instituciones educativas públicas proporcionen expedientes académicos sin este documento.) Muchas instituciones sólo entregarán el historial académico a la persona en cuestión.

## Cómo conseguir ayuda en sus investigaciones sobre el pasado de los candidatos

Dependiendo de la naturaleza del puesto, y de la extensión de la investigación que justifica, usted o su gestor pueden comprobar algunas de las áreas del pasado del aspirante con unas llamadas a sus referencias y una búsqueda por internet de registros públicos.

Pero dado el potencial para violaciones a la intimidad, las restricciones legales sobre este tipo de búsqueda, y el tiempo que se necesita para realizarlas, normalmente tiene más sentido contratar una empresa profesional para que haga la búsqueda de antecedentes penales, de crédito y educativos. Dependiendo de la complejidad de la búsqueda, el coste puede ir desde los 50 euros hasta los cien euros o más.

Si hace una búsqueda en internet de “servicios de investigación de antecedentes,” o si consulta sus páginas amarillas locales buscando “servicios de investigación,” encontrará cientos de empresas ofreciendo este tipo de servicios, incluyendo empresas grandes nacionales y otras locales más pequeñas. Pídale a su abogado o consultor de gestión una recomendación.

Para más información puede consultar:

- *The Employer's Legal Handbook*, de Fred S. Steingold.
- *25 Essential Lessons for Employee Management*, de Dennis L. DeMey.

**Comprobar si tiene deudas.** Un informe de crédito puede no ser necesario si va a contratar un operador de centralita. Y, de hecho, puede meterse en problemas si no hay ninguna buena razón para investigar el historial de crédito de una persona. Pero si quiere contratar un contable o alguien que estará en contacto con dinero en efectivo o cheques, hay razones obvias. Después de todo, si el candidato se ha metido en problemas con sus propias finanzas, o peor, está muy endeudado, puede no ser la mejor opción para manejar las finanzas de su consulta.

Un informe de crédito típico enumerará los préstamos pendientes de pago, gravámenes por impuestos no pagados, juicios, y obligaciones de pago de pensión alimenticia. Las agencias de informes de crédito suelen cobrar entre 15 y 25 euros por un solo informe, pero los precios varían según el número de informes solicitados, y dependiendo de si el empleador o entidad solicitante del informe tiene un contrato con la agencia de crédito.

Antes de pedir un informe de crédito, tenga en cuenta las restricciones legales que expone el Decreto de la Justa Información Sobre Créditos (Fair Credit Reporting Act o FCRA). La ley no se aplica en el caso de que reúna la información usted mismo. Pero sí lo hace si la solicita de una agencia de crédito comercial.

De hecho, esa ley y algunas leyes estatales requieren que estas agencias consigan el consentimiento escrito del candidato antes de llevar a cabo una investigación así. Bajo el Decreto de la Justa Información sobre Créditos si decide no contratar un aspirante basado en un informe de crédito negativo, debe darle una copia de este informe junto con una copia del resumen de sus derechos bajo el Decreto de la Justa Información sobre Créditos, disponible en la Comisión Federal de Comercio ([www.ftc.gov/os/statutes/2summary.htm](http://www.ftc.gov/os/statutes/2summary.htm)).

**Preguntar por antecedentes penales.** Algunos juzgados federales, estatales y de condados ahora tienen sitio *web* en el que puede averiguar si un candidato se ha visto involucrado en cualquier caso criminal. Pero muchos estados ponen restricciones legales a la hora de comprobar los antecedentes penales. Generalmente puede preguntar por condenas por delitos graves, pero no por las detenciones ya que si no han sido condenados suele ser por falta de evidencia. En algunos estados, las condenas por delitos menores o por delincuencia juvenil también pueden estar fuera de los límites.

Lo que haga con esta información depende de usted. Aunque tener antecedentes penales no sea necesariamente motivo para rechazar al candidato, tampoco es una recomendación, particularmente si el puesto implica manejar las finanzas de la consulta.

Una advertencia: dado que los jefes a menudo están poco dispuestos a presentar cargos contra alguien a quien despidieron por robo, investigar su pasado criminal puede no producir evidencia de tal robo. Y aunque los juzgados locales a nivel de condado pueden proveer los antecedentes penales de una persona, eso no ayudará si hubo una condena hace años cuando el candidato vivía en otro lugar. Por eso la instancia de solicitud debe pedir direcciones anteriores.

**G**uarde la documentación en la ficha personal del empleado por si acaso surge algún problema después de su contratación

**Suscriba una póliza contra el robo.** En EE.UU, una manera de proteger su consulta contra el robo por parte de los empleados es comprar bonos de fidelidad—a través de su corredor de seguros— cubriendo a aquéllos con acceso al efectivo o con responsabilidades en cuanto a las finanzas del despacho. Si un empleado así cubierto roba de su consulta, la aseguradora le devolverá sus pérdidas verificables hasta la cantidad del bono. Karen Zupko, consultora de la gestión de despachos en Chicago, recomienda que se les comente a los aspirantes a puestos de contabilidad que tendrán que solicitar un bono de fidelidad. Como explica ella. “Eso es un freno para los que tengan un pasado con muchos altibajos.”

**Documentar su investigación.** Para protegerse contra las reclamaciones de contratación negligente, documente cada paso de su investigación, con el nombre, título y fecha de cada referencia con la que contactó. Incluya notas acerca de lo que les hayan dicho por teléfono y guarde copias de cualquier documento o informe escrito que reciba. Si un antiguo supervisor se niega a decirle nada, hágalo constar también.

Guarde esta documentación en la ficha personal del empleado por si acaso surge algún problema después de su contratación. El material delicado como los informes de crédito, los antecedentes penales o informes médicos deben almacenarse en una carpeta separada y confidencial. Incluso si no contrata al candidato, guarde estos datos al menos durante un año por si presentara una demanda por discriminación. ■

# Una muestra de valor

*La doctora Kimberly Norman Mallin, médico con consulta privada en Estados Unidos, recuerda los últimos días de la terrible enfermedad de una de sus enfermeras. Un cáncer de hígado acabó con su vida, pero dejó a todos los que la rodeaban una importante lección sobre cómo vivir y amar la vida.*

## Kimberly Norman Mallin

**U**nas cuantas semanas antes de Navidad, abrí una carta que contenía una tarjeta de felicitación que acababa de llegar de Cheryl, una enfermera de mi consulta. Con lágrimas en los ojos leí: “*Así que aquí estamos sentados, contemplando la cara más real de la tragedia. Chica, el día que tuviste que darme la noticia debió ser para ti una experiencia muy dura*”.

Aquello me llevó atrás en el tiempo, a un fatídico día de agosto del año anterior.

Había comenzado como cualquier otro día de trabajo. Me había incorporado a aquella clínica el año anterior, justo cuando terminé mi período como médico residente. Había otro médico y dos enfermeros, Cheryl y Jack, un matrimonio. Era una situación ideal. Me sentí muy afortunada de haber encontrado unos compañeros de trabajo tan compatibles.

Cheryl me contó que había empezado a sentir un dolor en la espalda y en la parte superior del abdomen, lo cual ella misma había relacionado con un problema en la vesícula biliar. Me pidió que echara un vistazo. La examiné y no hallé nada extraño, así que pedí algunos análisis y la cité para una ecografía abdominal esa misma semana.

Los resultados de los análisis llegaron a la mañana siguiente. No había nada fuera de lo normal, pero en general mostraban pequeños desequilibrios que despertaron mi sexto sentido, ese sentimiento persistente, intuitivo, que se asienta en la nuca y parece susurrar constantemente detrás de la oreja y que no se va hasta que uno le hace frente decididamente. A lo largo de los años he aprendido a escuchar esa voz y así lo hice aquel día. Decidí que Cheryl se hiciera un TAC esa misma tarde. No le di ninguna explicación dado que no iba a creerse aquello del sexto sentido. Simplemente le dije que no había por qué esperar.

Dos horas más tarde, recibí una llamada telefónica del hospital. El radiólogo me dijo: “Tengo malas noticias. El hígado tiene cáncer metastásico. Hay áreas sospechosas en el colon y en el páncreas. No puedo decir cuál es el origen primario.”

Aquello había causado estragos a nivel personal. Mi amiga y colega acababa de ser diagnosticada con una enfermedad terminal y yo era la que se lo tenía que decir.

A lo largo de los años he tenido la experiencia de dar este tipo de noticias. Pero nunca antes con alguien que me era tan cercano.

Llamé a mi marido y lo primero que le dije fue: “Por favor, dime qué puedo hacer,” mientras le contaba todo lo sucedido. Mi mente se llenó de imágenes de Cheryl. Pensé en su entusiasmo en el trabajo, en el modo alegre con que trataba a todos los pacientes, en su amor por su

hijo de 7 años, en su gratitud por la bendición que representaba trabajar junto a su marido en el mismo lugar, y en el orgullo con el que llevaba siempre su bata de enfermera. El año anterior, para deleite de sus pacientes, tanto mayores como pequeños, se vistió de Peter Pan en Halloween, una opción magnífica dado que no medía más de 1,55 metros y pesaba unos 45 kilos. Parecía mucho más joven de los 50 años que tenía, le encantaban las ocasiones festivas y siempre decoraba la consulta de manera acorde con la ocasión. Simplemente le encantaba la vida que tenía.

Me sentí abrumada y sin la preparación pertinente para hacer lo que te-

nía que hacer. Respiré profundamente, coloqué una sonrisa sobre mi cara, abrí la puerta de mi oficina y continué con las visitas de mis pacientes.

Cuando Cheryl y Jack volvieron del hospital, aún tenía unos quince pacientes por ver. Mentí. Les dije: “Aún no tengo noticias del hospital.” Sabía que tenía que aguantar hasta que terminara de ver a todos los pacientes.

Cuando se fue el último de ellos pedí a Jack y a Cheryl que se acercaran a mi consulta. Cuando nos sentamos, Cheryl rió y dijo: “Tengo que operarme, ¿verdad? Es mi vesícula biliar, ¿verdad?” Me miró y después miró a su marido, quien en aquel momento sabía que tenía una coazonada. Puse mi mano sobre la rodilla de Cheryl y dije: “No sé cómo decirte esto, pero no, no es tu vesícula biliar. Es cáncer... cáncer metastásico.”



Ella me miró con una expresión de perplejidad. Y entonces miró a su marido. "Oh, no," balbuceó. "No es cierto... ¿verdad? ... ¿verdad?". Me miró otra vez y yo agarré su mano, con los ojos llenos de lágrimas. Podía sentir la realidad como una puñalada en su piel. El color y la expresión se habían ido de su cara. Ella se volvió a su marido quien con el gesto más cariñoso en su expresión asintió, confirmando que todo era real. La cogió en sus brazos cuando ella empezó a lamentarse y a llorar, "Oh, no, no puede ser." Salí de la habitación y los dejé a solas. Sus apagados llantos tras la puerta se oían en el resto de la clínica.

### Reacción admirable

Cuando volví a entrar, Cheryl y Jack estaban cogidos de las manos y con una mirada de resolución. Ella respiró profundamente y dijo: "Muy bien, ¿qué hacemos ahora?". Demostró un gran valor y una decidida determinación por hacer lo que fuera necesario. Juntos, entre los tres, empezamos a planear la actuación, que empezaría por contactar a un oncólogo amigo nuestro para recoger información sobre qué hacer a continuación.

La dedicación de Cheryl a sus pacientes y a nuestra clínica fue envidiable. Trabajó cada día que pudo levantarse de la cama, aunque durante siete meses estuvo muy enferma. Mientras leía su tarjeta de felicitación, pensé en los tratamientos de radioterapia que estaba llevando a cabo para tratar su enfermedad y pensé en que no podía comer demasiado, dado que su hígado estaba tan hinchado. Su valor es admirable. Pregunté a Cheryl cómo conseguía hacerlo, y ella dice que cada día que escucha algo sobre un evento futuro se marca una meta: tengo que vivir hasta ese día. Y así lo hace.

Continué leyendo su tarjeta y de nuevo me impactó su actitud positiva y el modo en que siempre consigue hacer sentir importantes a los demás. *Mi plan para Año Nuevo es aprender a vivir con mi verdadero espíritu, el de una persona fuerte y decidida pero vulnerable como tú. Gracias por compartir tus sentimientos con nosotros y por ser mucho más que mi médico.*

No, Cheryl, gracias a tí por enseñarme a ser mejor persona. No hay palabras para expresar lo mucho que se te echa de menos. Nuestra clínica es un lugar mejor gracias a las lecciones que hemos aprendido contigo sobre compasión, esperanza y cómo vivir y amar la vida... segundo a segundo. ■

Cheryl falleció el 25 de enero de 2005 a la edad de 52 años.



## Suscríbase a las mejores publicaciones periódicas para los profesionales de la salud

### Publicaciones

	Números	Instituciones	Profesional*
<input type="radio"/> American Journal of Health-System Pharmacy	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Allergy	6	93,76 €	64,50 €
<input type="radio"/> Gerokomos	4	63,13 €	43,82 €
<input type="radio"/> International Journal of Psychiatry	5	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Journal of Neurology	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Medical Economics	20	130 €	105 €
<input type="radio"/> Revista Española de Obesidad	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Seminars in Oncology	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Sexología Integral	4	63,13 €	43,82 €

\* El precio de suscripción se incrementará en 12 € para suscripciones fuera de España.

Nombre y Apellidos:  CIF/NIF:

Dirección:

Población:

Provincia:  C.P.:

Especialidad:

Teléfono:  Fax:  Móvil:

E-mail:

### Forma de pago

- Cheque adjunto nº  a nombre de Spanish Publishers Associates  
Banco/Caja:
- Transferencia a la C/C: 2100 1745 54 0200065096 de Spanish Publishers Associates

SPA  
SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

Edificio Vértice - Antonio López 249 1º / Telf.: 91 500 20 77 - Fax: 91 500 20 75 / 28041 - MADRID  
www.drugfarma.com - spa@drugfarma.com

De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, le informamos de que los datos que nos facilita, necesarios para la correcta gestión de su suscripción a nuestras revistas, serán incluidos en un fichero automatizado de Spanish Publishers Associates, S.L. Vd. tiene el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar mediante carta remitida a Spanish Publishers Associates, S.L., C/ Antonio López, 249 (1º) 28041 Madrid.

# Diez años en un infierno legal

**S**u calvario a causa de una demanda por malpraxis que duró diez años y su disposición para hacerlo público, hicieron que el caso del neurocirujano Lenard Rutkowski se convirtiera en la mejor baza para los defensores de una reforma. En comunicados de prensa y entrevistas con los medios, su caso fue citado a menudo como ejemplo de un jurado y de un sistema judicial injusto y despiadado.

¿Pero realmente lo era? La experiencia horrible de Rutkowski puede que confirme los miedos más oscuros de los médicos de ser destruidos —económicamente y emocionalmente— por un caso de malpraxis que involucra un pequeño ejército de abogados. Y el caso sí que parece mostrar una despreocupación escandalosa por parte del sistema judicial para el paciente del acusado. ¿Pero cuánto de típico tiene este caso? ¿Los médicos realmente

deben temer que el demandante vaya a por sus bienes personales? Aunque Rutkowski sí que se vio enfrentado a la posibilidad de una bancarrota devastadora, ¿esto sucede de regularidad o este caso es una aberración? Para averiguarlo, inspeccionamos bien el caso.

La batalla épica de Rutkowski comenzó en 1992. Llevaba en la consulta privada 13 años en Joliet, Illinois. Como la mayoría de los neurocirujanos, había sido demandado en más de una ocasión a lo largo de los años, pero había acabado pagando sólo en dos ocasiones: un veredicto de 900.000 euros en un caso, y un acuerdo de 300.000 euros en el otro. Dadas las tasas de las demandas en especialidades de alto riesgo como ésta, no es una mala cifra.

Entonces el camionero de 45 años, John Murphy acudió a él para una tercera opinión sobre un accidente la-

boral que le estaba causando dolor y debilidad en el brazo izquierdo. Basándose en una resonancia magnética que mostraba dos hernias discales, dos médicos anteriormente —un ortopedista y un neurocirujano— habían recomendado cirugía espinal en la C5-6, y habían expresado su preocupación por la C6-7. Rutkowski estuvo de acuerdo, y programó la cirugía. Pero a causa de cierta confusión al leer las radiografías, operó erróneamente las cervicales C4-5 y C5-6 en lugar de C5-6 y C6-7. (Las radiografías eran difíciles de interpretar, según él, debido al sobrepeso de Murphy). Según una revisión del caso por parte de un juzgado de apelación, “Rutkowski no se percató de haber quitado el disco equivocado hasta que no vio unas imágenes posquirúrgicas.”

A lo largo de los siguientes meses, Murphy hizo visitas de se-

guimiento a Rutkowski y se sometió a fisioterapia. El dolor aparentemente mejoró, pero Murphy alegaba que la debilidad en el brazo permanecía, lo que le impedía levantar el peso que su trabajo requería. En 1993, consultó con otro neurocirujano, que le dijo que Rutkowski debió operar el disco herniado en C6-7 en lugar del sano C4-5.

En 1994, ese médico extirpó el disco en C6-7 y fusionó la articulación. Desgraciadamente, esto tampoco solucionó los problemas de Murphy. Siguió experimentando dolor en el cuello, hombro y brazo, y finalmente buscó tratamiento por parte de un especialista en el manejo del dolor.

En junio de 1994, Murphy presentó una demanda contra Rutkowski y el radiólogo que había interpretado la radiografía sobre la que Rutkowski se había basado a la hora de operar. Presentó contra éste los cargos de negligencia a

*Este médico sobrevivió a una demanda por malpraxis y a una amarga bancarrota que amenazaron con cerrar su consulta.*

**Por Berkley Rice**

la hora de interpretar las radiografías, de diagnosticar mal el problema, y de operar en el nivel equivocado. ISMIE Mutual Insurance Co., la aseguradora, que aseguraba a ambos médicos, designó un abogado que denominaremos “abogado nº 1” para defenderles.

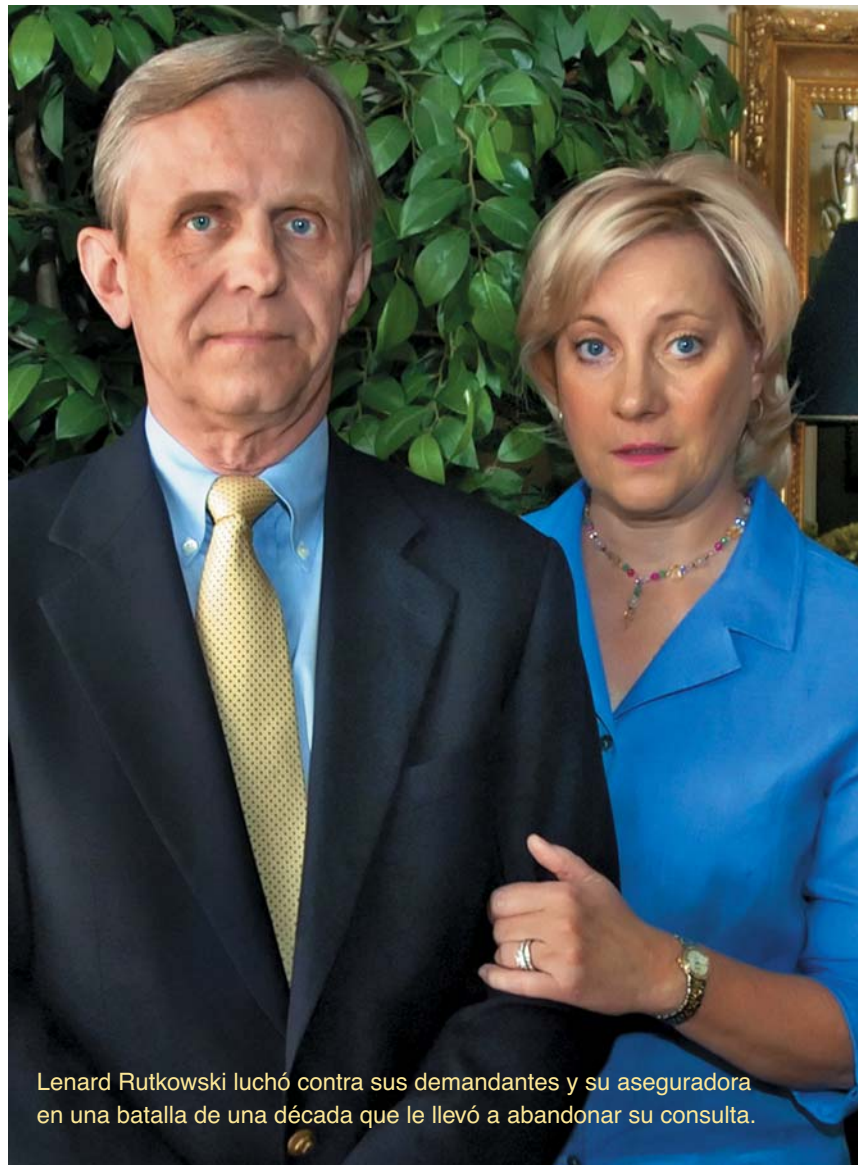
Ya que no quería preocupar a su esposa, Rutkowski no le habló de la demanda durante varios años, a pesar de que ella también era la contable de su consulta. Cuando al fin estuvo al corriente, temió que el caso acabara en un veredicto con jurado, y le convenció para que llegara a un acuerdo. Rutkowski entonces informó a ISMIE que quería acabar con el tema fuera del juzgado. “Les dije que estaba dispuesto a correr con el gasto,” recuerda, “mientras ellos me cubrieran los gastos legales si llegaba a tener que declarar la bancarrota.”

Según Rutkowski, ISMIE ignoró su petición, a pesar de una indicación por parte del abogado del demandante de que estaría dispuesto a resolver el caso por 3 millones de euros, el total de los límites combinados de las pólizas de ambos médicos. Avisó de que si el caso llegaba al juzgado, y resultaba en un veredicto mayor, iría tras los bienes personales del médico. Según se acercaba la fecha del juicio, el ISMIE seguía negándose a llegar a un acuerdo, Rutkowski hizo que su abogado corporativo (al que denominaremos “abogado nº 2”) enviara una carta a la empresa acusándoles de actuar “de mala fe” y exponerle a un gran riesgo. (ISMIE no ha querido hacer comentarios sobre este caso, para “proteger la privacidad de los asegurados).

### Decide el juez

El caso finalmente llegó al juzgado en otoño de 2001. Como es habitual, los expertos médicos de cada lado diferían en cuanto a si Rutkowski había sido negligente a la hora de pedir e interpretar las radiografías, y en sus procedimientos quirúrgicos. Rutkowski y el radiólogo tenían versiones distintas en cuanto a la petición e interpretación de la radiografía, y en cuanto a si el radiólogo había estado presente durante la cirugía. También hubo disputa acerca de si Rutkowski había informado a Murphy de que le había operado la vértebra equivocada. Rutkowski alegaba que sí lo había hecho, pero el historial no mostraba notas apoyando esto.

La defensa consiguió sembrar dudas acerca del dolor que sentía Murphy, sobre todo su alegación de que no podía es-



Lenard Rutkowski luchó contra sus demandantes y su aseguradora en una batalla de una década que le llevó a abandonar su consulta.

tar sentado más de dos horas seguidas. Durante el interrogatorio, admitió que desde la lesión había hecho tres viajes para pescar a Canadá y algunos viajes a Florida en coche, incluyendo uno sin paradas para dormir. También había hecho algún viaje a Las Vegas, donde había estado apostando durante cuatro o cinco horas sin descanso.

Murphy testificó que su brazo estaba tan debilitado que no podía levantar más de dos o tres kilos. Pero la defensa respondió con un video de la cámara de seguridad en el que levantaba un armario archivador que pesaba hasta diez kilos. El efecto que tuvo el video en el jurado, sin embargo, fue diverso. Según un sondeo del jurado después del juicio, algunos lo habían considerado una invasión de la privacidad de Murphy.

A pesar de las dudas en cuanto a lo extenso de la lesión de Murphy, Rutkowski parece haber tenido razón en haber querido llegar a un acuerdo fuera del juzgado. El caso acabó en un veredicto de 5,6 millones de euros contra el radiólogo y él: 2,6 millones de euros más que la media. Ambos médicos apelaron, lo que requirió otro

## ¿Es común esta situación?

**C**ada vez que un veredicto multimillonario de malpraxis llega a los titulares de la prensa estadounidense, los médicos tiemblan. Es su peor pesadilla: un jurado descontrolado dicta que paguen una suma mayor que la que cubre su seguro, y el estado aparece para quitarles la casa, los coches y la cuenta bancaria, dejando a la familia en la calle. En realidad esto casi nunca ocurre, a pesar del caso descrito en este artículo.

La gran mayoría de los casos de malpraxis son abandonados por el demandante, y desestimados por el juez por falta de mérito, incluso a veces se llega a un acuerdo antes del juicio con una suma dentro de los límites de la póliza de seguros del acusado. De los casos que llegan a juicio, la mayoría acaban en victoria para la defensa. Incluso cuando los médicos pierden los casos, la suma suele verse cubierta por su póliza. Y si el veredicto es más alto que su póliza, los daños y perjuicios suelen verse reducidos por otro juez, limitados por leyes estatales sobre daños y perjuicios o acordados después del juicio en cantidades cercanas al límite de su póliza.

“La amenaza de un veredicto excesivo llevándose todos los bienes personales de un médico es un mito,” dice James Lewis Griffith, veterano abogado de casos de malpraxis en Filadelfia. “Raramente he visto a un médico tener que buscar en su propio bolsillo para satisfacer un veredicto. Si la suma dictada por el jurado está alrededor de lo que cubre su póliza, el caso se verá normalmente resuelto entre los participantes después del juicio.”

¿Por qué van a conformarse los demandantes con las cantidades que dictan los límites de la póliza cuando acaban de ganar mucho más en el juicio? Porque hasta que no se acuerde todo, no verán ni un céntimo de sus gastos médicos presentes. Y quizá igualmente importante, el abogado del demandante no verá sus honorarios, o los 25.000 ó 50.000 euros que puede haberse gastado ya en el caso.

Para fomentar acuerdos razonables tras el juicio, los abogados de los acusados a menudo amenazan con apelar los veredictos de casos importantes, lo cual podría retrasar los pagos unos años, y añadir a los gastos del abogado del demandante. Y lo que es peor, siempre hay riesgo de que el juzgado de apelación pueda reducir la suma o incluso revertir el veredicto, en cuyo caso el demandante puede acabar sin nada.

Aún así, si está preocupado por proteger sus bienes, no espere a ser demandado para hacer algo al respecto. Encuentre un abogado, contable o gestor de patrimonios que conozca las leyes estatales de protección de bienes. Si espera hasta que se le demande, cualquier medida que tome para proteger sus bienes será seguramente desestimada en un juzgado por actividad “fraudulenta.”

Si el abogado de un demandante gana el juicio en su contra, pero sabe que sus bienes personales están fuera de su alcance, estará más dispuesto a acordar con usted una cantidad que su aseguradora cubrirá. Incluso si sus bienes están sólo parcialmente protegidos, ir tras ellos seguramente implique invertir más tiempo y dinero del que está dispuesto a gastarse.

abogado (nº 3). Fracasaron todos los intentos de arreglar económicamente el caso tras el juicio, porque el abogado del demandante insistía en conseguir la cantidad total, aunque eso significara ir tras los bienes personales de los médicos.

Es una búsqueda muy poco habitual en los casos de malpraxis (ver cuadro superior). En este caso, sin embargo, puede haber sucedido así porque el demandante y su abogado se enfadaron ante la negativa de la aseguradora para llegar a un acuerdo sin llegar a juicio, o porque estaban convencidos de que el caso “valía” la cantidad total del veredicto del jurado.

### Bancarrota

En agosto de 2002, con la apelación pendiente, la esposa de Rutkowski fue al banco y se sorprendió al descubrir que sus bienes personales y corporativos habían sido congelados por orden del juez, a petición del de-

mandante. La congelación bloqueaba 100.000 euros en cheques que estaban preparados para pagar nóminas, primas del seguro y varias facturas de la consulta. Bajo la orden del juez, Rutkowski debía proporcionar al abogado de Murphy copias de sus extractos de cuentas, declaraciones de la renta, inversiones, ahorros, pólizas de seguros, contratos de arrendamientos, hipotecas y cuentas a cobrar de los últimos siete años. En este momento tuvo que contratar otro abogado para proteger sus bienes (nº 4).

Ya que el abogado de Murphy se negaba a negociar, Rutkowski dice que no tuvo más opción que declarar la bancarrota para proteger sus bienes de ser confiscados. Eso significó que tuvo que contratar a otros dos abogados (abogados nº 5 y nº 6) para representarle en su bancarrota personal y corporativa. También tuvo que pagar a un abogado de bancarrota federal (nº 7) para que supervisara estos trámites.

Mientras esperaban el visto bueno del abogado federal, Rutkowski fue incapaz de pagar a su equipo médico de su consulta, que se quedó sin paga durante seis semanas. Por fin le dieron permiso para sacar 10.000 euros cada mes de su cuenta congelada, para poder pagar los salarios de sus empleados y algunas otras facturas. Mientras sus bienes personales y corporativos se evaluaban para la liquidación –corriendo él con los gastos– su mujer consiguió reunir suficiente dinero como para comprar los muebles de la consulta y los equipos.

Rutkowski y su esposa luchaban por mantener su consulta en funcionamiento mientras el proceso de bancarrota se alargaba casi un año, con numerosas apariciones en el juzgado, peticiones de documentos y reuniones con los abogados, todo lo cual se añadía a sus gastos legales. “Mi esposa sufrió más que yo durante ese período,” dice. “Estaba en casa sola todo el tiempo. La casa estaba llena de documentos legales. Era acosada por abogados y personas con facturas que no podíamos pagar. Incluso nos embargaron la casa, para que no pudiéramos venderla y así recaudar dinero.”

En enero de 2003, actuando bajo orden del juez, Rutkowski tuvo que poner su consulta en venta. Afortunadamente, no hubo ofertas. Para entonces, se había gastado casi 400.000 euros en gastos legales y de contabilidad, y el reloj seguía corriendo. Contrató otro abogado (nº 8) para demandar a ISMIE y para recuperar esos gastos. También demandaba que tras el veredicto, ISMIE se había negado a afianzar Rutkowski para proteger sus bienes.

### **Una inversión de la apelación a medias**

En junio del 2004, hubo buenas noticias para Rutkowski: el juzgado de apelación revirtió el veredicto del jurado, pero sólo en algunos puntos. El juez de apelación encontró suficiente evidencia para apoyar la negligencia que había encontrado el jurado, pero encontró muchas cuestiones acerca de lo extenso de la lesión e incapacidad de Murphy. Notando que sus alegaciones de dolor y sufrimiento eran en gran parte subjetivas, juzgaron que debieron haber permitido que la defensa interrogara al especialista en control del dolor en cuanto a la posibilidad de que las quejas de Murphy se vieran motivadas en parte por el prospecto de un veredicto más favorable para él. La exclusión de ese testimonio, concluyeron, justificaba un nuevo juicio, pero sólo en cuanto a la cantidad de daños y perjuicios, no en cuanto a la responsabilidad del médico.

## **Los neurocirujanos en Illinois han disminuido un tercio en los últimos cinco años, debido en parte al caso de Rutkowski**

Para no volver al juzgado, ambas partes se pusieron de acuerdo en intentar resolver el caso sometiéndolo a una mediación no vinculante. Rutkowski fue representado por varios de sus abogados. Los mediadores propusieron que las partes llegaran a un acuerdo de 3 millones de euros, la cantidad correspondiente a los límites de pólizas combinadas de los dos médicos. Finalmente, todo el mundo estuvo de acuerdo, aunque Rutkowski lo hizo de mala gana, ya que el acuerdo re-

quería que dejara su demanda de mala fe contra ISMIE. Pero aunque el acuerdo liberaba sus bienes, y su bancarrota personal se resolvió, su bancarrota corporativa sigue pendiente por una disputa sobre 27.000 euros en penas por impuestos federales. Como resultado, sus gastos legales perduran.

A pesar de su victoria, Rutkowski estaba exhausto y cansado de su largo calvario. Como las de otros neurocirujanos, sus primas de seguro habían subido mucho por esa época. En este caso, subieron de los 88.000 euros en 2001 a 246.000 en 2004. “Simplemente no podía afrontar los gastos,” dice. En el otoño de 2004, se mudó a Greenville, Mississippi, y cambió de trabajo. Ahora tiene un salario “comparable” a lo que recibía en Joliet, pero paga sólo 59.000 euros por su seguro. “Es como obtener un plus de 200.000 euros,” dice.

Rutkowski no es el único neurocirujano en abandonar Illinois últimamente. Según un portavoz de la sociedad de la especialidad para ese estado, el número de neurocirujanos que practica allí la medicina ha disminuido en torno a un tercio de la cantidad durante los últimos cinco años, espantados por el aumento en las tasas de malpraxis, y por lo que le sucedió a Rutkowski. De los que quedan, muchos han dejado de hacer operaciones de alto riesgo por miedo a ser demandados.

A sus 60 años, Rutkowski mira ahora a su larga batalla con algo de amargura. “Ha sido una década muy dura,” dice. “Ha sido exasperante y doloroso para mí y mi familia.” Está enfadado con los procedimientos legales que amenazaron con cerrar su consulta y con la poca preocupación que mostraron los jueces y abogados involucrados en cuanto al cuidado continuo de sus pacientes.

A pesar de estos recuerdos, Rutkowski considera su calvario una experiencia “educativa y esclarecedora”. “No me siento avergonzado por ello,” insiste. “De hecho, siento que ahora soy más fuerte como resultado del infierno por el que mi familia y yo hemos pasado.” ■

# La actualización de conocimientos base para la mejor atención al paciente

# FEM<sup>®</sup>

FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO MÉDICO  
EN MEDICINA GENERAL / DE FAMILIA

idepro presenta el Programa FEM, de actualización para médicos basado en la aplicación práctica de criterios de evidencia científica, en respuesta a las necesidades de formación del profesional de Atención Primaria.

El programa es una herramienta necesaria para la actualización de conocimientos que utiliza tanto los soportes impresos como multimedia para asegurar el cambio en el ejercicio profesional diario

VÁLIDO COMO FORMACIÓN ACADÉMICA COMPLEMENTARIA (300 HORAS).  
ACCESO AL TÍTULO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA R. D. 1753/98



El programa será acreditado por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

## MÓDULOS 2007

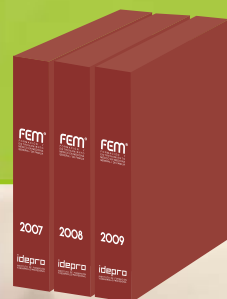
Osteoarticular (Marzo)  
Cardiovascular (Junio)  
Neumología (Septiembre)  
Endocrinología (Diciembre)

## MÓDULOS 2008

Gastroenterología  
Hematología  
Neurología  
Infecciosas  
Dermatología

## MÓDULOS 2009

ORL  
Oftalmología  
Salud Mental  
Ginecología y Obstetricia  
Urgencias en A.P.  
Nefrourología



**idepro**  
INSTITUTO DE FORMACIÓN  
Y DESARROLLO PROFESIONAL

Para más información, recorte y envíe este boletín a:

**idepro**

INSTITUTO DE FORMACIÓN  
Y DESARROLLO PROFESIONAL

C/ Antonio López, 249 (1<sup>ª</sup>) 28041 Madrid. Fax.: 91 500 17 93. E-mail.: secretaria@idepro.es

Nombre ..... Apellido .....

Dirección .....

Población ..... Provincia ..... Código Postal .....

Teléfono ..... Fax ..... e-mail .....

De conformidad a la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación de este formulario, Vd. consiente de modo expreso la incorporación y tratamiento de sus datos en Fichero automatizado de IDEPRO, con la finalidad de gestionar su interés en el Programa FEM e informarle de otras actividades formativas de IDEPRO. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo solicitud al efecto IDEPRO. C/ Antonio López, 249 (1<sup>ª</sup>) 28041 Madrid.

**FEM<sup>®</sup>**  
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO MÉDICO  
EN MEDICINA GENERAL / DE FAMILIA



Pablo Gaya Vellosillo\*

## La Bolsa sube

*Mucho cuidado con las decisiones tácticas peregrinas, ya que pueden afectar más de lo que pensamos a la evolución de nuestras inversiones en el futuro.*

**P**rácticamente todo el país conoce que la Bolsa en España está viviendo uno de sus ejercicios más positivos durante los últimos años. La revalorización al 10 de noviembre supera el 30 por ciento y no tiene visos de que vaya a ceder.

Las generalizaciones siempre son injustas, pero en el caso que nos atañe hay que mirar los datos antes de lanzar las campanas al vuelo. Posiblemente muchos recuerden que durante el pasado mayo, las cosas no eran tan positivas ni las expectativas tan favorables. Como consecuencia de una expectativa de parón económico y ciertos eventos geopolíticos, las bolsas mundiales sufrieron un fuerte varapalo que las llevó casi al territorio negativo a mediados de año. Desde entonces, la recuperación ha sido fulgurante.

Muchos inversores abandonaron el mercado de renta variable en aquel momento y únicamente regresaron al calor de las subidas experimentadas después del verano. Este abandono tiene mucho de psicológico y poco de lógico. Según Ibbotson Associates, empresa norteamericana dedicada al análisis financiero histórico, un dólar reinvertido en el S&P500 desde 1925 hasta 2000 se convierte en 2.587 dólares. Ahora bien, si perdemos los 40 meses más rentables, dicho importe retrocede hasta únicamente 15,33 dólares. Las letras del Tesoro lo hubieran convertido en 16,56 dólares.

Por lo tanto, mucho cuidado con las decisiones tácticas peregrinas, ya que pueden afectar más de lo que pensamos a la evolución de nuestras inversiones en el futuro. Según los datos de Inverco, asociación que agrupa a los principales gestoras de fondos de inversión y de pensiones del país, únicamente un 4,1 por ciento del patrimonio invertido en fondos de inversión a cierre del pasado mes de septiembre se dedicaba a fondos de acciones. Por el contrario, los fondos garanti-

zados agrupaban un 24 por ciento del total y los fondos de renta fija (corto y largo plazo), más de un 30 por ciento, cifra similar a los fondos monetarios. Ahora bien, los fondos internacionales son los productos que más han crecido durante los últimos 12 meses (+43 por ciento). De su conjunto, un 82 por ciento

### Evolución del patrimonio de los fondos\*

Tipo de fondo de inversión	Sobre el total	Crecimiento en 12 meses
Renta fija corto plazo	27,6	52,9
Renta fija largo plazo	3,1	-29,4
Renta fija mixta	3,5	0,7
Renta variable mixta	2,7	-2,3
Renta variable	4,1	6,8
Garantizado renta fija	6,1	-3,6
Garantizado renta variable	17,8	2,7
Internacional	24,7	43,4
Monetarios	10,4	-51,3

\* En %. El patrimonio total al 30-9-2006 asciende a 255.512,4 millones de euros.

Fuente: Inverco.

son productos de renta variable, por lo que se puede concluir que la inversión total en fondos de acciones se divide en un 4,1 por ciento dentro de fondos "españoles" y aproximadamente un 20 por ciento de fondos de acciones internacionales. Pese a este impulso, la inversión conservadora (monetarios, renta fija y garantizados) aún representa el 65 por ciento del total. ■

*\*Economista especializado en gestión de activos.  
Profesor asociado de la Universidad Carlos III de Madrid.  
Es director de Análisis de Capital at Work.  
Para contactar: pg@capitalatwork.es.*

# Valores del mes

## Cuestión de deuda

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 **P. G. V.**

### Qué ofrecen

Eutelsat es el tercer operador mundial de satélites y líder europeo del sector. Sus servicios van dirigidos, en un 70 por ciento de los casos, a empresas de radiodifusión.

Endesa es líder nacional en generación y distribución eléctrica que, como es sabido, se encuentra inmersa en una batalla por su control accionario.

### Los elegidos

#### Eutelsat

Este líder europeo de comunicación vía satélite pertenece a un sector empresarial que dispone de elevadas barreras de entrada para nuevos competidores a causa de los elevados requerimientos de capital necesarios. La empresa disfruta de contratos de clientes largos, con una elevada estabilidad de recurrencia. Además, posee una excepcional rentabilidad operativa (superior al 70 por ciento) y una flota de satélites modernos que evitan nuevas inversiones futuras a corto plazo.

Sin embargo, no todo es tan positivo, puesto que Eutelsat genera el 80 por ciento de sus ingresos en Europa y carga en su balance un importante nivel de deuda (la deuda a largo plazo equivale al 82 por ciento del capital). El 60 por ciento del capital de la compañía pertenece a empresas de capital riesgo, lo que puede generar cierta inestabilidad accionaria en determinadas circunstancias futuras. Sin exigir un elevado crecimiento de sus beneficios, Eutelsat tendría un precio objetivo de 16,30 euros con una revalorización esperada superior al 11 por ciento respecto a su valor en la actualidad.

#### Endesa

La eléctrica española lleva más de un año de lucha accionaria por su control. Después de haber reducido su

empeño, Gas Natural ha cedido el paso a E.ON, la mejor oferta en términos cuantitativos y posiblemente cualitativos, y al movimiento de Acciona. Una eventual unión entre E.ON y Endesa tiene todo el sentido. La empresa conjunta generaría y distribuiría energía desde España hasta Rusia (E.ON posee un 6,5 por ciento de Gazprom, auténtico motor gasístico para casi toda Europa).

Endesa abriría la puerta Iberoamericana a una compañía que no posee deuda prácticamente en su balance y dispone de una gran flexibilidad financiera para desarrollarse en otros continentes. Endesa, dentro de E.ON, sería una apuesta muy sólida por cuanto ambas compañías mantienen múltiplos de precio por beneficio muy controlados. Vía dividendo y apreciación de capital, son apuestas con claro valor para el futuro. ■

Concepto	Endesa	Eutelsat
Ticker <sup>(1)</sup>	ELE	ETL
PER 2007 <sup>(2)</sup>	15	18
Rentabilidad dividendo	3,73	—
Precio actual	35,6	14,49
Precio objetivo	37	16,30

(1) Abreviatura de la compañía.

(2) Veces que el beneficio está contenido en la acción.

Fuente: Capital at Work Int'l SGC. Datos al 10-11-2006.



Marcial García Rojo\*

## Reclutar pacientes y médicos

*La interactividad de las reuniones virtuales ya no se basa en simples servicios de páginas web estáticas, chat o de intercambio de ficheros, sino que se ha visto notablemente mejorada gracias a servicios de integración de telefonía con herramientas web.*

**H**ay que destacar el impulso que están teniendo las actividades de formación continuada a través de Internet. Desde 1996, un grupo de patólogos pusieron en marcha los Congresos Virtuales Hispanoamericanos de Anatomía Patológica (<http://www.conganat.org>). En estos días, se está clausurando su octava edición y ya están comprometidas al menos dos ediciones más de este evento. Otras especialidades médicas también han sido muy activas en la organización de congresos virtuales, por ejemplo Psiquiatría ([www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)) o Cardiología ([www.fac.org.ar/](http://www.fac.org.ar/)). Actualmente, estos eventos también han recibido el respaldo institucional necesario para poder disponer de créditos de formación médica continuada mediante la asistencia virtual y cumpliendo los requisitos exigidos en estos eventos. La consolidación de esta nueva forma virtual de docencia y formación continuada ha obligado a usar expresiones como “congreso o reunión presencial”, frente a las versiones virtuales o de enseñanza a distancia por medios telemáticos (*e-learning*).

La interactividad de las reuniones virtuales ya no se basa en simples servicios de páginas web estáticas, chat o de intercambio de ficheros, sino que se ha visto notablemente mejorada gracias a servicios de integración de telefonía con herramientas web para compartir aplicaciones o de control remoto (como Webex). Esta combinación de audioconferencia y servicios web de colaboración está siendo muy utilizada en el entorno empresarial, siendo especialmente útil para la asistencia remota, por parte de los servicios técnicos y para reuniones de consenso, donde los participantes de distintas partes del mundo desean llegar a un acuerdo sobre la redacción de un texto o la elaboración de cualquier otro documento, en el menor tiempo posible. Estos sistemas mixtos de tele-

conferencia y servicios web se utilizan muy activamente por los grupos de estándares de informática médica, como DICOM. A su vez, la telefonía de estas sesiones, al tratarse de comunicaciones internacionales, suele basarse en servicios de telefonía IP (por ejemplo Skype), que permiten llamadas gratuitas a números 800 de EE.UU. o conexiones de muy bajo coste con números convencionales de cualquier país.

### Demostración interactiva

Recientemente, una empresa nos ofreció demostraciones de sus productos de análisis de imagen médica a través de estos servicios interactivos. Varios miembros de un equipo de investigación pudimos atender desde nuestros ordenadores a las explicaciones técnicas de un ingeniero de *software* en la India, que manejaba las diapositivas de un ordenador situado en el Reino Unido, donde, a su vez, se encontraba el comercial que nos aclaraba los aspectos económicos y de evolución de los productos de dicha compañía. Los costes para los asistentes y los organizadores son mínimos lo cual, junto con las ventajas de comodidad y rapidez en estas presentaciones, harán que su uso sea cada vez más frecuente.

Boushon y Cols, recientemente han descrito un trabajo en el que analizan la utilidad de las sesiones virtuales interactivas (*web+telefonía*) en Atención Primaria (Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006; 32: 573-84).

Como sucede en otros aspectos de innovación tecnológica como los sistemas de información o la telemedicina, el éxito de estas iniciativas, según los autores, se basa en conseguir que los responsables de cada equipo lideren la puesta en marcha de las mismas, que los miembros de cada equipo sean capaces de participar de forma cómoda y que se disponga de un apoyo tecnológico eficiente. ■



VIII

**Congreso**  
de la **Sociedad**  
**Española**  
para el **Estudio**  
de la **Obesidad**

**Zaragoza**  
24-26 Octubre 2007



SOCIEDAD ESPAÑOLA para el ESTUDIO de la OBESIDAD

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

**Secretaría Técnica**

DRUG FARMA ● Edificio Vértice ● Antonio López, 249, 1º ● 28041 Madrid  
Telf.: 91 792 13 65 ● Fax: 91 500 20 75 ● e-mail: [congresoseedo@drugfarma.com](mailto:congresoseedo@drugfarma.com)  
[www.seedo.es](http://www.seedo.es)



Luis G. Pareras\*

## El plan de negocio

*El plan de negocio es la herramienta básica que los emprendedores sanitarios necesitan para transformar su idea en una oportunidad y hacerla realidad.*

Una de las preguntas que con más frecuencia me formulan los profesionales de la Medicina es qué es un plan de negocios. En muchas ocasiones no quedan del todo satisfechos con mi respuesta, y afirman que ya tienen muy claro cómo quieren organizar su proyecto, y que por tanto no necesitan plasmar sus ideas en un documento. No puedo enfatizar lo suficiente cuán equivocados están los que piensen así. El plan de negocio es la herramienta básica que los emprendedores de ámbito sanitario necesitan para transformar su idea en una oportunidad y hacerla realidad.

Un plan de negocio es un documento estructurado de entre 20 y 50 páginas que cubre los aspectos fundamentales de cómo un emprendedor va a llevar su idea al mundo real. Recordemos que las ideas en sí mismas no son suficientes: nadie invierte en una idea, sino en su ejecución. Por ello el plan de negocio es nuestra hoja de ruta hacia la construcción del proyecto en el que creemos, la tarjeta de presentación de nuestras ideas ante aquellos que pueden ayudar a hacerlas realidad, ya sean inversores, funcionarios de la Administración que gestionan capital público, o nuestros superiores jerárquicos si el proyecto surge dentro de una organización.

Un plan de negocio incluye información acerca de la oportunidad que el emprendedor ha detectado, la descripción de su producto/servicio, el tamaño y características del mercado que queremos abordar, el posicionamiento estratégico de nuestra iniciativa frente a los competidores, el perfil del equipo humano que debe llevarla a cabo (incluyendo el

del propio emprendedor), los pasos a seguir para su desarrollo, y previsiones financieras a cinco años vista (resumen de las entradas y las salidas de dinero de acuerdo con las estimaciones que hemos realizado de ventas, costes e ingresos), entre otras muchas cuestiones. Este documento debe mostrar la solidez de nuestra idea a terceras personas, ya sean futuros colaboradores, administradores de dinero público o inversores privados.

No es un documento sólo para los demás, también es un documento para nosotros mismos, que nos ayuda a definir el camino que queremos seguir, las etapas que debemos ir cubriendo, y que nos obliga a reflexionar a fondo acerca del sentido que tiene nuestra idea. He visto con mucha frecuencia em-

prendedores que tras iniciar la redacción del plan de negocio han descubierto que su idea no era más que eso, una buena idea con una ejecución imposible o sin los retornos a la inversión que la hicieran tener sentido.

Y de igual modo, otros

profesionales sanitarios han descubierto tras la redacción del plan de negocios cuán importante y ambicioso era su proyecto, y han encontrado la motivación suficiente para llevarlo a cabo. Por definición el plan de negocio es un documento cambiante, nunca está completamente terminado, porque nuestras ideas están siempre en continua evolución, y ofrece simplemente una estimación de lo que podemos conseguir basada en suposiciones que como es lógico nunca se cumplen con exactitud.

Los profesionales sanitarios saben lo que quieren cuando abordan nuevos proyectos, pero lógicamente carecen del lenguaje adecuado para plas-

---

*El plan de negocio ofrece una estimación de lo que podemos conseguir basada en suposiciones, que como es lógico nunca se cumplen con exactitud*

---

mar sus reflexiones en un plan de negocio. Es un problema de lenguaje, hablamos un lenguaje distinto al del mundo empresarial. Ese problema puede convertirse a veces en una ventaja, dado que el mundo empresarial tampoco habla nuestro lenguaje científico, y cuando un profesional de la Medicina consigue aunar ambos lenguajes desarrolla una credibilidad muy interesante para conseguir sus objetivos.

## Una herramienta básica

Todos los proyectos que estamos impulsando en el Colegio de Médicos de Barcelona pasan necesariamente por la redacción de un plan de negocios. Para ello, contamos con la inestimable ayuda de tres escuelas de negocios con las que tenemos acuerdos (IESE, ESADE y EADA), que ayudan a los profesionales sanitarios con el concurso de sus alumnos como becarios asignados a cada proyecto. La realidad es que con frecuencia los médicos no tienen los recursos necesarios ni el lenguaje adecuado para hacerlo ellos solos. En un mundo ideal, sería sin duda útil que los profesionales de la sanidad tuvieran algunas nociones básicas de innovación y gestión de proyectos.

Nadie nos enseña esto en la facultad, ¿por qué? La concepción de la Medicina del siglo XX ha estado siempre exclusivamente centrada en el ejercicio profesional y los aspectos científicos. Nadie duda de que así debe ser, y de que el gran peso de la formación de los futuros médicos tiene que girar en torno a estos conceptos, pero la sanidad del siglo XXI es una sanidad que exige más implicación del médico en temas económicos, en la gestión de equipos, en la importancia de innovar y mantener la competitividad de nuestros profesionales en un mundo cada vez más globalizado, donde los pacientes tienen el control y escogen las instituciones y los profesionales que deben tratarlos. Algunas voces ya se están alzando para hacer ver la necesidad de que nuestros médicos recién licenciados salgan con algún conocimiento de gestión de la innovación. En muchas otras profesiones esos conocimientos se enseñan en las facultades, y no veo por qué la Medicina debe de ser diferente. ¿O no es beneficioso para la sanidad y para el país que los médicos sepan innovar y estructurar sus iniciativas para el progreso de todos?

*\*Neurocirujano y gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: lluis.parreras@comb.es*

# movalis

**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO:** Movalis® 15 mg comprimidos **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA** Meloxicam: 15,0 mg Ver relación de excipientes en 6.1 **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimidos

Comprimido ranurado redondo amarillo claro **4. DATOS CLÍNICOS** **4.1 Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento sintomático de corta duración de las crisis agudas de artrosis - Tratamiento sintomático a largo plazo de artritis reumatoide o espondilitis anquilosante. **4.2 Posología y forma de administración** Via Oral. Crisis agudas de artrosis: 7,5 mg/día (medio comprimido de 15 mg). Si es necesario, en caso de no producirse mejoría, la dosis puede aumentarse a 15 mg/día (un comprimido de 15 mg). Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante: 15 mg/día (un comprimido de 15 mg) (Ver también "poblaciones especiales"). De acuerdo con la respuesta terapéutica, la dosis puede reducirse a 7,5 mg/día (medio comprimido de 15 mg) NO SOBREPASAR LA DOSIS DE 15 MG/DÍA. La dosis total diaria debe ser administrada en una sola toma, con agua u otro líquido, durante una comida. Poblaciones Especiales. Ancianos o pacientes que corren un riesgo aumentado de reacciones adversas (ver epígrafe 5.2): La dosis recomendada para tratamiento a largo plazo de artritis reumatoide y espondilitis anquilosante en los ancianos es de 7,5 mg/día. Los pacientes que corren un riesgo aumentado de reacciones adversas deben comenzar el tratamiento con 7,5 mg/día (ver epígrafe 4.4). Disfunciones renales (ver epígrafe 5.2): En los pacientes dializados con insuficiencia renal grave la dosis no deberá superar los 7,5 mg diarios. No se requiere de una reducción de la dosis en pacientes con disfunción renal leve a moderada (es decir, pacientes con aclaramiento de creatinina superior a 25 ml/min). (Para pacientes con fallo renal grave no dializado, ver epígrafe 4.3). Disfunciones hepáticas (ver epígrafe 5.2): No se requiere una reducción de la dosis en pacientes con disfunción hepática leve a moderada (Para pacientes con alteración grave de la función hepática, ver epígrafe 4.3). Niños: Movalis® no debe administrarse a niños menores de 15 años. Este medicamento existe en otras formas de dosificación, que pueden ser más adecuadas. **4.3 Contraindicaciones** Este medicamento está contraindicado en los siguientes situaciones: Embarazo y lactancia (ver epígrafe 4.6 embarazo y lactancia) Hipersensibilidad a meloxicam o a cualquiera de los excipientes o hipersensibilidad a sustancias de acción similar, como p.ej. otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ácido acetilsalicílico. Movalis no debe administrarse a pacientes con manifestaciones asmáticas, pólipos nasales, edema angioneurótico u urticaria después de la administración de ácido acetilsalicílico u otros AINEs. Úlcera gastrointestinal activa o antecedentes de úlcera gastrointestinal recurrente. Insuficiencia hepática grave. Insuficiencia renal grave no dializada. Hemorragia gastrointestinal, hemorragia cerebrovascular u otros trastornos hemorrágicos. Insuficiencia cardíaca grave no controlada. **4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo** Deben usarse con precaución antecedentes de esofagitis, gastritis y/o úlcera péptica para asegurarse de su curación total antes del tratamiento con meloxicam. Se buscará sistemáticamente la posible aparición de una recidiva en los pacientes tratados con meloxicam y con este tipo de antecedentes. Se debe vigilar a los pacientes con síntomas gastrointestinales o antecedentes de enfermedad gastrointestinal (esto es, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn), con el fin de controlar los trastornos digestivos, especialmente las hemorragias gastrointestinales. Como con otros AINEs, se han descrito con meloxicam hemorragias gastrointestinales o úlceras/perforaciones, raramente mortales, en cualquier momento durante el tratamiento, con o sin síntomas de previo aviso, o antecedentes de acontecimientos gastrointestinales graves. Las hemorragias gastrointestinales o las úlceras/perforaciones tienen, en general, consecuencias más graves en los ancianos (ver epígrafe 4.8). Debe interrumpirse el tratamiento en los casos en que se produzca hemorragia gastrointestinal o úlcera en pacientes tratados con meloxicam. Con los AINEs, incluyendo los oxicam, pueden producirse graves reacciones cutáneas y reacciones de hipersensibilidad (esto es reacciones anafilácticas) graves que pueden llegar a ser mortales. En estos casos se debe interrumpir inmediatamente el tratamiento con Meloxicam y es necesario realizar una observación minuciosa. En casos excepcionales, los AINEs pueden ser responsables de nefritis intersticial, glomerulonefritis, necrosis medular renal o síndrome nefrótico. Como con la mayor parte de los AINEs, se han observado ocasionalmente incrementos en los niveles de las transaminasas séricas, incrementos en la bilirrubina sérica u otros parámetros hepáticos, incrementos en la creatinina sérica y nitrógeno de urea en sangre, así como otras alteraciones de laboratorio. En la mayoría de los casos se trata de alteraciones transitorias y leves. Si la anomalía resulta ser significativa o persistente, conviene interrumpir entonces la administración de meloxicam y realizar las pruebas necesarias. Los AINEs pueden inducir la retención de agua, potasio y agua, así como interferir con los efectos diuréticos de los diuréticos y, consecuentemente, pueden agravar el estado de los pacientes con insuficiencia cardíaca o hipertensión (ver epígrafes 4.2 y 4.3). Los AINEs inhiben la síntesis de las prostaglandinas renales que intervienen en el mantenimiento de la perfusión renal en pacientes que presentan un descenso del flujo sanguíneo renal y del volumen sanguíneo. En estos casos, la administración de AINEs puede descompensar una insuficiencia renal latente. Sin embargo, la función renal recobra su estado inicial después de interrumpir el tratamiento. Este riesgo afecta a todos las personas de edad, pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática, síndrome nefrótico o fallo renal así como a los pacientes tratados con diuréticos o que han sufrido una intervención quirúrgica importante reciente, a causa de un estado de hipovolemia. En estos pacientes, es preciso controlar minuciosamente la diuresis y la función renal durante el tratamiento (ver epígrafes 4.2 y 4.3). A menudo, los efectos indeseables son peor tolerados por las personas de edad, delicadas o debilitadas, que deberán ser cuidadosamente vigiladas. Como con otros AINEs, es preciso extremar la prudencia en las personas ancianas, cuyas funciones renal, hepática y cardíaca se encuentran a menudo alteradas. En caso de que se presente un efecto terapéutico insuficiente, no se debe exceder la dosis máxima diaria recomendada ni se debe añadir otro AINE al tratamiento, ya que esto puede incrementar la toxicidad, mientras que no se ha demostrado la ventaja terapéutica. En ausencia de mejoría tras algunos días, el beneficio clínico del tratamiento debe ser reevaluado. Meloxicam así como otros AINEs pueden enmascarar síntomas de una enfermedad infecciosa subyacente. El uso de meloxicam al igual que ocurre con cualquier inhibidor conocido de la síntesis de ciclooxigenasa/prostaglandinas puede afectar la fertilidad y no es recomendable en mujeres con intenciones de concebir. En mujeres con dificultades para concebir, o sometidas a pruebas de infertilidad, debería considerarse la interrupción del tratamiento con meloxicam. **4.5 Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción** Interacciones Farmacodinámicas. Otros AINEs, incluyendo salicilatos (ácido acetilsalicílico/Syldia): La administración simultánea de varios AINEs puede incrementar el riesgo de úlceras y hemorragias gastrointestinales, debido a un efecto sinérgico. No se recomienda el uso concomitante de meloxicam con otros AINE. (ver epígrafe 4.4). Diuréticos: Un tratamiento con AINEs se asocia a un riesgo de fallo renal agudo, especialmente en pacientes deshidratados. En caso de prescripción simultánea de meloxicam y un diurético, es preciso asegurar una hidratación correcta del paciente y monitorizar la función renal al iniciar el tratamiento (ver epígrafe 4.4). Anticoagulantes orales: Riesgo aumentado de hemorragia, debido a una inhibición de la función plaquetar y de una agresión de la mucosa gastrodudodenal. No se recomienda el uso simultáneo de AINEs y anticoagulantes orales (ver epígrafe 4.4). Si resulta imposible evitar una asociación de este tipo, se requiere una monitorización cuidadosa del INR (International Normalized Ratio). Trombolíticos y antiagregantes plaquetarios: Riesgo aumentado de hemorragia, debido a una inhibición de la función plaquetar y de una agresión de la mucosa gastrodudodenal. Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II: Los AINEs (incluido el ácido acetilsalicílico a dosis 3 g/día) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II ejercen un efecto sinérgico en la reducción de la filtración glomerular, que puede ser exacerbado en caso de alteración de la función renal. La administración de esta combinación a pacientes ancianos o deshidratados, puede llevar a un fallo renal agudo por acción directa sobre la filtración glomerular. Se recomienda una monitorización de la función renal al iniciar el tratamiento así como una hidratación regular del paciente. Además, esta combinación puede reducir el efecto antihipertensivo de los inhibidores de la ECA y de los antagonistas de los receptores de la angiotensina II, lo que provoca una pérdida parcial de su eficacia (debida a la inhibición de prostaglandinas con efecto vasodilatador). Otros antihipertensivos (bloqueantes  $\beta$ ): El tratamiento con AINEs puede disminuir el efecto antihipertensivo de los bloqueantes (debido a una inhibición de prostaglandinas con efecto vasodilatador). Ciclosporina: Los AINEs pueden aumentar la nefrototoxicidad de la ciclosporina debido a efectos mediados por las prostaglandinas renales. Se debe determinar la función renal durante el tratamiento asociado. Se recomienda una monitorización cuidadosa de la función renal, especialmente en pacientes ancianos. Dispositivos intrauterinos: Se ha observado que los AINEs disminuyen la eficacia de los dispositivos intrauterinos. Esta disminución de eficacia ya se había reportado anteriormente, sin embargo necesita nueva confirmación. Interacciones Farmacocinéticas (Efecto del meloxicam en la farmacocinética de otros medicamentos): Lítio: Se ha demostrado que los AINEs incrementan los niveles de lítio en sangre que pueden alcanzar valores tóxicos (mediante la disminución de la excreción renal del lítio). No se recomienda el uso concomitante de Lítio y AINEs (ver epígrafe 4.4). Las concentraciones de lítio en sangre de estos pacientes deben ser cuidadosamente monitorizadas durante el inicio, ajuste y suspensión del tratamiento con meloxicam, en caso de que esta combinación sea necesaria. Metotrexato: Los AINEs pueden reducir la secreción tubular de metotrexato incrementando las concentraciones plasmáticas del mismo. Por esta razón no se recomienda el uso concomitante con AINEs de pacientes sometidos a altas dosis de metotrexato (más de 15 mg/semana) (ver epígrafe 4.4). También deberá tenerse en cuenta el riesgo de interacción entre el metotrexato y los AINEs en pacientes sometidos a bajas dosis de metotrexato, especialmente aquellos con la función renal alterada. En casos en que sea necesario el tratamiento combinado debería monitorizarse el hemograma y la función renal. Deberá tenerse especial precaución en caso de tomar AINEs junto con metotrexato dentro de los tres días ya que puede aumentar el nivel plasmático del metotrexato causando un aumento de la toxicidad. Aunque la farmacocinética del metotrexato (a la dosis de 15 mg/semana) no se ve relevantemente afectada por el tratamiento concomitante con meloxicam, deberá considerarse que la toxicidad hematológica del metotrexato puede verse aumentada por el tratamiento con AINEs (ver arriba), (ver epígrafe 4.8). Interacciones Farmacocinéticas (efectos de otros medicamentos en la farmacocinética del meloxicam) Colestiramina: La colestiramina acelera la eliminación de meloxicam interrumpiendo la circulación enterohepática por lo que el aclaramiento de meloxicam aumenta en un 50 % y la vida-media desciende a 13,3 horas. Se trata de una interacción clínicamente significativa. No se han detectado interacciones farmacocinéticas relevantes respecto a la administración concomitante de antiácidos, cimetidina y digoxina con meloxicam. **4.6 Embarazo y lactancia** Embarazo En animales se han observado efectos letales en el embrión al administrar dosis muy superiores a las utilizadas en clínica. Es aconsejable evitar la administración de meloxicam durante los dos primeros trimestres del embarazo. Durante el tercer trimestre, todos los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas pueden exponer al feto a toxicidad cardiopulmonar (hipertensión pulmonar con cierre prematuro del conducto arterioso) y renal, o bien inhibir la contracción del útero. Este efecto sobre el útero se ha asociado a un incremento en la incidencia de distocia y retraso en el parto en animales. En consecuencia, todos los AINEs están absolutamente contraindicados durante el tercer trimestre. Lactancia. Los AINEs pasan a la leche materna. Por tanto, se debe evitar su administración, como medida de precaución, a mujeres en fase de lactancia. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas** No se dispone de estudios específicos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria. Sin embargo, en base al perfil farmacodinámico y las reacciones adversas comunicadas al fármaco, es probable que meloxicam tenga una influencia insignificante o nula sobre tales efectos. Sin embargo, se recomienda abstenerse de conducir y manejar maquinaria en caso de que aparezcan trastornos visuales o somnolencia, vértigo u otros trastornos del sistema nervioso central. **4.8 Reacciones adversas** Descripción General. Se han reportado los siguientes acontecimientos adversos que pueden estar relacionados con la administración de meloxicam. Las frecuencias dadas a continuación están basadas en los casos correspondientes ocurridos en los ensayos clínicos, sin tener en cuenta alguna relación causal. La información se basa en ensayos clínicos en los que están incluidos 3750 pacientes los cuales han sido tratados con dosis orales diarias de 7,5 o 15 mg de meloxicam en comprimidos o en cápsulas durante un periodo de hasta 18 meses (duración media del tratamiento 127 días). Se han incluido acontecimientos adversos que pueden estar relacionados con la administración del meloxicam y que han sido reportados durante la comercialización del producto. Las reacciones adversas han sido clasificadas en apartados de frecuencias utilizando el siguiente convenio: Muy frecuentes (1/10); frecuentes (1/100, <1/10); poco frecuentes (1/1.000, <1/100); raras (1/10.000, <1/1.000); muy raras (<1/10.000). Tabla de Reacciones Adversas. Trastornos de la sangre y del sistema linfático: Frecuentes: Anemia. Poco frecuentes: Alteraciones del recuento celular sanguíneo: leucopenia, trombocitopenia, agranulocitosis (ver apartado 0). Trastornos en el sistema inmunológico: Raros: Reacciones anafilácticas/anafilactoides. Trastornos psiquiátricos: Raros: Alteraciones del estado de ánimo, insomnio y pesadillas. Trastornos del sistema nervioso: Frecuentes: Sensación de aturdimiento, cefaleas. Poco frecuentes: Vértigos, tinitus, somnolencia. Raros: Confusión. Trastornos oculares: Raros: Alteraciones visuales incluyendo visión borrosa. Trastornos cardíacos: Poco frecuentes: Palpitaciones. Trastornos vasculares: Poco frecuentes: Aumento de la presión arterial (ver sección 4.4), sofocos. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Raros: Crisis asmáticas en determinados pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico y a otros AINEs. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes: Dispepsia, síntomas de náuseas y vómitos, dolores abdominales, constipación, flatulencia, diarrea. Poco frecuentes: Hemorragias gastrointestinales, úlceras pépticas, esofagitis, estomatitis. Raros: Perforación gastrointestinal, gastritis, colitis. Las úlceras pépticas, perforaciones o hemorragias gastrointestinales, que pueden ocurrir a veces pueden ser graves, especialmente en pacientes ancianos, (ver epígrafe 4.4). Trastornos hepatobiliares: Poco frecuentes: Alteraciones transitorias de las pruebas de la función hepática (p. ej. elevación de las transaminasas o de la bilirrubina). Raros: Hepatitis. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Frecuentes: Prurito, rash. Poco frecuentes: Urticaria. Raros: Síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica, angioedema, reacciones vesiculares tales como eritema multiforme, reacciones de fotosensibilidad. Trastornos renales y urinarios: Poco frecuentes: Alteración de las pruebas destinadas a examinar la función renal (p. ej. incremento de la creatinina o urea). Raros: Fallo renal (ver epígrafe 4.4). Trastornos generales y condiciones en el punto de administración: Frecuente: Edema incluyendo edema de los miembros inferiores. Información sobre reacciones adversas de carácter individual y/o de ocurrencia frecuente: Se han reportado casos aislados de agranulocitosis en pacientes tratados con meloxicam y otros medicamentos potencialmente mielotóxicos (ver epígrafe 4.5). **4.9 Sobredosisificación** Los síntomas debidos a una sobredosis aguda por AINEs normalmente se encuentran limitados a letargia, somnolencia, náuseas, vómitos y dolor epigástrico, los cuales son generalmente reversibles con tratamiento de soporte. Puede producirse hemorragia gastrointestinal. Una intoxicación grave puede producir hipotensión, fallo renal agudo, disfunción hepática, depresión respiratoria, coma, convulsiones, colapso cardiovascular y parada cardíaca. Se han observado reacciones anafilácticas con la administración terapéutica de AINEs, y puede ocurrir con una sobredosis. Debe administrarse tratamiento sintomático y de soporte a los pacientes tras una sobredosis por AINEs. En un estudio clínico se demostró la eliminación acelerada de meloxicam al administrar 4 g de colestiramina por oral 3 veces al día. **5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS** Consultar ficha técnica completa. **6. DATOS FARMACÉUTICOS** **6.1 Relación de excipientes** Citrato de sodio, lactosa monohidrato, cloruro microcristalino, povidona, sílice coloidal anhidra, croscopolona y estearato de magnesio. **6.2 Incompatibilidades** No se han descrito. **6.3 Período de validez** 5 años. **6.4 Precauciones especiales de conservación** Conservar protegido de la humedad. **6.5 Naturaleza y contenido del recipiente** Blisters de PVC/PVDC aluminio, en cajas de 20, comprimidos. No todas las presentaciones están comercializadas. **6.6 Instrucciones de uso/manipulación** No posee requerimientos especiales. **6.7 PVP-IVA** Movalis® 15 mg, 20 comprimidos, 11,82€. Coste tratamiento/día: 0,59€. Movalis® 7,5 mg, 20 comprimidos, 7,52€. Coste tratamiento/día: 0,38 €. **7. NOMBRE Y DOMICILIO PERMANENTE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN** INGELHEIM INTERNATIONAL GmbH 55216 Ingelheim am Rhein Alemania. **8. FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Enero 2004. **BIBLIOGRAFÍA:** 1. Zedler H, et al. Prescription and tolerability of Meloxicam in day-to-day practice. J Clin Rheumatol 2002; 8:305-15. 2. De Furst et al. Systematic review of gastrointestinal toxicity of the selective COX-2 inhibitor meloxicam: relation to placebo and NSAID comparators and effect of dose and time on drug. Abstr. EULAR 2002, Ann Eur Cong of Rheumatology, Stockholm, 12-15 Jun 2002.

### La responsabilidad por no impedir el nacimiento de un niño discapacitado

*La exigencia de esta responsabilidad en España data de la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de junio de 1997. En Estados Unidos, este fenómeno comienza en los años setenta, y en Gran Bretaña, Alemania y Francia a finales de los ochenta y principio de los noventa.*

**P**regunta: *¿Cuándo comienza en España a exigirse en los tribunales responsabilidad por no haber podido impedir el nacimiento de un niño enfermo o discapacitado?*

**R**espuesta: En España, esta exigencia de responsabilidad es moderna y podemos afirmar sin miedo a equivocarnos que se corresponde con la fecha de 6 de junio de 1997, en que el Tribunal Supremo dictaba la primera sentencia sobre un caso prácticamente hasta entonces desconocido dentro de nuestras fronteras. Aunque nuestros tribunales habían conocido ya con anterioridad de acciones de responsabilidad relacionadas con el nacimiento y la nueva vida, estos casos se distanciaban de los ya planteados sobre los nacimientos no deseados y las lesiones preconceptitas o prenatales. Ahora era la propia vida la que se situaba como punto central de la reclamación.

**P** ¿Cuál fue el caso de responsabilidad por no haber podido impedir el nacimiento de un niño enfermo sobre el que se pronunció el Tribunal Supremo?

**R** El caso consistía en que a una mujer embarazada a la que le había sido practicada la prueba de la amniocentesis, por tratarse de un embarazo de riesgo, no fue informada por la doctora que la atendía del fracaso de la citada prueba hasta que hubo transcurrido el plazo de 22 semanas establecido en el Código Penal, para el supuesto de aborto embriopático. Este comportamiento profesional de la médica impidió a la mujer repetir la prueba y, con ello, constatar la presencia en el concebido de un síndrome de Down, con el que finalmente nació. Ante esta situación, la madre interpuso en su propio nombre demanda de responsabilidad en reclamación del daño derivado del nacimiento del hijo

enfermo, demanda que fue desestimada en primera instancia y en apelación, aunque el Tribunal Supremo resolvió a favor de la recurrente y afirmó la existencia de responsabilidad.

**P** En otros países, la cuestión de responsabilidad por no haber podido impedir el nacimiento de un niño discapacitado se planteó antes que en España, ¿no?

**R** En Estados Unidos, este fenómeno comienza en los años setenta, y en Gran Bretaña, Alemania y Francia comienza a finales de los ochenta y principio de los noventa. En todos estos países la cuestión suscitó grandes polémicas doctrinales y jurisprudenciales, muchas veces absolutamente contradictorias. Hoy podemos decir que esta problemática es uno de los temas más candentes dentro del ámbito de la responsabilidad civil.

*Para reclamar responsabilidad civil se debe dar un comportamiento negligente y la imposibilidad legal de ejercitar una facultad legalmente reconocida*

También hay que decir que es lógico que en España esta cuestión se suscitase más tarde que en los países de su entorno. Las razones son muy sencillas. En primer lugar, nuestro ordenamiento jurídico permitió la interrupción voluntaria del embarazo más tarde que en los demás y, en segundo lugar, el desarrollo científico en el ámbito del diagnóstico preconceptivo y prenatal, que está aparejado con el anterior.

# Consultoría

## Normativa

**P** ¿Es a partir de la sentencia del 6 de junio de 1997 del Tribunal Supremo cuando comienzan a gestarse en estas cuestiones en España la denominada *lex artis*?

**R** Exactamente. Cuando en España los padres comienzan a someterse a un diagnóstico previo a la concepción o al nacimiento y no se les informaba de la existencia de riesgos y peligros que podían presentarse para la

*Las posibles valoraciones éticas o ideológicas no son totalmente ajenas a un estudio de la responsabilidad civil, ya que influyen en la formación del concepto de daño*

futura descendencia, se va configurando una forma médica de actuación profesional que la sociedad va asumiendo cada vez con más normalidad, hasta que se configura como una exigencia y, entonces, podemos hablar de la *lex artis*. Y a partir de entonces, cuando estas pruebas no se prescriben pudiéndolo hacer y se pone en peligro la futura descendencia, cuando se ha podido evitar, ya por padecer una enfermedad incurable o tara congénita, y está dentro del tiempo del embarazo legalmente fijado, se está incurriendo por parte del profesional en responsabilidad por no haber dado la oportunidad a los progenitores de elegir, a la vista de las pruebas médicas, si era procedente o no la interrupción voluntaria del embarazo.

**P** ¿Se puede decir que para poder reclamar responsabilidad civil por estas situaciones en las que no se haya podido impedir el nacimiento de un niño enfermo o discapacitado se debe dar un comportamiento negligente y la imposibilidad legal de ejercitar una facultad legalmente reconocida?

**R** Exactamente. Esas dos premisas son en las que se asienta la posibilidad de reclamar responsabilidad por estas situaciones. Así aparecen estas acciones: la de los progenitores, que ejercerán los padres del niño enfermo en reclamación de daños relacionados con el hecho del nacimiento (acciones *wrongful birth*), y las ejerci-

tadas en nombre del niño en reclamación del daño que le supunga a éste el hecho de haber nacido (acciones *wrongful life*).

En el caso de las primeras, se reclama una indemnización por el hecho de no haber podido impedir el nacimiento del propio hijo y, en el caso de las segundas, por el hecho mismo de vivir, ya que la pretensión del niño lleva implícita la idea de que hubiera sido mejor para él no nacer bajo las circunstancias a las que se ve sometido.

**P** ¿Qué papel desempeña el profesional sanitario en estas cuestiones de responsabilidad por no haber podido impedir el nacimiento de un niño discapacitado?

**R** En muchas ocasiones se ha expuesto la penosa situación en que se encuentra el niño y la influencia que ha podido tener en ella el comportamiento negligente del profesional sanitario que emite una información errónea. Cuando se enfrentan dos elementos, como la vida por un lado y la situación del niño por otro, el conflicto casi siempre se resuelve acudiendo a ideologías o creencias religiosas. Las posibles valoraciones éticas o ideológicas no son totalmente ajenas a un estudio de la responsabili-

*En otros países la cuestión de responsabilidad por no impedir el nacimiento de un niño con discapacidad se planteó antes que en España*

dad civil, pues influyen de forma directa en la formación del concepto de daño y no deben convertirse en la única justificación para afirmar o negar una indemnización por el nacimiento del niño en estos casos. ■

La sección Consultoría-Normativa está a cargo de **Miguel Fernández de Sevilla**, doctor y profesor de Derecho Sanitario en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y letrado del Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería. Para contactar: [mfernandezmor@terra.es](mailto:mfernandezmor@terra.es)

**DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO:** Elidel 1% crema. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** 1 g de crema contiene 10 mg de pimecrolimus. Ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA:** Crema. Blanquecina y homogénea. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de pacientes de 2 o más años de edad con dermatitis atópica leve o moderada en los que no se aconseja o no es posible el tratamiento con corticosteroides tópicos. Esto puede ser debido a intolerancia a corticosteroides tópicos, falta de efecto de corticosteroides tópicos, uso en la cara y cuello donde el tratamiento intermitente prolongado con corticosteroides tópicos puede ser inadecuado. **Posología y forma de administración:** Elidel debe ser iniciado por médicos con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la dermatitis atópica. Elidel puede utilizarse a corto plazo para el tratamiento de los signos y síntomas del eccema atópico e intermitentemente a largo plazo para la prevención de la progresión de brotes. El tratamiento con Elidel debe iniciarse ante la primera aparición de signos y síntomas de la dermatitis atópica. Elidel debe aplicarse únicamente en las áreas afectadas con dermatitis atópica. Elidel debe utilizarse durante un periodo lo más corto posible en los brotes de la enfermedad. El paciente o cuidador deberán interrumpir el uso de Elidel cuando los signos y síntomas desaparezcán. El tratamiento debe ser intermitente, a corto plazo y discontinuo. Elidel debe aplicarse dos veces al día en las áreas de piel afectadas y mediante una fina capa de crema. Datos de ensayos clínicos apoyan el tratamiento intermitente con Elidel durante 12 meses. Si después de 6 semanas de tratamiento no se observa mejoría, o en caso de exacerbación de la enfermedad, deberá interrumpirse el tratamiento con Elidel. Deberá evaluarse de nuevo el diagnóstico de la dermatitis atópica y considerarse otras opciones terapéuticas. **Adultos.** Aplicar una capa fina de Elidel en la zona de la piel afectada dos veces al día y friccionar suavemente hasta su completa absorción. Cada zona de la piel afectada debe ser tratada con Elidel hasta que se produzca el aclaramiento de la lesión, momento en el cual deberá interrumpirse el tratamiento. Elidel puede utilizarse en todas las zonas de la piel, incluidas la cabeza y la cara, el cuello y las zonas intertriginosas, excepto sobre las membranas mucosas. Elidel no debe aplicarse bajo oclusión (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). En el tratamiento a largo plazo de la dermatitis atópica (eccema), el tratamiento con Elidel debe iniciarse ante la primera aparición de signos y síntomas de la dermatitis atópica para prevenir los brotes de la enfermedad. Elidel debe utilizarse dos veces al día. Se pueden aplicar emolientes inmediatamente después de utilizar Elidel. **Pacientes pediátricos.** No se recomienda el uso de Elidel en pacientes menores de 2 años de edad hasta que no se disponga de datos adicionales. La posología y forma de administración para niños (2-11 años) y adolescentes (12-17 años) es igual a la de los adultos. **Pacientes de edad avanzada.** La dermatitis atópica (eccema) se observa raramente en los pacientes de 65 años o más. En los ensayos clínicos con Elidel no se incluyó el suficiente número de pacientes de ese rango de edad para determinar si responden de forma distinta a los pacientes más jóvenes. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a pimecrolimus, otros macrolactámicos o a cualquiera de los excipientes. Ver "Lista de excipientes". **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Elidel no debe utilizarse en pacientes con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas o en pacientes bajo terapia que causa inmunosupresión. Se desconoce el efecto a largo plazo sobre la respuesta inmune de la piel a nivel local y sobre la incidencia de enfermedades malignas de la piel. Elidel no debe aplicarse en lesiones potencialmente malignas o premalignas de la piel. Elidel no debe aplicarse sobre superficies afectadas por infecciones víricas agudas cutáneas (herpes simple, varicela). No se ha estudiado la eficacia y seguridad de Elidel en el tratamiento de la dermatitis atópica infectada clínicamente. Antes de iniciar el tratamiento con Elidel deberán curarse las infecciones clínicas en las zonas de tratamiento. Los pacientes con dermatitis atópica presentan una predisposición a padecer infecciones superficiales de la piel incluyendo eccema herpético (erupción variceliforme de Kaposi), por ello, el tratamiento con Elidel puede estar asociado con un mayor riesgo de infección de la piel por el virus del herpes simple, o eccema herpético (manifestándose como una propagación rápida de las lesiones vesiculares y erosivas). En presencia de infección de la piel por herpes simple, deberá interrumpirse el tratamiento con Elidel en el lugar de la infección hasta curación de la misma. Los pacientes con dermatitis atópica severa pueden presentar un riesgo incrementado de infecciones bacterianas de la piel (impétigo) durante el tratamiento con Elidel. El uso de Elidel puede causar reacciones leves y transitorias en la zona de aplicación, tales como, sensación de calor y/o quemazón. Si la reacción en la zona de aplicación es severa, deberá volver a evaluarse la relación riesgo-beneficio del tratamiento. Deberá tenerse precaución para evitar el contacto con los ojos y membranas mucosas. Si accidentalmente se aplica sobre estas zonas, deberá quitarse la crema frotando a fondo y/o lavando con agua. Los médicos deberán advertir a los pacientes sobre la conveniencia de adoptar medidas de protección solar, tales como la minimización del tiempo de exposición solar, utilizar productos con pantalla solar y cubrir la piel con ropa adecuada (ver "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Elidel contiene alcohol cetílico y alcohol estearílico que pueden causar reacciones locales en la piel. Elidel también contiene propilenglicol que puede causar irritación de la piel. Elidel contiene el principio activo pimecrolimus, un inhibidor de la calcineurina. En pacientes trasplantados, la exposición sistémica prolongada a inmunosupresión intensa seguida de la administración sistémica de inhibidores de la calcineurina, se ha asociado con un riesgo incrementado de desarrollar linfomas y procesos malignos de la piel. Se han notificado casos de enfermedades malignas, incluyendo linfomas cutáneos y de otros tipos, así como cáncer de piel, en pacientes que han utilizado la crema de pimecrolimus (ver "Reacciones adversas"). Sin embargo, no se han encontrado niveles significativos de pimecrolimus sistémico en pacientes con dermatitis atópica tratados con Elidel. **Poblaciones con riesgo potencialmente elevado de exposición sistémica.** No se ha estudiado el uso de Elidel en pacientes con síndrome de Netherton. No se recomienda el uso de Elidel en este tipo de pacientes, debido al potencial para incrementar la absorción sistémica de pimecrolimus. Debido a que no se ha establecido la seguridad de Elidel en pacientes eritrodérmicos, no se puede recomendar el uso del producto en esta población de pacientes. No se ha estudiado en pacientes el uso de Elidel bajo oclusión. No se recomienda el uso de vendajes oclusivos. Las concentraciones sistémicas pueden ser más elevadas en pacientes con inflamación y/o lesión grave de la piel. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Las posibles interacciones entre Elidel y otros fármacos no se han evaluado de forma sistemática. Pimecrolimus se metaboliza exclusivamente por el CYP 450 3A4. Debido a su mínima absorción, es poco probable que ocurran interacciones entre Elidel y los fármacos de administración sistémica. Los datos actuales indican que Elidel puede utilizarse simultáneamente con antibióticos, antihistamínicos y corticosteroides (orales/nasales/inhalados). Teniendo en cuenta el grado mínimo de absorción, es improbable que se produzca una potencial interacción sistémica con las vacunas, aunque no se ha estudiado esta interacción. Por lo tanto, en pacientes con enfermedad extensa, se recomienda administrar las vacunas durante los intervalos libres de tratamiento. No existe experiencia con el uso concomitante de otros tratamientos inmunosupresores administrados para el eccema atópico, tales como, UVB, UVA, PUVA, azatioprina y ciclosporina A. Elidel no presenta potencial fotocarcinogénico en animales. Sin embargo, dado que se desconoce su efecto en el hombre, durante el tratamiento con Elidel deberá evitarse la exposición excesiva de la piel a la luz ultravioleta incluyendo la luz solar o el tratamiento con PUVA, UVA o UVB. **Embarazo y lactancia: Embarazo.** No existen datos suficientes sobre el uso de Elidel en mujeres embarazadas. Los estudios de aplicación dérmica en animales no evidenciaron efectos nocivos ni directos ni indirectos con respecto al desarrollo embrionario/fetal. Se ha observado toxicidad en la reproducción en los estudios en animales después de una administración oral. Teniendo en cuenta el grado mínimo de absorción de pimecrolimus tras la aplicación tópica de Elidel, el posible riesgo para los seres humanos se considera limitado. No obstante, Elidel no debe ser utilizado durante el embarazo. **Lactancia.** No se realizaron estudios de excreción láctea en animales tras la aplicación tópica y no se ha estudiado el uso de Elidel en mujeres lactantes. Se desconoce si pimecrolimus se excreta en la leche tras la aplicación tópica. No obstante, teniendo en cuenta el grado mínimo de absorción de pimecrolimus tras la aplicación tópica de Elidel, el posible riesgo para los seres humanos se considera limitado. Deberá tenerse precaución cuando se administre Elidel a mujeres lactantes. En madres lactantes puede utilizarse Elidel pero éste no debe aplicarse sobre los senos para evitar la ingestión oral no intencionada por el recién nacido. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Elidel carece de efectos conocidos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. **Reacciones adversas:** Las reacciones adversas más comunes fueron reacciones en la zona de aplicación, comunicadas aproximadamente por el 19% de los pacientes tratados con Elidel y el 16% de los pacientes de los grupos control. Estas reacciones se produjeron generalmente al inicio del tratamiento y fueron de intensidad leve a moderada y de corta duración. **Estimación de frecuencias:** muy habitual ( $\geq 1/10$ ); habitual ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ); no habitual ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ); rara ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ); muy rara ( $< 1/10.000$ , incluidos los informes aislados). Muy habitual: quemazón en la zona de aplicación. Habitual: reacciones en la zona de aplicación (irritación, prurito y eritema), infecciones cutáneas (folliculitis). No habitual: forúnculo, impétigo, herpes simple, herpes zoster, dermatitis por herpes simple (eccema herpético), molusco contagioso, papiloma cutáneo, trastornos en la zona de aplicación, tales como, erupción, dolor, parestesia, descamación, sequedad, edema, y empeoramiento de las lesiones. Rara: intolerancia al alcohol (en la mayoría de los casos se produjo rubefacción, rash, quemazón, picor o hinchazón poco después de la ingesta de alcohol), reacciones alérgicas cutáneas (p. ej. dermatitis, urticaria). Postcomercialización: Se han notificado casos de enfermedades malignas, incluyendo linfomas cutáneos y de otros tipos, así como cáncer de piel, en pacientes que han utilizado la crema de pimecrolimus (ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **Sobredosis:** No existe experiencia de sobredosis con Elidel. No se han registrado incidentes de ingestión accidental. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Triglicéridos de cadena media. Alcohol oleílico. Propilenglicol. Alcohol estearílico. Alcohol cetílico. Monoglicéridos y diglicéridos. Cetostearyl sulfato de sodio. Alcohol bencilico. Ácido cítrico anhidro. Hidróxido de sodio. Agua purificada. **Incompatibilidades:** No procede. **Periodo de validez:** 2 años. Una vez abierto el envase: 12 meses. **Precauciones especiales de conservación:** No conservar a temperatura superior a 25°C. No congelar. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Tubo de aluminio con revestimiento interno protector de fenol-epoxi y tapón de rosca de polipropileno. Tubo de 30 gramos, PVP-IVA: 38,68 Euros y tubo de 60 gramos, PVP-IVA: 68,38 Euros. **Precauciones especiales de eliminación:** Se pueden aplicar emolientes junto con Elidel (ver "Posología y forma de administración"). **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Novartis Farmacéutica, S.A. Gran Via de les Corts Catalanes, 764, 08013 Barcelona. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** 65.029 **FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:** 9 Octubre 2002 **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Mayo 2006 **REGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. Financiado por el Sistema Nacional de Salud.

**Bibliografía:** 1. Meurer M, Fölster-Holst R, Wozel G, et al., for the CASM-DE-01 Study Group. Pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in adults: a six-month study. *Dermatol.* 2002 205:271-277. 2. Meurer M, Fartasch M, Albrecht G, et al., for the CASM-DE-01 Study Group. Long-term efficacy and safety of pimecrolimus cream 1% in adults with moderate atopic dermatitis. *Dermatol.* 2004 208:365-372. 3. Ficha técnica de Elidel. 4. Queille-Roussel C, Paul C, Duteil L, et al. The new topical acromycin derivative SDZ ASM 981 does not induce skin atrophy when applied to normal skin for 4 weeks: a randomized, double-blind controlled study. *Br J Dermatol.* 2001 144:507-513. 5. Eichenfield LF, Lucky AW, Boguniewicz M, et al. Safety and efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescent. *J Am Acad Dermatol* 2002 46:495-504.

 **NOVARTIS**

Novartis Farmacéutica S.A.  
Gran Via de les Corts Catalanes, 764  
08013 Barcelona  
Tel. 93 306 42 00

Para más información consulte:  
[www.nuevadermis.com](http://www.nuevadermis.com)

No corticoideo  
**ELIDEL**<sup>®</sup>  
(pimecrolimus) Crema 1%  
Cuidado precoz. Control del Eccema

# Con ELIDEL® tengo el control desde el principio

- Aumenta hasta 5 veces el tiempo sin brotes graves\*<sup>1</sup>
- 71% de reducción de la gravedad total de la enfermedad\*<sup>2</sup>
- Sin los efectos adversos de los corticoides<sup>3,4,5</sup>

**NUEVA  
PRESENTACIÓN 60g**



Elidel® crema no corticoidea mantiene a sus pacientes en la zona de control<sup>1,2</sup>

No corticoideo  
**ELIDEL®**  
(pimecrolimus) Crema 1%  
Cuidado precoz. Control del Eccema

\* Frente al tratamiento convencional

# La Economía y su Dinero

## Los extranjeros gestionan más de 100.000 millones en España

El patrimonio de los fondos de pensiones se incrementó un 11,3 por ciento hasta septiembre.

Las instituciones de inversión colectiva extranjeras alcanzaron un patrimonio de 41.655 millones de euros hasta el pasado mes de junio, mientras que el número total de partícipes y accionistas alcanzó los 753.416, según datos facilitados por la patronal del sector, Inverco. En concreto, 28.267 millones correspondieron a promotores internacionales sin gestora en España, con un total de 506.186 partícipes, seguido de los promotores internacionales con gestora en nuestro país, que alcanzaron los 12.325 millones y 131.444 partícipes, y los promotores domésticos, con 1.062 millones y 25.786 partícipes.

Por entidades, JP Morgan Asset Management encabeza la lista con un patrimonio de 5.815 millones de euros en los seis primeros meses del año, seguido de Credit Agricole (3.956 millones), Fi-

delity (3.169 millones), BNP Paribas (1.647 millones) y Deutsche Bank (2.180 millones). Entre las entidades españolas figuran Santander Central Hispano, con 422,09 millones de euros, seguido

### Rentabilidad de los planes de pensiones

Clase de plan	% <sup>(1)</sup>
Renta variable	13,58
Renta variable mixta	7,79
Sistema asociado	6,41
Empleo	4,55
Renta fija mixta	2,55
Renta fija corto plazo	0,80
Garantizados	0,60
Renta fija largo plazo	0,04

(1) Variación en los nueve primeros meses de 2006 respecto al mismo período del año anterior.

Fuente: Inverco.

de BBVA (344,8 millones), Banco Urquijo (76,2 millones), Caja Duero (37,6 millones), Bankinter (21,04 millones) y La Caixa (6,61 millones).

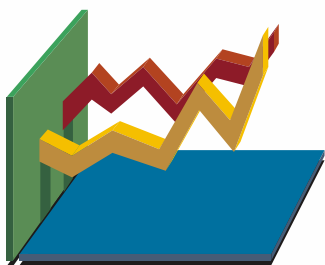
El patrimonio de los fondos de pensiones alcanzó los 76.338 millones de euros hasta septiembre, lo que supone un incremento del 11,3 por ciento respecto al mismo período del pasado año. Por su parte, la rentabilidad ascendió hasta el 3,97 por ciento, según Inverco. Del total, el sistema individual acaparó 46.018 millones de euros, un 14,4 por ciento más. Seguidamente se situaron el sistema de empleo, con 29.257 millones (+6,8 por ciento) y el sistema asociado, con 1.062 millones (+10,5 por ciento). Referente al número de partícipes, los planes de pensiones alcanzaron en los primeros nueve meses del año 9.709.380, un 9,2 por ciento más. De ellos, 8.016.707 correspondieron al sistema individual, 1.607.522 a empleo y 85.145 al sistema asociado. El volumen de aportaciones netas alcanzó 443 millones de euros. ■

### El patrimonio de los mobiliarios sube el 4,5 por ciento desde enero

El volumen de activos de los fondos de inversión mobiliaria se situó en octubre en 256.998 millones de euros, lo que supone un aumento del 0,6 por ciento respecto al mes anterior y del 4,5 por ciento en lo que va de año, según Inverco. El número de partícipes ascendió a 9,04 millones, lo que representa una caída del 0,6 por ciento frente a septiembre, mientras que en el acumulado del año la cifra se ha incrementado en el 5,7 por ciento. Por su parte, las suscripciones de fondos de inversión mobiliaria alcanzaron los 11.689 millones y los reembolsos los 12.899 millones, lo que supone unos reembolsos netos estimados en el mes de 1.210 millones de euros. Las categorías, los fondos en los que mejor evolucionaron las suscripciones netas estimadas fueron los de renta fija a largo plazo, con 38 millones, y los de renta fija mixta, con 37 millones.

# Perspectivas para la Europa emergente

**Rusia.** Los fundamentales económicos de Rusia continúan impresionando. El país está experimentando un periodo de fuerte crecimiento sostenido, con aceleración del PIB, caída de la inflación y aumento de la demanda por parte de los particulares. El mercado ruso está dominado por valores energéticos, y se espera que las próximas OPV de compañías rusas supongan oportunidades de inversión que permitirán ganar exposición a esteseccor en crecimiento.



**Polonia y República Checa.** Estos países han experimentado un periodo de agitación política, pero sus mercados han permanecido relativamente estables. Esto refleja los beneficios del régimen fiscal impuesto por la Unión Europea como requisito para entrar a formar parte de la Unión Monetaria Europea. Se espera que ambos países obtengan un PIB superior a 5 por ciento en el año

2006, y el aumento de las exportaciones está reduciendo el déficit por cuenta corriente.

**Hungría.** Continúa decepcionando. Los últimos acontecimientos han puesto de manifiesto la preocupación que algunos inversores venían mostrando por las perspectivas del país. Se espera una desaceleración del crecimiento por las medidas impuestas para la recuperación fiscal.

**Bulgaria y Rumania.** Han sido aceptados como nuevos miembros de la Unión Europea, lo que beneficiará el fuerte crecimiento que ya están experimentando.

**Turquía.** Ha sufrido el fuerte impacto de la volatilidad en los meses de mayo y junio. El mercado ya estaba descontando la depreciación de la lira turca y el consiguiente efecto en la inflación. Aun así, debemos considerar el marco histórico de estas tensiones, ya que la inflación ha caído del 68 al 8 por ciento en cinco años. Hay posibilidad de obtener valor en algunas compañías menos cíclicas. ■

## PÍLDORAS

**Ahorro Corporación.** El grupo financiero de las cajas de ahorros y cuarta gestora por patrimonio de España se ha convertido en la décima entidad que logra la aprobación de la CNMV para ofrecer fondos de inversión libre, denominación en España de los hedge funds. La entidad comenzará con un fondo de fondos de hedge funds, que combinará ocho o diez estrategias y que invertirá en 20 ó 25 hedge funds internacionales.

**Cintra.** Ha adquirido a la francesa Vinci un tramo de la autopista Ruta 5 Sur de Chile por 8,6 millones de euros, con lo que gestionará cinco tramos continuos de esta vía de pago, principal eje de transporte hacia el sur del país, desde Santiago a Río Bueno. Los analistas de Fortis Bank se muestran muy positivos con la compañía.

**Prim.** La empresa de material médico prevé obtener unos beneficios de 6,5 millones de euros en 2006, lo que supondría un aumento del 13 por ciento respecto a los 5,75 millones obtenidos en 2005, según el consejero delegado Carlos Rodríguez. En el primer semestre de 2006, la empresa que preside Victorinao Prim alcanzó un beneficio de 3,48 millones de euros.

## LOS EXPERTOS RECOMIENDAN

### UBS: 'Blue chips' iberoamericanos

El banco de inversión norteamericano UBS ha dado entrada en su cartera modelo de acciones latinoamericanas al fabricante brasileño de aviones Embraer. Según UBS, el crecimiento de las ganancias de la compañía de aviones debiera ser sólido en los próximos años, así como sus márgenes, que también debieran mejorar. Y ha aumentado su exposición en Tenaris, una empresa metalúrgica argentina, que abas-

tece de tuberías a proyectos petroleros y que está siendo beneficiada por el alza del crudo. UBS ha calificado de favorable el panorama para los resultados financieros de Iberoamérica.

### Renta 4: Entra BME

En la carteras modelo de Renta 4 de los cinco grandes valores se da entrada a Bolsas y Mercados Españoles (BME), atendiendo a los sólidos resultados que se esperan para el cuarto trimestre del año y la atractiva rentabili-

dad por dividendo. De esta forma, la cartera queda compuesta por Altadis, BME, Endesa, BBVA y Telefónica. Por su parte, en la cartera moderada dan salida a Banesto tras el buen comportamiento relativo de las últimas semanas por Commerzbank, que presentó resultados mejores de lo esperado. Con ello, se busca rotar hacia el sector bancario europeo que cotiza a ratios más atractivos que los españoles y que puede ser objeto de movimiento corporativo en el medio plazo.

# García cayó ante el indio Singh

Padraig Harrington logró en Valderrama el “número uno” de Europa.

El jugador hindú Jeev Milkha Singh, que consiguió además su segundo triunfo de la temporada en el Circuito Europeo, fue el ganador de la decimonovena edición del Volvo Masters disputado en Valderrama (Cádiz), en la que, una vez más, un español se ha quedado a las puertas: Sergio García. Padraig Harrington se ha consolidado como “número uno” de Europa después de haber terminado como tercer clasificado.

Singh, ganador también esta temporada del Volvo China Open, volvió a triunfar y lo hizo sin cometer grandes errores, presentando una tarjeta de 72 golpes con cuatro *birdies* y dos *bogeys*, uno de ellos en el 18 con el que no puso en peligro su victoria, para ganar con un golpe menos que Luke Donald y Harrington, segundos empatados junto con García, que en esta edición sumó su tercera segunda posición consecutiva en el torneo.

Precisamente García, favorito indiscutible del torneo, arrastró a la mayor cantidad de público. Hizo dos *birdies* y un *bogey* por los nueve primeros hoyos, pero falló en los decisivos, en el 13 y 14 y, aunque recuperó con un *birdie* en el hoyo 16, un mal se-

gundo golpe en el 18 con el que mandó la bola al bunker, le dejó sin opciones. Entregó una tarjeta de 72 golpes para terminar con 1 bajo par y quedarse, por tercer año consecutivo, en segunda posición.

“No creo que perdiera el torneo en el 17 y 18, sino en los *bogeys* del



13 y el 14. En el 18 he hecho un mal *swing* en el momento clave. En vez de pegar un palo menos al *draw*, he querido pegar un hierro cinco suavemente para dejarla cerca, y desafortunadamente he dado un mal golpe. Estoy desilusionado por no ha-

ber ganado, pero procuro ver la parte buena y positiva”. Para Singh ésta era su segunda victoria en el circuito europeo y la primera en un torneo de tanta importancia. El jugador indio estaba exultante: “Ésta es la victoria más importante de mi carrera, que permanecerá conmigo durante el resto de mi vida. Creo que debo jugar todos los torneos Volvo, ¡se me dan muy bien! He jugado el 18 muy tranquilo porque sabía que tenía un colchón de dos golpes. Estoy muy contento de haber ganado en un campo tan bueno como Valderrama, lo había visto muchas veces en televisión, solo jugué una vuelta de prácticas antes del torneo, pero me he sentido muy cómodo toda la semana”.

Padraig Harrington, número uno de Europa, y segundo clasificado en el Volvo Masters fue otro de los triunfadores del torneo. El irlandés consiguió su objetivo: ser el mejor jugador de Europa en 2006. “Nunca me ha sabido tan bien terminar segundo como hoy. Ha sido una semana muy rara, he jugado 63 hoyos de gran golf y mi *caddy* siempre ha estado animándome y nunca he perdido la paciencia en esos hoyos”.

## Villacieros, presidenta de la Federación Internacional de Golf Femenino

Los miembros de la Asamblea General de la Federación Internacional de Golf han elegido a Emma Villacieros como Women's Chairman, presidenta de la División de Mujeres del máximo organismo federativo del golf mundial. Villacieros, actual presidenta de la Real Federación Española de Golf, presidirá esta parcela de la Federación Internacional de Golf durante los próximos seis años. Villacieros sustituye en el cargo a la brasileña Vicky White.

# Las tres de últimas

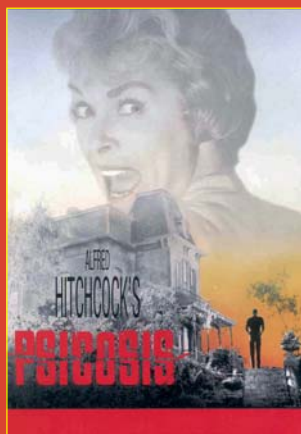
## Centenario de Ramón y Cajal

**A**l cumplirse el centenario del Premio Nobel de Medicina Santiago Ramón y Cajal, el Museo de Ciencias Naturales expone los instrumentos de trabajo del investigador, así como dibujos, fotografías, apuntes, manuscritos, cartas, medallas y galardones del prestigioso científico español. Con esta muestra, que permanecerá en Madrid hasta el próximo enero y que ha sido ya inaugurada por la ministra de Educación y Ciencia, Mercedes Cabrera, la Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales (SECC) pretende recordar la trayectoria vital y científica de Santiago Ramón y Cajal, conocido como el fundador de la neurociencia moderna. Además, como amante de la pintura que era, se exponen óleos de su adolescencia y juventud, y otras muestras pictóricas como cuatro láminas de su famoso *Atlas Anatómico*.



## E X P O S I C I O N E S

### Carteles de cine



**L**a Filmoteca Española acoge la exposición "Firmado Mac", que reúne los 75 trabajos más representativos de los más de 6.000 carteles cinematográficos que realizó el ilustrador catalán Macario Gómez entre los años cincuenta y ochenta.

La muestra recoge los carteles de títulos como "La millonaria", protagonizada por Sofía Loren, que es también el rostro de la exposición, "Un tranvía llamado deseo", "Psicosis", "Rebeca", "Esplendor en la hierba" o "El tercer hombre".

La selección de las ilustraciones, la mayoría procedentes de los fondos de la Filmoteca y el resto de colecciones privadas, se ha hecho atendiendo "a la diversidad de estilos, a la importancia de la película o porque se trate de un cartel emblemático", ha explicado la comisaria de "Firmado Mac", Elena Cervera.

## CINE

### Todos los hombres del rey

**B**asada en la novela homónima de Robert Penn Warren, narra la historia de Willie Stark (Sean Penn), un personaje que está inspirado en la figura histórica de Huey Long, un famoso y discutido gobernador populista de Louisiana. Stark, amado y odiado a partes iguales, posee cualidades como la de ser un gran orador y a la vez un dictador que se mantiene en el poder gracias a la corrupción y el chantaje. Este personaje, en origen un humilde abogado, consigue engañar a los hijos de las familias más poderosas del Estado. El film cuenta con un reparto excepcional entre los que se encuentran además de Sean Penn, Jude Law, Kate Winslet, James Gandolfini, Mark Ruffalo, Patricia Clarkson y Anthony Hopkins.



# Las tres de últimas

## A R T E

### Obras maestras del bodegón

**E**l Museo del Prado acaba de presentar al público la colección de Rosendo Naseiro adquirida hace dos meses, "Lo fingido verdadero. Bodegones españoles de la colección Naseiro". Con su incorporación, el museo se convierte en referencia indiscutible del bodegón español al contar con precursores como Sánchez Cotán hasta Goya. Entre las obras más significativas destacan las de Van der Hamen, Espinosa, Labrador, Camprobín o Arellano, que se exhiben de manera singularizada. El recorrido expositivo comienza con una selección de cuadros de pequeño formato que reproducen frutas o flores copiadas probablemente del natural. Más adelante se exhibe una amplia sección de "bodegones de mesa" y el recorrido culmina con la pintura de flores. La



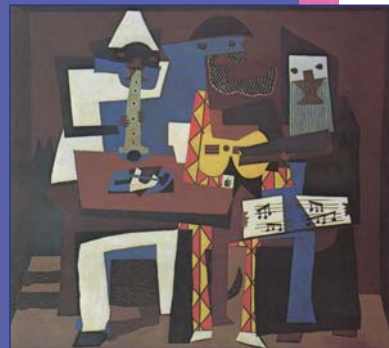
muestra se exhibe hasta el 7 de enero de 2007 en el Museo del Prado (Paseo del Prado, s/n. Madrid).

### Un homenaje a Picasso

**M**ás de cuarenta artistas, entre ellos Martín Chirino, Alberto Corazón, Luis Feito, Rafael Canogar, Eduardo Arroyo o Luis Eduardo Aute, rinden homenaje a Picasso en una exposición colectiva organizada por la galería BAT para conmemorar el 125 aniversario del nacimiento del pintor malagueño.

En la muestra, 46 pintores y escultores de varias generaciones plasman, a través de varios soportes, "su propia mirada sobre el mayor genio que ha dado el siglo XX", según el director de la colección, Alberto Cornejo. La obra expuesta hace referencia a temas tan representativos en la obra de Picasso como la figura del minotauro, tema recurrente en varias de sus etapas y que recrea Pedro Grifol en una escultura.

La muestra puede verse hasta el próximo 15 de diciembre en la Galería BAT (c/ María de Guzmán, 61. Madrid).

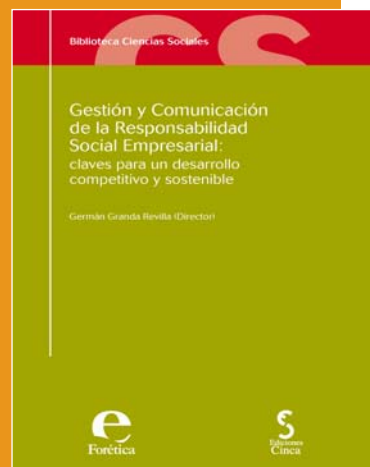


## A R T E

## LIBROS

### Gestión y comunicación de la RSE

**F**orética acaba de publicar el volumen *Gestión y Comunicación de la RSE: claves para un desarrollo competitivo y sostenible*, el libro recopilatorio de las ponencias, análisis e impresiones derivadas del curso de verano homónimo que se celebró el pasado julio en A Coruña. La aportación de los más de 30 expertos que participaron en el seminario de verano hace del volumen "no sólo un libro recopilatorio con un privilegiado plantel de expertos", según Forética, "sino una auténtica guía de conocimiento que recoge la mejor aportación de cada especialista dentro de su ámbito". De este modo, aspectos como la gestión, la evaluación, la comunicación y el diálogo, la actualidad regional y global de la RSE, o talleres y casos empresariales, tienen cabida y dan estructura al libro haciendo de éste un importante manual práctico y además un indicador de tendencias de actualidad en este campo.



## Internet

# La ONU recomienda el uso de 'software' libre

Naciones Unidas sigue su campaña de promoción del *software* libre como forma de garantizar el acceso a las nuevas tecnologías por parte de países y grupos sociales en vías de desarrollo.

España aporta en las conferencias internacionales de *software* libre iniciativas muy destacadas, como "Guadalínex *on line*", o el proyecto "Open Cities", gestionado por la compañía española Ándago con la colaboración de la Universidad Politécnica de Madrid, que tiene como objetivo fomentar el desarrollo de una comunidad de empresas e instituciones que aporten conocimiento para potenciar la e-administración, partiendo de las especificaciones que fijen los usuarios.

Otra tecnología que avanza en España es WiMax, que se contrapone a la ya muy desarrollada WiFi, y que puede complementarla dado que mientras la primera es la mejor opción para obtener cobertura en zonas abiertas, la alternativa WiFi es idónea para zonas interiores.

Precisamente la ciudad de Valladolid es pionera en España en el desarrollo de WiMax, al disponer de un centro de I+D –propiedad de la empresa israelí Alvarion–, que está situado en el parque tecnológico de Boecillo, vinculado desde su creación con las facultades de Ingeniería de

la prestigiosa universidad vallisoletana.

La dispersión poblacional, característica en la comunidad autónoma de Castilla y León, ha propiciado el apoyo del gobierno autónomo a las tecnologías inalámbricas que permiten llevar la banda ancha al punto más remoto del territorio. La tecnología WiMax, cuya implantación es incipiente incluso en los países punteros, comenzó a desarrollarse en España en 2004, pero los expertos coinciden en que somos un país pionero en su desarrollo y aplicación. ■



Juan Vicente Herrera apoya las tecnologías inalámbricas en Castilla y León.

## UN VISTAZO A LA RED

### La máxima calidad en sonido

Un amplificador de válvulas, sí, como los antiguos, ofrece una calidad de sonido inmejorable. Su precio lo merece, pero no es popular.

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

### El último flash de Marilyn

Las fotos de Bert Stern en un gran reportaje realizado en 1962, constituyen un archivo histórico del mundo cinematográfico. Coinciden con el rodaje de su última e inacabada película Algo va a suceder... y sucedió.

<http://www.museemailol.com/index2.html>



## Ciberconsejos

### Microsoft a la conquista del "soft" en móviles

Microsoft espera duplicar este año el número de teléfonos móviles que funcionan con su *software* de Windows, pasando desde los seis millones de finales de 2005, a más de doce millones en 2006, además de mantener su tasa de crecimiento en los próximos años. Microsoft también está estudiando que se puedan conectar sus teléfonos Windows Mobile a la videoconsola Xbox Live.

### Palm entra en la telefonía inteligente con grandes soluciones

El Treo 680 de Palm se convertirá en el dispositivo ideal para empresas que implanten teléfonos inteligentes debido al amplio conjunto de funciones y la facilidad de uso. Cuenta con un teclado y pantalla a color y tiene una única interfaz de usuario que permite responder llamadas, mensajes de texto o llamadas a tres. La mensajería permite visualizar mensajes de texto como una conversación de chat.

**1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO:** PONTALSIC 37,5 mg/325 mg, comprimidos recubiertos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Un comprimido recubierto contiene 37,5 mg de hidrocloreto de tramadol y 325 mg de paracetamol. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido recubierto amarillo pálido. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas:** PONTALSIC comprimidos está indicado para el tratamiento sintomático del dolor moderado a intenso. **4.2. Posología:** adultos y adolescentes (12 años y mayores). La utilización de PONTALSIC deberá estar limitada a aquellos pacientes cuyo dolor de moderado a intenso requiera la combinación de tramadol y paracetamol. La dosis deberá ser ajustada individualmente de acuerdo a la intensidad del dolor y a la respuesta del paciente. Se recomienda una dosis inicial de PONTALSIC de dos comprimidos. Se pueden tomar dosis adicionales según sea necesario, sin exceder de 8 comprimidos (equivalente a 300 mg de tramadol y 2600 mg de paracetamol) al día. El intervalo entre dosis no deberá ser menor de 6 horas. PONTALSIC no se debe administrar bajo ninguna circunstancia durante más tiempo del estrictamente necesario (ver Advertencias). Si se precisara una utilización repetida o un tratamiento a largo plazo con PONTALSIC como resultado de la naturaleza y la gravedad de la enfermedad, se deberá realizar un seguimiento cuidadoso y regular (con interrupciones del tratamiento, si es posible), para evaluar si es necesario la continuación del tratamiento. **Niños:** la seguridad y la eficacia del uso de PONTALSIC no se ha establecido en niños menores de 12 años de edad. Por lo tanto, no se recomienda el tratamiento en esta población. Pacientes ancianos: La dosificación habitual puede ser utilizada aunque se debería tener en cuenta que en voluntarios de más de 75 años, la semivida de eliminación de tramadol aumentó un 17% tras la administración oral. En pacientes mayores de 75 años de edad, se recomienda que el intervalo mínimo entre dosis no debe ser inferior a 6 horas, debido a la presencia de tramadol. Insuficiencia renal: Debido a la presencia de tramadol, no se recomienda el uso de PONTALSIC en pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 10 ml/min). En casos de insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina entre 10 y 30 ml/min) debe aumentarse el intervalo de dosificación a 12 horas. Debido a que el tramadol se elimina muy lentamente por hemodilución o hemofiltración, generalmente no es necesaria la administración postdialisis con objeto de mantener la analgesia. Insuficiencia hepática: No se debe utilizar PONTALSIC en pacientes con insuficiencia hepática severa (ver Contraindicaciones). En los casos moderados, se considerará cuidadosamente la prolongación del intervalo entre dosis (ver Advertencias). **Método de administración:** Vía oral. Los comprimidos deben tragarse enteros, con una cantidad suficiente de líquido. No deben partirse ni masticarse. **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a tramadol, paracetamol o a cualquiera de los excipientes del medicamento, intoxicación aguda con alcohol, fármacos hipnóticos, analgésicos de acción central, opioides o psicótropos, PONTALSIC no debe ser administrado a pacientes que están tomando inhibidores de la monoaminoxidasa o que los han recibido en el transcurso de las dos últimas semanas (ver Interacciones con otros medicamentos), insuficiencia hepática grave, epilepsia no controlada con tratamiento (ver Advertencias). **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** En adultos y adolescentes, de 12 años y mayores. No se debe exceder la dosis máxima de PONTALSIC de 8 comprimidos. Con objeto de evitar sobredosis accidentales, se deberá avisar a los pacientes, no exceder la dosis recomendada y no utilizar al mismo tiempo cualquier otro medicamento conteniendo paracetamol (incluyendo las Especialidades Farmacéuticas Publicitarias) o hidrocloreto de tramadol, sin la recomendación de un médico. No se recomienda PONTALSIC en caso de insuficiencia renal severa (aclaramiento de creatinina < 10 ml/min). No se debe utilizar PONTALSIC en pacientes con insuficiencia hepática severa (ver Contraindicaciones). Existe mayor riesgo de sobredosisación con paracetamol en pacientes con insuficiencia hepática alcohólica no cirrótica. Se deberá valorar cuidadosamente la prolongación del intervalo entre dosis en los casos moderados. No se recomienda PONTALSIC en insuficiencia respiratoria grave. Tramadol no es un tratamiento de sustitución adecuado para los pacientes dependientes de opioides. Aunque tramadol es un agonista opioide, no puede evitar los síntomas de abstinencia por supresión del tratamiento con morfina. Se han observado convulsiones en pacientes tratados con tramadol susceptibles a padecer ataques o tratados con fármacos que pueden disminuir el umbral de convulsión, en particular inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, analgésicos de acción central o anestésicos locales. Los pacientes epilépticos controlados con tratamiento o los predisuestos a padecer convulsiones sólo deben ser tratados con PONTALSIC cuando sea absolutamente necesario. Se han observado convulsiones en pacientes que recibían tramadol en los niveles de dosificación recomendados. Este riesgo puede verse aumentado cuando las dosis de tramadol exceden los límites superiores recomendados. La utilización concomitante de los agonistas-antagonistas opioides (nalbuphina, buprenorfina, pentazocina) no está recomendada (ver Interacciones con otros medicamentos). **Precauciones especiales de empleo:** PONTALSIC se debe usar con precaución en pacientes dependientes de opioides o en pacientes con traumatismo craneal, en pacientes propensos a trastornos convulsivos, trastornos del tracto biliar, en estado de shock, en estado de alteración de la conciencia de origen desconocido, con problemas que afecten al centro respiratorio o a la función respiratoria, o con presión intracraneal elevada. La sobredosis de paracetamol puede causar toxicidad hepática en algunos pacientes. Tramadol puede provocar síntomas de abstinencia a dosis terapéuticas. Raramente se han notificado casos de dependencia y abuso. Pueden producirse síntomas de abstinencia, similares a aquellos producidos tras la retirada de los opioides, como: agitación, ansiedad, nerviosismo, insomnio, hiperreflexia, temblor y síntomas gastrointestinales. En un estudio, se informó que la utilización del tramadol durante la anestesia general con enflurano y óxido nítrico aumentaba el recuerdo intra-operatorio. Hasta que no se disponga de más información, se deberá evitar la utilización de tramadol durante las fases de anestesia superficiales. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** Está contraindicado el uso concomitante con: Inhibidores de la MAO no selectivos: Riesgo de síndrome serotoninérgico: diarrea, taquicardia, sudoración, temblores, confusión, incluso coma. Inhibidores de la MAO B selectivos: Síntomas de excitación central que evocan un síndrome serotoninérgico: diarrea, taquicardia, sudoración, temblores, confusión, incluso coma. En caso de tratamiento reciente con inhibidores de MAO, debe retrasarse 2 semanas el inicio del tratamiento con tramadol. No se recomienda el uso concomitante con: Alcohol: El alcohol aumenta el efecto sedante de los analgésicos opioides. La disminución del estado de alerta puede hacer peligrosa la conducción de vehículos y la utilización de maquinaria. Evitar la ingesta de bebidas alcohólicas y de medicamentos que contengan alcohol. Carbamecapina y otros inductores enzimáticos: Existe riesgo de reducir la eficacia y disminuir la duración debido a la disminución de las concentraciones plasmáticas de tramadol. Agonistas-antagonistas opioides (buprenorfina, nalbuphina, pentazocina): Disminución del efecto analgésico mediante un bloqueo competitivo de los receptores, con riesgo de que se produzca un síndrome de abstinencia. Precauciones que hay que tener en cuenta en caso de uso concomitante: En casos aislados se ha notificado el síndrome serotoninérgico relacionado temporalmente, con el uso terapéutico de tramadol en combinación con otros medicamentos serotoninérgicos tales como, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y triptanes. Los signos del síndrome serotoninérgico por ejemplo pueden ser: confusión, agitación, fiebre, sudoración, ataxia, hiperreflexia, mioclonus y diarrea. Otros derivados de los opioides (incluyendo fármacos antitusígenos y tratamientos sustitutivos), benzodicepines y barbitúricos. Aumento del riesgo de depresión respiratoria, que puede resultar mortal en caso de sobredosis. Otros depresores del sistema nervioso central, tales como otros derivados de opioides (incluyendo fármacos antitusígenos y tratamientos sustitutivos), barbitúricos, benzodicepines, otros ansiolíticos, hipnóticos, antidepresivos sedantes, antihistaminas sedantes, neurolepticos, antihipertensivos de acción central, talidomida y baclofen. Estos fármacos pueden provocar un aumento de la depresión central. El efecto sobre la atención puede hacer peligrosa la conducción de vehículos y la utilización de maquinaria. Se han notificado aumentos del INR con el uso concomitante de PONTALSIC y warfarina. Se recomienda, en estos casos, realizar controles periódicos del tiempo de protrombina. Otros fármacos inhibidores de CYP3A4, tales como ketoconazol y eritromicina, pueden inhibir el metabolismo del tramadol (N-desmetilación) y probablemente también el metabolismo de los metabolitos O-demetilados activos. La importancia clínica de tales interacciones no ha sido estudiada. Medicamentos que reducen el umbral convulsivo tales como bupropion, antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos y neurolepticos. El uso concomitante de tramadol con estos fármacos puede aumentar el riesgo de convulsiones. La velocidad de absorción de paracetamol puede verse aumentada por la metoprolol y reducida por colestiramina. **4.6. Embarazo y lactancia. Embarazo:** No debe ser utilizado durante el embarazo, debido a que PONTALSIC es una combinación fija de principios activos incluyendo tramadol. Datos relativos a paracetamol: Los resultados de los estudios epidemiológicos en mujeres embarazadas no han demostrado que paracetamol tenga efectos perjudiciales a dosis recomendadas. Datos relativos a tramadol: Tramadol no debe ser utilizado durante el embarazo ya que no se dispone de una evidencia adecuada para evaluar la seguridad de tramadol en mujeres embarazadas. El tramadol administrado antes o durante el parto no afecta a la contracción uterina. En recién nacidos puede inducir cambios en la frecuencia respiratoria que normalmente no son clínicamente relevantes. **Lactancia:** PONTALSIC no debe ser utilizado durante la lactancia, debido a que es una combinación fija de principios activos incluyendo tramadol. Datos relativos a paracetamol: Paracetamol es excretado en la leche materna pero no en una cantidad clínicamente significativa. En los datos disponibles publicados, la lactancia no está contraindicada en mujeres que toman medicamentos que contienen paracetamol como único principio activo. Datos relativos a tramadol: Se han encontrado tramadol y sus metabolitos en pequeñas cantidades en la leche materna. Un lactante puede ingerir aproximadamente 0,1% de la dosis dada a la madre. Tramadol no debe ser ingerido durante la lactancia. **4.7. Efectos sobre la capacidad de conducir y utilizar maquinaria:** Tramadol puede causar somnolencia o mareo, lo que puede verse aumentado por el alcohol u otros depresores del sistema nervioso central (SNC). Si se produce, el paciente no debe conducir o utilizar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas:** Las reacciones adversas comunicadas con mayor frecuencia durante los ensayos clínicos realizados con la combinación de paracetamol/tramadol son náuseas, mareo y somnolencia, observados en más del 10% de los pacientes. Trastornos del sistema cardiovascular: Poco frecuentes (0,1%-1%): hipertensión, palpitaciones, taquicardia, arritmia. Trastornos del sistema nervioso central y periférico: Muy frecuentes (> 10%): mareo, somnolencia. Frecuentes (1%-10%): cefalea, temblores. Poco frecuentes (0,1%-1%): contracciones musculares involuntarias, parestesia, tinnitus. Raros (< 0,1%): ataxia, convulsiones. Trastornos psiquiátricos: Frecuentes (1%-10%): confusión, alteraciones del estado de ánimo (ansiedad, nerviosismo, euforia), trastornos del sueño. Poco frecuentes (0,1%- 1%): depresión, alucinaciones, pesadillas, amnesia. Raros (< 0,1%): dependencia farmacológica. Trastornos visuales: Raros (< 0,1%): visión borrosa. Trastornos del sistema respiratorio: Poco frecuentes (0,1%- 1%): disnea. Trastornos gastrointestinales: Muy frecuentes (> 10%): náuseas. Frecuentes (1%-10%): vómitos, estreñimiento, sequedad de boca, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, flatulencia. Poco frecuentes (0,1%- 1%): disfgia, melena. Trastornos del sistema hepático y biliar: Poco frecuentes (0,1%- 1%): aumento de las transaminasas hepáticas. Trastornos de la piel y anejos: Frecuentes (1%-10%): sudoración, prurito. Poco frecuentes (0,1%- 1%): reacciones cutáneas (ej., rash, urticaria). Trastornos del sistema urinario: Poco frecuentes (0,1%- 1%): albuminuria, trastornos de la micción (disuria y retención urinaria). Trastornos generales: Poco frecuentes (0,1%- 1%): escalofríos, sofocos, dolor torácico. \*Aunque no se han observado durante los ensayos clínicos, no puede excluirse la aparición de los siguientes efectos adversos conocidos relacionados con la administración de tramadol o paracetamol. Tramadol: Hipotensión postural, bradicardia, colapso cardiovascular (tramadol). Los estudios post-comercialización de tramadol han mostrado alteraciones ocasionales del efecto de warfarina, incluyendo la elevación de los tiempos de protrombina. Casos raros (< 0,1%): reacciones alérgicas con síntomas respiratorios (por ejemplo disnea, broncoespasmos, sibilancias, edema angioneurótico) y anafilaxia. Casos raros (< 0,1%): cambios del apetito, debilidad motora, y depresión respiratoria. Pueden producirse efectos secundarios psíquicos tras la administración de tramadol que pueden variar individualmente en intensidad y naturaleza (dependiendo de la personalidad y de la duración de la medicación). Estos incluyen cambios de humor (generalmente euforia, ocasionalmente disforia), cambios en la actividad (generalmente supresión, ocasionalmente aumento) y cambios en la capacidad cognitiva y sensorial (alteraciones en la percepción y el comportamiento decisorio). Se ha notificado un empeoramiento del asma aunque no se ha establecido una relación causal. Pueden producirse: síntomas de abstinencia, similares a aquellos producidos tras la retirada de opioides, como: agitación, ansiedad, nerviosismo, insomnio, hiperreflexia, temblor y síntomas gastrointestinales. Paracetamol: Los efectos adversos del paracetamol son raros, pero pueden producirse fenómenos de hipersensibilidad incluyendo rash cutáneo. Se han notificado casos de discrasias sanguíneas incluyendo trombocitopenia y agranulocitosis, pero éstos no tuvieron necesariamente relación causal con el paracetamol. Se han notificado varios casos que sugieren que el paracetamol puede producir hipoprotrombinemia cuando se administra con compuestos del tipo warfarina. En otros estudios, no cambió el tiempo de protrombina. **4.9. Sobredosis:** PONTALSIC es una combinación fija de principios activos. En caso de sobredosis, se pueden observar los signos y síntomas de toxicidad de tramadol, de paracetamol o de ambos. Síntomas de sobredosis debidos a tramadol: En principio, en la intoxicación con tramadol, los síntomas son similares a los esperados en los analgésicos de acción central (opioides). Estos incluyen en particular miosis, vómitos, colapso cardiovascular, alteración de la conciencia incluyendo coma, convulsiones y depresión e incluso parada respiratoria. Síntomas de sobredosis debidos a paracetamol: La sobredosis produce especial preocupación en niños pequeños. Los síntomas de sobredosis con paracetamol en las primeras 24 horas son palidez, náuseas, vómitos, anorexia y dolor abdominal. El daño hepático puede comenzar a ser evidente entre las 12 y 48 horas tras la ingestión. Pueden producirse anomalías en el metabolismo de la glucosa y acidosis metabólica. En intoxicaciones graves, el fallo hepático puede progresar a encefalopatía, coma y muerte. Puede desarrollarse incluso fallo renal agudo con necrosis tubular aguda en ausencia de daño hepático grave. Se han observado arritmias cardíacas y pancreatitis. Se puede producir daño hepático en adultos que han tomado 7,5-10 g o más de paracetamol. Se cree que cantidades excesivas de un metabolito tóxico de paracetamol (detoxificado correctamente cuando se toman dosis normales de paracetamol, pero no así cuando se ingieren cantidades elevadas), se une de forma irreversible al tejido hepático produciendo su lesión. Tratamiento de emergencia: Trasladar inmediatamente a una unidad especializada. Mantener las funciones respiratoria y circulatoria. Antes de iniciar el tratamiento, se debe tomar una muestra de sangre lo antes posible, para medir la concentración plasmática de paracetamol y tramadol, y para realizar pruebas de función hepática. Realizar pruebas hepáticas al comienzo (de la sobredosis) y repetirse cada 24 horas. Normalmente se observa un aumento de las enzimas hepáticas (GOT, GPT), que se normaliza al cabo de una o dos semanas. Vaciar el estómago causando el vómito (cuando el paciente está consciente) mediante irritación o lavado gástrico. Deben establecerse medidas de soporte tales como mantener la vía aérea permeable y la función cardiovascular; se deberá utilizar naloxona para revertir la depresión respiratoria. Los ataques pueden controlarse con Diazepam. Tramadol se elimina mínimamente en el suero por hemodilución o hemofiltración. Por lo tanto, no es adecuado el tratamiento único por hemodilución o hemofiltración en caso de intoxicación aguda con PONTALSIC. El tratamiento inmediato es primordial para tratar las sobredosis por paracetamol. Aún en ausencia de síntomas tempranos significativos, los pacientes deben ser enviados al Hospital con urgencia para que reciban atención médica inmediata, y cualquier adulto o adolescente que haya ingerido aproximadamente 7,5 g o más de paracetamol en las 4 horas anteriores, o cualquier niño que haya ingerido 150 mg/kg de paracetamol en las 4 horas anteriores, deberán ser sometidos a un lavado gástrico. Las concentraciones de paracetamol en sangre deben ser medidas a partir de las 4 horas tras la sobredosificación con el fin de evaluar el riesgo de desarrollo de daño hepático (a través de un nomograma de sobredosificación por paracetamol). Puede ser necesaria la administración de metionina oral o N-acetilcisteína (NAC) intravenosa ya que pueden tener un efecto beneficioso hasta 48 horas después de la sobredosis. La administración de NAC intravenosa es mucho más beneficiosa si se inicia en las 8 horas tras la ingestión de la sobredosis. Sin embargo, NAC debe administrarse también, si el tiempo es mayor de 8 horas tras la sobredosificación, y continuar hasta completar la terapia. Cuando se sospecha de sobredosis masiva, el tratamiento con NAC se debe iniciar inmediatamente. Debe disponerse de medidas de soporte adicionales. El antidoto para el paracetamol, NAC, debe ser administrado oralmente o por vía intravenosa lo antes posible, independientemente de la cantidad de paracetamol ingerida. Si es posible, en las 8 horas tras la sobredosificación. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1. Incompatibilidades:** No procede. **5.2. Instrucciones de uso y manipulación:** No se requieren instrucciones especiales. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Química Farmacéutica Bayer, S.A., Pau Claris 196, 08037 Barcelona. Licencia del Grupo Grünenthal. **NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** N° de Registro: 65.158. **7. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Junio de 2005. **PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Envase con 20 comprimidos (PVP y PVP IVA): PVP 5,93€; PVP IVA 6,17€ . **REGÍMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica ordinaria. Financiado por el Sistema Nacional de Salud. Aportación normal. Para más información consulte la ficha técnica completa.

Sociedad de Prevención ASEPEYO, S. L.  
necesita incorporar para varias oficinas:

## MÉDICOS ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO

### Perfil profesional:

Licenciado en Medicina, con título de  
especialista en Medicina del Trabajo.

### Se ofrece:

Jornada laboral a convenir. Contrato  
indefinido.

Los interesados pueden enviar el  
*curriculum vitae* a Vía Augusta, 18,  
7ª planta 08006 Barcelona.

Tlfno.: 93 229 13 30; Fax: 93 238 90 27

E-mail: mfontancasas@asepeyo.es

Hospital público de Evora, en Portugal,  
selecciona:

## MÉDICOS PARA URGENCIAS HOSPITALARIAS

### Se ofrece:

Cómodos turnos de 24/12 horas, a elegir.

Mínimo 168 horas mensuales.

Ingresos de al menos 4.500 euros netos.

### Requisitos:

Se precisa tener la especialidad de  
Medicina de Familia, Interna,  
Neumología, Cardiología o cualquier otra  
especialidad médica.

Para más información pónganse  
en contacto con  
segundabota@hotmail.com.

# SPA Medical Economics®

GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE

EDICIÓN ESPAÑOLA

## En el próximo número...

### Informe EuroGalenus para MEDICAL ECONOMICS (y II)

La segunda parte del estudio *Análisis de las remuneraciones de los médicos en España 2006* aborda el panorama salarial de los médicos en el contexto europeo.

### Prestaciones sanitarias y cohesión en el sistema autonómico español

MEDICAL ECONOMICS organiza una jornada sobre el acceso de los españoles en igualdad de condiciones a la prestación asistencial y las dificultades que ocasionan las diferencias existentes entre comunidades autónomas. El foro de debate *Los Jueves de Medical Economics* intentará arrojar luz sobre este controvertido tema.

### Doctor Web: ¿cuánto me cobra?

Los consultorios médicos por Internet se están poniendo de moda. En España, decenas de especialistas ofrecen sus respuestas a precios entre 12 y 200 euros. La confidencialidad de la información y la seguridad del pago están garantizadas en los portales acreditados.

# EL REUMA EN LA ACTUALIDAD 19

PERO LA ESPECIALIDAD DE REUMATÓLOGO NO NACIÓ HASTA 1949 DE LA MANO DE HOLLANDER.

¡EL ÚNICO ESPECIALISTA!

ME VOY A FORRAR!

Y NO FUE HASTA LA INTRODUCCIÓN MASIVA DE LA ASPIRINA, QUE ARRINCONÓ SANGRÍAS Y OPIACEOS...

YA NO HACE FALTA.

¿AH NO?

...Y EL DESARROLLO DE LA CORTISONA POR HENCH EN 1949 (LO QUE LE VALIÓ EL NOBEL)...

HAY TRUCOS NUEVOS...

¿AH SÍ?

...Y LA APARICIÓN DE LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES, QUE NO SE OBTUVO UNA TERAPIA EFICAZ CONTRA LA ENFERMEDAD.

LO SUYO YA NO ES GRAVE.

¿AH NO?

Y SE DEFINIÓ LA REUMATOLOGÍA COMO EL ÁREA DE LA MEDICINA INTERNA QUE ESTUDIA LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN LAS ARTICULACIONES Y LOS TEJIDOS QUE LAS RODEAN, CON SINTOMAS CARDINALES DE DOLOR, RIGIDEZ Y LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO.

VOILÁ

VAYA

SIN EMBARGO, LA CAUSA ÚLTIMA QUE PRODUCE EL REUMA SIGUE IGNOTA Y LLEVANDO DE CABEZA A LOS INVESTIGADORES DEL MUNDO ENTERO.

AH/ME CALLO...

ESTA HISTORIA NO PUEDE FINALIZAR SIN RENDIR UN HOMENAJE A TODOS LOS HOMBRRES QUE DESDE EL PALEOLÍTICO, HAN DEDICADO SUS VIDAS A LLICHAR CONTRA ESE DOLOR LLAMADO REUMA.



EN LOS TRATAMIENTOS ANTIINFLAMATORIOS CRÓNICOS  
**DECÍDASE POR MOVALIS<sup>®</sup>, GANARÁN CALIDAD DE VIDA<sup>(1)</sup>.** 48 ESTUDIOS REALIZADOS EN 117.755 PACIENTES, AVALAN SU **MAYOR SEGURIDAD GASTROINTESTINAL<sup>(2)</sup>.** FÁCIL CUMPLIMIENTO GRACIAS A **1 SOLA TOMA DIARIA.**

INVESTIGACIÓN



**movalis<sup>®</sup> 15 mg**  
meloxicam

Contra el dolor

# LA UNIÓN ES GARANTÍA DE EFICACIA



## PONTALSIC®

Paracetamol 325 mg + Tramadol 37,5 mg

Unidos contra el dolor

- Indicado en **dolor moderado**,
- eficaz y seguro,
- rápido y de efecto prolongado.<sup>(1)</sup>



(Ver ficha técnica en pág. 62)

\* Máximo 8 compr./día. Ver ficha técnica



Bayer HealthCare