

Díganos su opinión sobre:

¿Está en contacto con el especialista al que ha derivado a su paciente?
(ver pág. 3)

12 de octubre de 2007

La coordinación entre AP y especialistas

Perlas en
vacunaciones
Pág. 41

Consultas
con éxito
Pág. 44

Informática
La plataforma
de seguridad
Pág. 50

Los ensayos
clínicos y el IVA
Pág. 52

Varios médicos y un solo paciente



Chequeo hospitalares

M.D. Anderson

Pág. 25

Pág. 18

7ª Edición del Premio Pfizer a la Innovación y Excelencia en Gestión Clínica

El premio está dotado con 6.000 euros

Fecha límite: 1 de diciembre de 2007



La excelencia clínica y de gestión al servicio del paciente

Más información en:

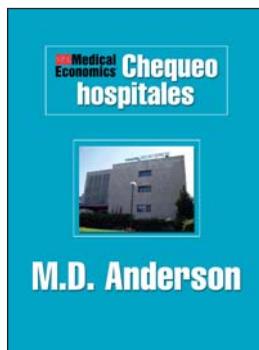
gestionclinica.pfizer.es



18 Nuestra portada

Varios médicos y un solo paciente

No es fácil coordinar la asistencia a un paciente cuando éste tiene que pasar por diversos profesionales entre médicos de Atención Primaria y especialistas. Cuando la comunicación entre médicos de familia y especialistas es inadecuada, es el paciente quien lo sufre. Descubra algunos consejos para mantener “las puertas abiertas,” lo que va a repercutir en una mejor atención al paciente, centro del sistema sanitario.



25 Chequeo hospitalares

M. D. Anderson

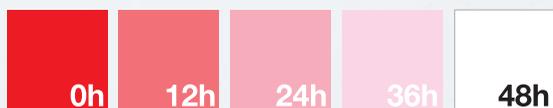
Tanto el M.D. Anderson Cancer Center de Houston como el M.D. Anderson España se caracterizan por una atención personalizada a cada uno de los pacientes, un trabajo en equipo multidisciplinar y un constante esfuerzo en investigación e innovación.



41 Perlas en vacunaciones

Las vacunas suponen uno de los avances más importantes en medicina preventiva y por tanto, una de las medidas sanitarias que más ha repercutido en el bienestar de la Humanidad. He aquí algunas reflexiones para el lector sobre la historia y la situación actual de la vacunación.

Reduce el sangrado de encías en 48 horas*



*** TESTADO CLÍNICAMENTE**
ESTUDIO CLÍNICO
EN PASTA DENTÍFRICA:
Efecto a corto plazo de una pasta
dentífrica de Triclosán y Citrato de Zinc
en el sangrado gingival

Buche M y colaboradores

www.lacerodontologia.com



LACER
Especialistas en higiene bucodental



CONSEJO EDITORIAL

Juan Abarca Campal
Margarita Alfonso
José Luis Álvarez-Sala Walther
Juan Ramón Arias Irigoyen
Humberto Arnés Corellano
Joan Josep Artells i Herrero
Honorio Bando Casado
Antonio Bartolomé Sánchez
Carlos Belmonte Martínez
Miquel Bruguera i Cortada
José María Campistol Planas
Fidel Campoy Domenech
Enrique Catalán López
Felipe Chavida García
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
Albert Jovell
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
Regina Muzquiz
César Nombela
José Palacios Carvajal
Santiago Palacios Gil-Antuñano
Federico Plaza Piñol
Enrique de Porres Ortiz de Urbina
Regina Revilla
José Manuel Ribera Casado
Ignacio Riesgo González
Jesús Rodríguez Marín
Germán Rodríguez Somolinos
Cristina Roldán Fdez. de Gamboa
Julían Ruiz Ferrán
Emilia Sánchez Chamorro
Eugeni Sedano i Monasterio
José María Segovia de Arana
Guillermo Sierra Arredondo
Javier Subiza Garrido-Lestache
Luis Truchado Velasco
Juan Carlos Ureta Domingo

44

Consultas con éxito

Lograr el éxito en la consulta, no siempre es tarea fácil. Incorpore a su práctica unos cuantos consejos de sencilla aplicación para mejorar el trabajo diario.

ENCUESTA 2007 SOBRE RETRIBUCIÓN Y PERFIL PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS EN ESPAÑA

Medical Economics promueve esta encuesta entre sus lectores para conseguir resultados significativos que apoyen la reflexión sobre las mejoras que demanda la profesión médica en España.

Para participar conecte con: www.medecoes.com

ENCUESTA VÍA INTERNET

¿Está en contacto con el especialista al que ha derivado a su paciente?

Participe a través de nuestra web www.medecoes.com

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



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web www.medecoes.com

COLUMNAS

6 • Actualidad Finanzas/
Práctica Profesional

10 • Atención al Paciente
Asociación de Afectados
de Neurofibromatosis

12 • Gestión de profesional
Planes de retribución

14 • Gestión de calidad:
Medio Ambiente
Reglamento EMAS:
diferencias con la ISO 14001

16 • Normativa

Alquiler de vivienda e
instrucciones previas

50 • Informática

La plataforma de seguridad

52 • Impuestos

56 • Economía y su Dinero

58 Golf

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 2007 Advanstar Communications Inc. All rights reserved. Medical Economics is a trademark belonging to Advanstar Communications Inc., located in Duluth, Minnesota, USA. Published under license.

© Copyright 2007 Edición Española, Spanish Publishers Associates.



ESPAÑA

Educación Médica Continuada en Vivo

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

Editor

Manuel García Abad

Directores asociadosJosé María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto**Coordinador editorial**

Enrique González Morales

Secretaría de redacciónCristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com**Colaboradores**Natalia Aguirre Vergara
José Ignacio Alemany Bellido
Miguel Fernández de Sevilla Morales
Luis G. Pareras
Marcial García Rojo
Óscar Gil García
Gloria Herías Corral
Elisa Herrera Fernández
María de la Loma Segarra
Ofelia de Lorenzo Aparici**Traducción**Luis Brotons, Héctor Valiente
y Reis Camilleri.**Maquetación**C. González (coordinador)
A. Aparicio, C. Sanz, C. Vicent, E. Rodríguez**Producción**

José Luis Águeda Juárez

Publicidad MadridBeatriz Rodríguez
b.rodriguez@drugfarma.com**Publicidad Barcelona**Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com**Administración**Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77**Suscripciones**Manuel Jurado
Tel.: 91 500 20 77
suscripciones@drugfarma.com

Tarifa ordinaria anual 105 €

Tarifa instituciones anual 130 €

Ejemplar suelto 5 €

Ejemplar atrasado 8 €

Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión: Litofinter Industria Gráfica

© 2007

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



A este médico no vuelvo

Esta revista publica habitualmente interesantes artículos cuyos autores narran experiencias vividas con sus pacientes. ¿Y si fuera el paciente el que contara qué tal le ha ido con su médico? He aquí tres casos, verídicos, narrados en primera persona.

1. Deprisa, deprisa, tengo otra visita. Acudí a un dermatólogo privado para que me quitara una indiscreta verruguita. Tras diez minutos de espera en un sillón semidesvencijado, pasé a la consulta. El doctor observó la verruguita y dijo: "Tumbate aquí boca arriba que en unos segundos, con el láser, te la quito". Obedecí y, antes de que aplicara el láser, le espeté: "No quedará señal, ¿verdad?" "No", me contestó. Tres minutos después de entrar en la consulta: "Ya está, ¿ves qué fácil ha sido?". Asentí e insistí: "Pero no quedará señal". Y él, llevándome del brazo hacia la puerta: "Que no, hombre, que no. En unas semanas, ni rastro". Sin darme cuenta estaba, de vuelta, en la sala de espera, al tiempo que una viejecita, emperifollada y encantadora, cruzaba ese umbral a la voz de "¡el siguiente!". Volví a la carga: "Pero, doctor...". La misma munición: "Nada, ningún problema". Y vuelta: "Es que...". Ya sólo escuché: "¿Qué tal, doña Teresa?". Consulté el reloj y no habían transcurrido ni cinco minutos desde aquel "tumbate aquí boca arriba". Y musité: "Caray, y los de AP reclamando diez minutos por consulta".
Moraleja: *No por mucho correr se gana más dinero.*

2. Es esto, seguro, tómese esto. Una vez acompañé a mi mujer a otro dermatólogo (le faltaban pocos años para la jubilación) a un consultorio privado en el centro de Madrid. Tenía una heridita en el labio inferior. El médico echó un fugaz y superficial vistazo y dijo, muy seguro: "Esto son hongos, tómese estas pastillas", al tiempo que extendía una receta. Meses después, el mismo especialista volvió a atender a mi esposa, esta vez por una dureza en el dedo gordo del pie izquierdo. "Uy, esto es un sabañón, le voy a recetar...", dijo el doctor tras un pasajero reconocimiento. En ambos casos los medicamentos prescritos hicieron efecto alguno. Los diagnósticos correctos fueron: dureza y alergia al sol.
Moraleja: *Antes de diagnosticar, dos veces al menos has de pensar.*

3. Los experimentos, con gaseosa. Fuí a un gran hospital concertado con el Servicio Madrileño de Salud a la revisión de un dedo de la mano izquierda en el que sentía cosquilleo y pérdida de sensibilidad. Pregunté por el doctor X y en su lugar apareció un joven apuesto, algo nervioso e impulsivo, de unos 28 a 30 años, y pensé: "Éste es un MIR". Le conté lo que me ocurría, me observó el dedo en cuestión y dijo con aplomo: "Tenemos que hacerle unos análisis". Quise saber: "¿Como cuáles?". Me informó: "Bueno, habrá que averiguar si hay algún nervio..., o si se trata de algo reumático u otra cosa, en fin, que hay que hacerle algunas pruebas, tal vez dolorosas". Aquellas palabras no me sonaban a medicina defensiva, sino más bien a ansias de experimentación, a inquietud investigadora. Y salí de allí sin dar mi consentimiento informado para hacer de conejillo de indias.

Moraleja: *Que tus ansias de aprender no devoren al contrario.* ■

Gonzalo San Segundo

Madrid necesita 1.200 médicos y 2.300 enfermeros para trabajar en los nuevos hospitales



Juan José Güemes, consejero de Sanidad, ha anunciado que habrá 5.341 nuevos puestos de trabajo en los hospitales de la Comunidad de Madrid. Serán 1.245 médicos, 2.342 enfermeros, 1.577 auxiliares de enfermería y 176 técnicos especialistas para seis de los ocho nuevos hospitales construidos en la región y que aún no funcionan. De las 1.245 plazas para

médicos, Güemes especificó que 1.075 estarán destinadas a facultativos de 37 especialidades y 170, a jefaturas. El 47 por ciento de las plazas corresponde a los hospitales de Vallecas y San Sebastián de los Reyes, y el resto a los de Parla, Coslada, Aranjuez y Arganda. Según un reciente informe del Ministerio de Sanidad, en España hacen falta unos 3.000 médicos especialistas. La carencia es especialmente relevante en comunidades como Canarias, Comunidad Valenciana o Murcia.

Galicia y Valencia incorporan la segunda opinión médica



Los pacientes que sufran enfermedades graves podrán requerir una segunda opinión de un facultativo de la Sanidad pública gallega para poder contrastarla con el primer diagnóstico. Se debe tratar de enfermedades neoplásicas malignas, neurológicas inflamatorias y degenerativas invalidantes, patologías graves con causa hereditaria claramente definida o si es necesario confirmar una enfermedad rara. Así mismo, la Consellería de Sanidad de Valencia ha nombrado los servicios médicos que constituirán el grupo de segunda opinión médica de la Comunidad, "una iniciativa con la que se persigue que todos los pacientes puedan tener más de un punto de vista médico en el diagnóstico de las enfermedades graves", según el titular del departamento, Manuel Cervera.

OJO al dato

1,15

billones de euros fue el efectivo total negociado por la Bolsa española en 2006.

57

por ciento lo protagonizaron inversores no residentes.

19

por ciento correspondió a instituciones financieras.

19

por ciento sumaron las instituciones de inversión colectiva y empresas no financieras.

5

por ciento lo protagonizaron los inversores particulares españoles.

Fuente: Bolsas y Mercados Españoles.

Roche Farma inaugura su nuevo Centro Internacional de Excelencia en Informática

Roche Farma España ha celebrado en Madrid la inauguración de su nuevo Centro Internacional de Excelencia en Informática, inaugurado por la presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre. Desde él se controlan más de cuatro mil servidores y sesenta mil ordenadores de mesa, y se desarrollan e introducen mecanismos de almacenamiento y archivo de información adaptados a las regulaciones de la FDA (Agencia del Medicamento de EE.UU.).



Los fiscales perseguirán como delito las agresiones al personal sanitario

Los colegios médicos del País Vasco, Cataluña, Galicia y Andalucía han llegado a acuerdos con la fiscalía para que trate las agresiones como “atentados a funcionarios”, lo que implica penas más severas. El del País Vasco ha firmado un protocolo de actuación, en el que serán los propios colegios los que tramitarán las denuncias, y la Fiscalía las considerará de oficio un delito. Recibir amenazas “casi es parte del trabajo”, afirma Beatriz Ogando, experta de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. “En los hospitales son las enfermeras las que llevan la peor parte, porque están más en contacto con los enfermos y sus familias”, añade.



FCC se hace con el nuevo hospital de Salamanca por 166 millones de euros

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Castilla y León ha adjudicado a una unión temporal de empresas (UTE) liderada por FCC la construcción del nuevo hospital de Salamanca, por un importe de 165,9 millones de euros. Contará con 68.000 m² de urbanización, tendrá una superficie construida de 200.000 m² y capacidad para 912 camas. La nueva instalación se ubicará en su mayor parte sobre el actual Hospital Clínico y Materno Infantil, que mantendrán el servicio durante los seis años que está previsto que se prolongue la obra.



El Hospital de Madrid Montepríncipe, primer centro sanitario privado madrileño con carácter universitario

La Agencia Lain Entralgo ha otorgado al Hospital de Madrid Montepríncipe la certificación de Hospital Universitario, lo que le faculta para la docencia pregrado en todas las titulaciones de Ciencias de la Salud impartidas por la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo CEU: medicina, enfermería, odontología, fisioterapia y podología. Es la primera entidad hospitalaria privada de Madrid con carácter universitario, y en una de las pocas de nuestro país que han obtenido la máxima calificación en este área –la prestigiosa Clínica Universitaria de Navarra es uno de ellos–.

El Departamento de Docencia y Formación Continua del Grupo HM Hospitales se creó con el objetivo de alcanzar la excelencia en la prestación de unos servicios sanitarios de calidad, integrales y personalizados.



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics®

¿Cómo valora el riesgo que supone la autogestión?



La mayoría de nuestros lectores creen que son más las ventajas que los inconvenientes que conlleva (31%). Un 25% asegura que depende de las dimensiones del centro que se autogestione. Un 23% considera la autogestión muy positiva, pues es magnífico poder tomar todas las decisiones, mientras que para el 21% el riesgo económico es demasiado grande.

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

El tentempié
del diabético
ahora también
sabe a café

Diasip[®]

Cualquier hora es buena hora

ÚNICO CON
MF6
FIBRA EXCLUSIVA



NUTRICIA

Nutriendo la vida

Optimización del cuidado del paciente diabético

La importancia del manejo de los síntomas



Patrocinado por

NUTRICIA

Organizado por

Medical Economics


Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continua del Sistema Nacional de Salud

3,7
CRÉDITOS

Programa

Unidad I

- Diagnóstico
- Fisiopatología
- Criterios de buen control
- Herramientas de control
- Sistemas de infusión continua
- Algoritmo terapéutico
- Alimentación/Dietoterapia

Unidad II

- Hiper-/Hipoglucemia
- Complicaciones agudas
- Situaciones especiales
- Factores de riesgo cardiovascular
- Patología renal
- Retinopatía

Unidad III

- Macroangiopatía
- Neuropatía autonómica
- Disfunción eréctil
- Pie diabético
- Patología osteoarticular
- Piel
- Embarazo y diabetes

Unidad IV

- Paciente infantil
- Paciente adolescente
- Paciente anciano
- Diabetes y deporte
- Celiaquía y diabetes
- Aspectos psicológicos
- Aspectos legales

Anexo I

- Vademécum Fármacos

Anexo II

- Vademécum Nutrición

Coordinadores

Dra. Julia Álvarez Hernández. Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá de Henares. Jefe de Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Dr. Pedro Pablo García-Luna. Profesor Asociado de Nutrición. Facultad de Medicina. Sevilla. Jefe de Servicio de Nutrición Clínica. UGEN. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Anna Pibernat i Tornabell. Dietista. Unidad de Diabetes, Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

Judit Rodergas i Pagés. Enfermera Experta en Diabetes y Educación para la Salud. Mataró, Barcelona.

Gemma Salvador i Castell. Programa de Alimentación y Nutrición. Subdirección General de la Promoción de la Salud. Dirección General de la Salud Pública. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Avalado por

SEEN

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición


 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES
 GRUPO DE ESTUDIO SOBRE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

INSCRIPCIÓN GRATUITA

Ya puede inscribirse a través de la página web:

www.medecoes.com

donde encontrará información adicional sobre este curso.

ASOCIACIONES (XX) Las asociaciones de pacientes son cada vez más importantes en España. A través de esta sección, ofrecemos una panorámica de las existentes en nuestro país.

Asociación de Afectados de Neurofibromatosis

Una enfermedad genética, crónica e incurable

Desde el año 1997 la Asociación de Afectados de Neurofibromatosis trabaja para mejorar la calidad de vida de los enfermos. Se trata de una enfermedad genética que provoca un crecimiento descontrolado de tumores en casi todo el organismo. Actualmente en España, existen cerca de 15.000 afectados.

La Asociación de Afectados de Neurofibromatosis se creó en junio de 1997 con el propósito de intentar resolver los problemas derivados de estas enfermedades, tanto de los afectados como de sus familias. Muchas de estas patologías son causantes de discapacidad y tienen una alta repercusión sobre la calidad de vida de los enfermos. Las neurofibromatosis son un grupo de enfermedades producidas por una alteración genética que pro-

voca en los afectados, un crecimiento descontrolado de tumores en casi todo el organismo, de una forma irregular, debido a la falta de neurofibromina, un “supresor” de crecimiento tumoral. Las neurofibromatosis presentan complicaciones como problemas de crecimiento, dificultades de aprendizaje, desfiguración, epilepsia, problemas óseos, tumores cerebrales, sordera, ceguera, problemas de equilibrio y riesgo incrementado de tumores malignos,



“Nuestro objetivo final es conseguir un tratamiento curativo eficaz”

Teresa Jiménez Jiménez es la presidenta de la Asociación de Afectados de Neurofibromatosis.

MEDICAL ECONOMICS: ¿Qué papel juega la asociación en la vida de los enfermos?

TERESA JIMÉNEZ: Nuestro objetivo final es conseguir un tratamiento curativo eficaz para la Neurofibromatosis. Involucrados en esta lucha y dada la falta de apoyo oficial a la investigación para poder desarrollar en un futuro nuevas herramientas terapéuticas, ya sean farmacológicas o de terapia genética que funcionen para cada una de las lesiones, a partir de mayo de 2003 comenzamos a promocionar y financiar los distintos

proyectos de investigación de la Neurofibromatosis que se llevan a cabo en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Otra de las acciones principales que desarrollamos es el (SAONF), un Servicio de Atención y Orientación a través del cual, damos información, apoyo y respuesta a las consultas realizadas.

M.E.: ¿Qué actividades tienen preparadas de cara al último trimestre del año?

T.J.: La semana del 26 de noviembre al 1 de diciembre vamos a celebrar el IX

Rastrillo Benéfico a favor de la asociación, con el propósito de conseguir fondos para financiar la investigación. En los últimos años, la respuesta ha sido muy positiva y esperamos que en éste se superen todas las expectativas. Durante este trimestre continuaremos con nuestra campaña de divulgación en distintos puntos de España.

M.E.: ¿Cómo es el día a día de un enfermo de neurofibromatosis?

T.J.: El grado de afectación en los pacientes es muy variable, e incluso den-



entre otros. Se trata de una enfermedad que, hasta el momento, es crónica e incurable.

Tipos que presenta la enfermedad

Existen dos tipos de neurofibromas:

Por un lado, la NF1 o enfermedad de von Recklinghausen o Neurofibromatosis periférica. Su incidencia es de uno por cada 3.000 nacidos. La forma descrita por Von Recklinghausen es, con diferencia, la más común, llegando aproximadamente al 85 por ciento de los casos. La mutación se encuentra en el cromosoma 17.

Por otro lado, la NF2 o Neurofibromatosis central. Su incidencia es de uno por cada 40.000 nacidos. La mutación se encuentra en el cromosoma 22.

Los problemas más comunes a los que se enfrentan los enfermos son la dificultad en la obtención de un diagnóstico certero, así como la aplicación de tratamientos adecuados, debido a la escasez de médicos especialistas en esta patología.

En muchos casos, abordar los neurofibromas de una forma inadecuada, conlleva unas complicaciones irreversibles y más severas que las que existían en origen, añadiéndose también, graves problemas psicológicos.

Planes de investigación

Actualmente en España, existen cerca de 15.000 afectados, lo que las convierte en una de las enfermeda-

des minoritarias de mayor incidencia en la población.

Desde 2003 la Asociación financia la investigación sobre las neurofibromatosis promovida por el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, pero el propósito es conseguir los medios y el apoyo suficientes para poder abrir otras líneas de estudio de esta patología.

Ante el vacío existente, la Asociación de Afectados de Neurofibromatosis se organiza, lucha y sigue existiendo gracias al apoyo de instituciones, entidades y personas sensibilizadas con la causa y dispuestas a ayudar.

- La Asociación nació en el año 1997.
- Desde 2003 la Asociación financia planes de investigación.
- En 2007, existen 15.000 afectados.
- Dirección: C/ Cartagena, 80, 1º D. 28028 Madrid. www.aeenf.com; E-mail: asoc_nf@hotmail.com

En septiembre de 2007, la Asociación de Afectados de Neurofibromatosis cuenta con un total de 1.025 familias censadas y 1.279 afectados, de los que 572 son niños y jóvenes con edades comprendidas entre los 9 meses y los 18 años.

tro de una misma familia pueden darse casos severos y otros que presentan unas complicaciones mínimas. En la Asociación contamos con afectados que llevan una vida prácticamente normal, se someten a revisiones anuales con los distintos especialistas, y consiguen desempeñar sus labores como cualquier persona sana.

M.E.: ¿Cree que la sociedad está suficientemente informada sobre esta enfermedad?

T.J.: No. Al tratarse de una enfermedad catalogada como minoritaria, no abundan las inversiones, no sólo en materia de investigación, sino en divulgación y en concienciación social. Desde la Asociación realizamos campañas intentando difundir toda la información referente a la enfermedad,

a través de trípticos, de folletos explicativos, de *stands* informativos y de nuestra página *web* (www.aeenf.com).

M.E.: ¿Cuáles son los avances más significativos con respecto a las neurofibromatosis en los últimos años?

T.J.: En el Hospital Ramón y Cajal de Madrid y financiado por nuestra Asociación, se ha realizado con éxito el diseño de un protocolo de diagnóstico de NF1, que actualmente se está utilizando en dicho Hospital para la detección de nuevos casos.

En el campo dermatológico, los neurofibromas pequeños se están tratando con métodos no quirúrgicos, como la vaporización de láser de CO2, que mejora el aspecto estético. En EE.UU., además, se están iniciando ensayos clínicos en afectados que

presentan neurofibromas plexiformes con buenas perspectivas.

M.E.: ¿Cuáles son sus principales demandas a la Administración?

T.J.: Pedimos, en primer lugar, que se invierta en la investigación de las Neurofibromatosis. En 2005 nuestra Asociación recogió más de 90.000 firmas que fueron presentadas al Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, solicitando la creación de Centros de Referencia de NF, dotados de médicos especialistas donde puedan acudir todos los afectados para que reciban la debida atención, como así ocurre con otras patologías. Por último creemos importante una campaña de concienciación social en la que se haga hincapié en la situación en la que nos encontramos y en lo mucho que queda por hacer.



José María Martínez García*

Planes de retribución

El empleado que tiene dificultades para llegar a fin de mes no le dará una gran importancia al hecho de realizar un trabajo creativo, si no tiene una recompensa adecuada.

La empresa sanitaria que comprende y que asume los factores de motivación de los diferentes colectivos que la componen, está en situación de actuar sobre ellos (es una regla de calidad que, antes de actuar, hay que medir). La empresa preocupada por la motivación de sus empleados (directivos, mandos intermedios y trabajadores), buscará para cada uno de ellos, el factor de motivación que se adapte a sus aspiraciones, y que haga coincidir el objetivo de la empresa con el de sus empleados.

En los últimos años estas medidas de motivación de los empleados han girado en torno a la remuneración variable, o por objetivos. Este sistema de remuneración permite transmitir la idea de que propiedad y empleados “estamos en el mismo barco”, y recibiremos un beneficio o pérdida relativa, que será proporcional a los resultados de la empresa en el mercado.

Existen multitud de fórmulas para establecerlas, pero todas ellas se pueden dividir en dos grandes grupos: los planes de retribución a corto plazo y los planes a largo.

Planes discrecionales o ‘bonus’

Estos planes suelen recompensar un desempeño extraordinario, o innovaciones aportadas en un momento dado, que incrementan el beneficio, la productividad, la reducción de costes, etc. No tienen una fórmula previa, y su importe es determinado en función del valor que la empresa da a la aportación del empleado. Este sistema tiene dos claras desventajas: por un lado su carácter discrecional puede ha-

cer que un “bonus” mal empleado, sea interpretado como una arbitrariedad. Esto se da frecuentemente en diversas clínicas privadas españolas. Por otro lado no orienta al desempeño, al ser posterior a él.

Fórmula de incentivos

Es un sistema que asigna a cada participante un importe, o un porcentaje variable, por haber logrado un cierto número de objetivos, definidos de forma individual y referidos a un ejercicio o período de tiempo dado, que están en sincronía con la estrategia de la empresa. Las fórmulas pueden ser de todo tipo, aunque las más frecuentes son las que establecen umbrales de desempeño para los

objetivos que influyen en la retribución, que limitan el monto variable de ésta, y permiten controlar mejor la previsión presupuestaria de la empresa. Este sistema no es fijado discrecionalmente, ya que sigue una fórmula prefijada, y está orientado al desempeño, en la medida que se define y transmite a los empleados en qué consisten los objetivos estratégicos de la empresa.

En los últimos años las medidas de motivación de los empleados han girado en torno a la remuneración variable o por objetivos

Participación en beneficios (‘profit sharing’)

Bajo esta modalidad se recompensa a los empleados de una empresa por el logro de un determinado nivel de beneficios, en un período de tiempo concreto. Los sistemas de participación en beneficios pueden dividirse, según el momento de la bonificación, en “cash plans”, cuando la percepción es periódica, o en “deferred plans”, cuando la

percepción se recibe al final de la vida laboral, lográndose así la fidelización de los empleados.

Mejoras en productividad ('gainsharing')

Bajo esta modalidad se comparten con los empleados los ahorros en costes, o mejoras en la productividad, o en la calidad. Al condicionar la retribución a la consecución de estos logros, existe la posibilidad de financiar el sobrecoste que representa la retribución. Por otro lado, puede ser difícil determinar la contribución de cada empleado en el logro o consecución de los objetivos.

Retribución por objetivos de grupo ('goalsharing')

La retribución está aquí ligada a la consecución de determinados objetivos de grupo. La diferencia con el "profit sharing" estriba en que aquí el objetivo no es sólo el beneficio, sino también la calidad y la productividad. Ejemplos de objetivos, en este caso, son: el absentismo, la consecución de hitos en proyectos, la capacidad de producción, la reducción de costes, el aumento de facturación, etcétera.

La fórmula de incentivos es un sistema que asigna a cada participante un porcentaje por haber logrado ciertos objetivos

Polinomio retributivo

Bajo este sistema se diseña una fórmula en la que se incluyen los factores que van a condicionar la retribución de una persona. Los planes de retribución a largo plazo están relacionados con los objetivos globales de la empresa, por lo que su aplicación es muy eficaz en los niveles directivos pero, a medida que se desciende en el nivel organizativo, su utilidad disminuye, ya que es progresivamente más difícil correlacionar los objetivos individuales con los estratégicos. Los planes de retribución a largo plazo más utilizados son las fórmulas de fidelización basadas en el capital, así como los planes de entrega de acciones y la concesión de opciones sobre acciones. ■

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

Impulso a las tecnologías de la salud

María José Rubio, consejera de Sanidad de Galicia, participa en las conferencias de la Fundación Bamberg

La Fundación Bamberg ha iniciado el nuevo curso con un ciclo de conferencias sobre innovación y gestión sanitaria, que se estrena con la conferencia

Innovaciones en la gestión para la sostenibilidad del SNS, que impartió la consejera de Sanidad gallega, María José Rubio.

La Fundación Bamberg, que tiene por objeto el impulso a las tecnologías de la salud, pretende ser una plataforma de relación entre los profesionales, los centros asistenciales, las empresas farmacéuticas y biotecnológicas, y en definitiva, entre todos los agentes sociales implicados.

Los Encuentros de la Fundación Bamberg, organizados por Ignacio Para Rodríguez-Santana, secretario general de la Fundación, son un medio más para la relación entre los profesionales, que demandan y aplican la tecnología participando en la investigación clínica, las instituciones y las empresas, que desarrollan la investigación aplicada y comercializan los productos resultantes, poniéndolos al alcance de los profesionales para el beneficio de los ciudadanos.

El primero de los Encuentros con el que se iniciaba el ciclo sobre innovación y gestión sanitaria tuvo como protagonista a la consejera de sanidad gallega, María José Rubio que analizó las innovaciones en la gestión para la sostenibilidad del Servicio Nacional de Salud.



Ignacio Para y María José Rubio en un momento del acto.

Entre los asistentes cabe destacar a Miguel Isla, director de Pfizer; Alberto de Rosa, director general de Ribera Salud; Julián García Vargas, ex ministro de Sanidad y presidente de Aesdem; Alfredo Millazo, presidente del Colegio de Médicos de La Rioja; José Ramón Luis Yagüe en representación de Farmaindustria; Antón Alonso, del Hospital Pío XII; Lola Ruiz, directora de estrategia de HP; Pablo Petri, gerente de Microsoft; Juan Albert, director médico de ASISA, entre otros. ■



Elisa Herrera Fernández*

El Reglamento EMAS: diferencias con la ISO 14001

Tratamos las diferencias entre las normas ISO 14001 y el Reglamento EMAS para que cada clínica pueda identificar cuál de las dos le resulta más adecuada.

Pregunta: ¿Qué requisitos exige el EMAS que no son recogidos específicamente por las normas ISO 14000?

Respuesta: Podemos hablar de varios aspectos. El EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) es más exigente en este punto que la ISO 14001 ya que indica que la política obligatoriamente debe implicar la reducción del impacto medioambiental. La norma ISO 14001 sin embargo es mucho más flexible, pues basta con considerar en la política un compromiso de mejora continua y de prevención de la contaminación.

1. El EMAS requiere la realización de una revisión medioambiental inicial del centro de todos los puntos de mismos, mientras que la ISO 14001 sólo recomienda realizar dicha revisión inicial únicamente en organizaciones que carezcan de cualquier herramienta de gestión medioambiental.

2. El EMAS utiliza el término “auditoría medioambiental”. La ISO 14001 utiliza el término “auditoría del sistema de gestión medioambiental”.

3. El EMAS indica que las auditorías o ciclos de auditorías deberán realizarse a intervalos no superiores a tres años, mientras que la ISO 14001 no indica la frecuencia de las auditorías.

4. El EMAS hace referencia explícita a la comunicación externa con las autoridades públicas, el público y los clientes. La ISO 14001 hace referencia a los requisitos para la comunicación de la organización, aunque no indica expresamente la necesidad de establecer vías de comunicación con las autoridades, público y clientes.

P ¿Qué requisitos exige el EMAS y que no contempla en absoluto las normas ISO 14000?

R 1. El EMAS exige la realización de una “Declaración medioambiental”, como método de comunicación externa. La ISO 14001 incluye un apartado dedicado a la comunicación (apartado 4.4.3) en el que se indica únicamente que la empresa debe considerar procesos para sus comunicaciones externas pero no establece ningún requisito.

2. El EMAS (artículos 3.g, 4 y anexo III) exige la verificación del sistema de gestión medioambiental y la validación de la declaración medioambiental de una parte externa denominada “verificador medioambiental acreditado”. Es decir, las auditorías deben ser realizadas por los “verificadores ambientales”, que a su vez han de estar acreditados. El Reglamento EMAS establece que los Estados miembros designarán los organismos encargados de la acreditación de los verificadores medioambientales. En España, dicha competencia recae en las comunidades autónomas, las cuales deberán designar dichos organismos. Así, el organismo competente en la actualidad es la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC). La ISO 14001 por el contrario, sólo indica que las auditorías deben ser realizadas por personal imparcial y objetivo, sin exigir a los auditores ningún tipo de acreditación.

Podemos concluir que, es evidente que la ISO 14001 es más flexible y menos exigente que el EMAS, por ello la recomendación es que la clínica comience implantado el sistema de gestión ambiental ISO, para *a posteriori* encaminar sus pasos hacia una fórmula más ambiciosa, la establecida en el Reglamento EMAS. ■

La sección Consultoría-Gestión de Calidad está a cargo de **Elisa Herrera Fernández**, experta jurídica en Derecho Ambiental
Para contactar: elisa.herrera@orange.es.

La OMC inaugura su residencia de mayores en Guadalajara con un homenaje al doctor Teodoro Sacristán

Los Príncipes de Asturias inauguraron en Guadalajara la Residencia Siglo XXI 'Doctor Sacristán', dependiente de la Organización Médica Colegial, un centro que albergará a más de 200 personas de la tercera edad, principalmente médicos jubilados. El acto fue un sincero homenaje a Teodoro Sacristán, quien se ha responsabilizado de la Tesorería de la OMC en los últimos veintiocho años y en cuyo honor se ha dado nombre a la residencia.

Antes de la llegada de los Príncipes de Asturias, Isacio Siguero, presidente de la OMC, comenzó el homenaje a la larga trayectoria profesional y dedicación del doctor Teodoro Sacristán Alonso, tesorero de la OMC y miembro de la Junta de Patronos de la Fundación de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias. Precisamente la residencia se ubica en las instalaciones del antiguo colegio "Duque del Infantado", perteneciente a esta Fundación y al que Sacristán dedicó todos sus esfuerzos. Siguero agradeció con un abrazo el impulso del doctor a la hora de llevar a cabo este proyecto "que pretende dar cobertura al colectivo médico también después de la jubilación y proporcionar a los mayores la asistencia socio-sanitaria que merecen". Tras el descubrimiento del busto del doctor, éste dirigió un emotivo discurso.

La residencia de mayores dispone de 203 plazas de las que 51 están en habitaciones individuales. Situada en pleno casco urbano, cuenta con las más modernas tecnologías. Entre los servicios que se ofrecen destacan el servicio médico y de enfermería 24 horas con especialistas en geriatría, departamento de psicología, fisioterapia y terapia ocupacional, depósito de farmacia, gimnasio para rehabilitación y mantenimiento, peluquería, podología, ca-

fertería, biblioteca, salas de estar, aula de Internet, invernadero así como servicio de cocinas propio, lo que le permite ofrecer la atención adecuada a residentes que necesitan dietas especiales, con menús confeccionados por el equipo médico.

Entre los asistentes al acto de inauguración, y junto con los miembros de la Comisión Permanente de la OMC



Don Felipe descubrió el busto de Teodoro Sacristán durante la inauguración.

presidida por Isacio Siguero, figuraban José María Barreda, presidente de la Junta de Castilla-La Mancha; Bernat Soria, ministro de Sanidad y Consumo; Máximo Díaz Cano, delegado del Gobierno en Castilla-La Mancha; Antonio Román Jasanada, alcalde de Guadalajara; Consuelo Sánchez Naran-

jo, subsecretaria de Sanidad y José Martínez Olmos, secretario general del Ministerio de Sanidad, entre otras autoridades.

El presidente de la OMC, Isacio Siguero, agradeció el respaldo de la Corona en este acto, y dijo de ella que es un símbolo de "unidad, libertad y solidaridad entre todos los españoles", un valor esencial, y garantía de unidad.

Así mismo recordó que el Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias nació en 1917, y que gracias a la cesión de unos terrenos por parte de Alfonso XIII, en 1928, hoy es posible esta residencia. ■

Consultoría

Normativa



Ofelia de Lorenzo*

Alquiler de vivienda e instrucciones previas

Cuestiones que se refieren a la impugnación de la filiación paterna y materna y al pago de los gastos de abogado por parte de la aseguradora.

Pregunta: *¿Tienen los médicos de Atención Primaria la obligación de atender a un detenido que es conducido por la policía al objeto de efectuar parte de lesiones?*

Respuesta: No. Porque la asistencia al detenido es un derecho de éste y no de la policía, que siempre deberá venir acompañado de una solicitud expresa del propio detenido que quiere ser reconocido sin que sea válida la solicitud a través de los agentes.

P Me encuentro en trámite de alquilar una vivienda, ¿existe alguna obligación legal en cuanto a la duración del contrato de alquiler?

R En principio no existe ninguna obligación legal en cuanto a la duración mínima que debe tener un contrato de arrendamiento sino que ésta será la que libremente establezcan las partes, así se encuentra recogido en la Ley 29/1994 de 24 de noviembre de Arrendamientos Urbanos. No obstante, la citada Ley establece que para aquellos contratos en los que las partes no hayan establecido de forma expresa la duración del contrato se entenderán celebrados por un tiempo mínimo de un año.

Igualmente cabe señalar que lo que sí se establece de forma expresa en la Ley 29/1994 es que en los casos en los que la duración del contrato fuese menor de cinco años, tanto si se pacta de forma expresa como en los casos en los que no se pacte, llegado el día del vencimiento del contrato, éste se prorrogará obligatoriamente por plazos anuales hasta que el arrendamiento alcance una duración mínima de cinco años, siempre y cuando el arren-

datario no comunique con 30 días de antelación su intención de no prorrogar el contrato de arrendamiento.

En cuanto a este derecho de prórroga anual, señalar que el mismo se configura como un claro beneficio a favor del arrendatario, el cual y de forma facultativa podrá ejercer ese derecho mientras que al arrendador no le quedara más remedio que someterse a la decisión de prórroga anual adoptada por el arrendatario. No obstante, la ley establece un límite a este derecho de prórroga anual, es decir no procederá la prórroga obligatoria del contrato cuando al tiempo de su celebración se haga constar en el mismo, de forma expresa, la necesidad para el arrendador de ocupar la vivienda arrendada antes del transcurso de cinco años para destinarla a vivienda permanente para sí.

P ¿Cuáles son los requisitos que impone el ordenamiento jurídico para la revocación de las instrucciones previas?

R Para la revocación de las instrucciones previas se exigen los mismos requisitos que para su originario otorgamiento: el paciente debe estar gozando de plena capacidad y hacerlo libremente. Debe dejarse constancia escrita de la revocación, con las mismas formalidades que las exigidas para el otorgamiento, pues concurren las mismas razones de seguridad jurídica para garantizar la validez de esta manifestación de voluntad. El contenido de la revocación puede afectar a lo que a su vez había sido objeto de las instrucciones previas, por lo tanto puede dejar sin efecto las instrucciones sobre los cuidados o tratamiento médico, o la disposición de órganos, así como la designación del representante.

Consultoría

Normativa

P ¿Es responsabilidad del médico la custodia de la historia clínica del paciente?

R No, cuando trabaje en un centro. En estos casos “la custodia de las historias clínicas está bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario”. Sin embargo, cuando desarrollen su actividad de manera individual, sí serán responsables de la gestión y de la custodia de la misma. Así se refleja en el artículo 17.4 Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

P ¿En qué consiste la impugnación de la filiación paterna y materna y qué plazos establece la ley para ejercitarla? ¿Puede el hijo impugnar la filiación directamente?

R La impugnación de la filiación se encuentra regulada en nuestro Código Civil, en los artículos 136 y siguientes. Efectivamente la ley establece que el marido podrá ejercitar la acción de impugnación de la paternidad, en el plazo de un año contado desde la inscripción en el Registro Civil, no obstante señalar que este plazo sólo empezará a contar a partir del momento en que se tenga conocimiento del nacimiento. Asimismo la ley contempla la posibilidad de que en los casos en los que el marido falleciera antes de transcurrir dicho plazo la acción de impugnación podrá ser ejercitada por cualquiera de sus herederos. En los casos en los que el marido hubiera fallecido sin conocer el nacimiento, el año se contará desde que hubiera tenido conocimiento el heredero.

La madre puede ejercer esta acción justificando que se ha producido la suposición de parto o que no es cierta la identidad del hijo. En cuanto al hijo, en términos generales, puede impugnar la paternidad durante el año siguiente a la inscripción en el Registro, pero si es menor de edad el plazo comenzará a contar cuando alcance la mayoría de edad.

P La compañía que asegura mi responsabilidad civil ha rehusado hacerse cargo de los gastos del abogado que designé para mi defensa en un juicio, pese a que según la póliza tengo cubiertos los gastos de defensa. ¿Puede hacerlo?

El conflicto de intereses puede plantearse en todos los casos en que el interés del asegurado no coincide con el del asegurador, ya sea en relación con el reconocimiento de responsabilidad, con los recursos que pueden plantearse contra una resolución, o incluso con la desconfianza (fundada en razones objetivas) hacia el letrado designado por la aseguradora.

El derecho de defensa consagrado en el artículo 24 de la Constitución exige que la persona frente a la que se ejercita una acción de responsabilidad penal pueda designar libremente un abogado de su confianza.

En conclusión, si en el marco de su seguro de responsabilidad civil procedió usted a designar abogado de su confianza sin ponerlo en conocimiento de su aseguradora ni alegar conflicto de intereses, la compañía está legitimada para rehusar hacerse cargo de los gastos de defensa.

P Hace dos años me divorcé de mi marido. En la actualidad mi ex esposo pretende suprimir la pensión alimenticia de mi hija que le corresponde pagar por mandato del juez. Alega que en la actualidad ésta ha cumplido la mayoría de edad y que por lo tanto puede trabajar y ser económicamente independiente. Pueden suprimirme la cantidad que en juicio se estableció para la alimentación de mi hija?

R En la actualidad no resulta razón suficiente la mayoría de edad alcanzada por los hijos comunes para la supresión o reducción de la pensión alimenticia establecida en el convenio regulador, si bien sí resultaría posible si en el momento en que se establecieron las cantidades a pagar por su ex marido, éste se encontraba en una situación económica ostensiblemente diferente a la actual, de forma que sería posible que efectivamente se valorase una modificación del convenio regulador y consecuentemente una reducción de la pensión alimenticia. Sin embargo y en el caso de no ser ésta la situación actual, no se admitirán las pretensiones de su ex cónyuge, teniendo en cuenta que su hija aún vive en el hogar familiar y carece de recursos económicos propios. ■

La sección Consultoría-Normativa está a cargo de **Ofelia De Lorenzo Aparici**, socio del despacho De Lorenzo Abogados y directora del Área Jurídico Contenciosa. Para contactar: odlorenzo@delorenzoabogados.es.

La coordinación entre AP y especialistas

Varios médicos y

No es fácil coordinar la asistencia a un paciente cuando ha de pasar por varios profesionales entre médicos de Atención Primaria y especialistas.

He aquí unos cuantos consejos para “mantener la línea abierta” y lograr una mejor atención al paciente.

Por Anita J. Slomski





un solo paciente

A pesar de que los seminarios, libros, líderes mundiales, y nuestros cónyuges nos animan a ser mejores comunicadores, desgraciadamente, la vida real pone a prueba nuestras buenas intenciones de interacción directa y significativa. En Medicina, la comunicación entre médicos de Atención Primaria y especialistas parece particularmente complicada en días atareados y con demasiado trabajo.

He aquí un ejemplo de la ruptura de dicha comunicación: Beth Pector, médico de familia, hace referencia a las cartas de especialistas “recomendando” una prueba para un paciente que ella ha derivado a sus consultas. “¿Significa eso que ellos solicitan la prueba o que esperan que yo la solicite?”, pregunta la doctora de medicina privada de Naperville, Illinois.

“Únicamente me gustaría que dijese claramente qué pretenden hacer con el paciente”.

Parece razonable. Sin embargo, Robert P. Schwartz, jefe de Endocrinología Pediátrica de la Escuela Universitaria de Medicina Wake Forest, en Winston-Salem, Carolina del Norte, señala que el 50 por ciento de especialistas pediátricos reciben pacientes derivados de pediatras generales sin absolutamente ninguna información sobre éstos que los acompañen. “Tenemos un vacío de comunicación desde el primer momento”, dice.

Cuando la comunicación entre los médicos es inadecuada, tanto los generalistas como los especialistas están de acuerdo en que es el paciente quien lo sufre. “Si podemos comunicarnos mejor, evitaremos asistencia fragmentada, duplicado de pruebas, errores médicos e insatisfacción entre pacientes que se preguntan por qué sus doctores no pueden transmitirse la información entre ellos mismos”, dice Schwartz. La cardióloga Ann R. Davis, también de Naperville, Illinois, añade: “Todos tenemos la meta común de curar a gente enferma, así que cuanto más nos comuniquemos, más fácil será ayudar a nuestros pacientes”.

Establezca las vías preferentes de comunicación

Antes de enviar su primer paciente a un nuevo especialista, intercambien sus números de teléfono privados y pregunte al facultativo si prefiere el teléfono, e-mail, o alguna otra forma de contacto. Recuérdelo después, dice Christopher J. Stille, profesor de pediatría en la Escuela Universitaria de Medicina de Massachusetts, en Worcester.

Los especialistas deberían hacer lo mismo. “Después de ver al primer paciente que un médico de Atención Primaria le deriva, el especialista debería descolgar el teléfono y preguntar al generalista cómo quiere recibir el informe de la consulta”, dice Judy Bee, actual asesora de gerencia en La Jolla, California. Generalmente una carta es suficiente, a menos que el especialista pretenda ingresar al paciente o comenzar el tratamiento inmediatamente. En ese caso, es razonable que el médico de Atención Primaria espere una llamada del especialista, y una llamada de cortesía del personal del especialista informándole del número de habitación del paciente. “Sé de médicos de Atención Primaria que han acudido a la habitación de un hospital para ver al paciente de la cama A, y descubren que el paciente de la cama B también es paciente suyo, que el especialista ha ingresado sin que ellos lo sepan”, apunta Bee.

Asegúrese también de que su contestador automático no obstaculiza la comunicación entre su despacho y el del especialista. Si usted usa uno, éste debería ofrecer una opción al principio del menú para que los facultativos y los hospitales contacten con cada paciente.

Aporte al especialista lo que necesita

Haga su solicitud de derivación explícita para evitar una mala comunicación que frustra y malgasta tiempo. Cuando la doctora de familia Beth Pector deriva un

Puntos clave

- Pregunte al facultativo al que deriva a su paciente cómo prefiere ponerse en contacto con usted.
- Desarrolle un formulario que aporte instrucciones claras al especialista.
- El formulario de derivación debería especificar quién se responsabiliza del manejo del paciente.
- Ante cualquier duda sobre el seguimiento del paciente, coja el teléfono y llame al especialista.

paciente, envía al especialista el motivo concreto: un breve historial médico (que es lo que se ha intentado y no funcionó, alergias del paciente, cirugías y medicación), lo que quiere lograr con la consulta y quién se responsabilizará del manejo del paciente. Tampoco es mala idea hacer una lista tanto con las preguntas que usted quiere que le contesten, como con las que el paciente tenga.

«Ser el intermediario entre el especialista y el paciente, sitúa a los médicos de Atención Primaria en una posición incómoda y potencialmente peligrosa»

— *Judy Bee, Asesora, La Jolla, California*

Y por supuesto, debería proporcionar al especialista los resultados de laboratorio y los documentos médicos pertinentes. “No en pocas ocasiones, un paciente me dirá que se hizo las pruebas de laboratorio hace dos días, sin embargo el médico de Primaria no me mandó los resultados”, dice el pediatra endocrino Robert Schwartz. “Así que tengo que llamar al despacho del facultativo y batallar con el contestador automático para conseguir lo que necesito”. Para casos menos directos” añade Schwartz, “sería maravilloso recibir una nota declarando sus preocupaciones y preguntas. También me gustaría saber si el facultativo de Atención Primaria piensa que el problema es lo suficientemente urgente para que el paciente sea atendido esta semana, o puede esperar un poco”. Los especialistas también agradecen recibir advertencias de que el paciente que usted está derivando necesita tiempo extra, dice Bee.

Para hacer más eficiente la derivación, desarrolle un impreso que le permita proporcionar información e indicaciones claras al especialista. Los formularios que usted usa para fisioterapia o para las resonancias magnéticas son buenos modelos, ya que requieren que el facultativo escriba instrucciones explícitas. Además, si el personal cua-

lificado puede rellenarlos y transmitirlos, usted se habrá ahorrado algo de tiempo.

Con un alto índice de ausencia en su clínica (25 por ciento), Schwartz dice que desearía que más médicos comunicasen a sus pacientes la importancia de que un especialista los viese y las razones concretas por las que se les deriva.

Aumente la probabilidad de éxito; mande por fax el informe de derivación

Cuando los médicos de Atención Primaria se quejan de que nunca reciben un informe del especialista, puede que el paciente no haya acudido a la cita, o que nunca la pidiera. “Pero si usted envía por fax la derivación en vez de confiar en que el paciente la lleve en mano, es responsabilidad del especialista informar al facultativo que lo deriva, que el paciente no ha llegado hasta el final”, afirma la asesora Judy Bee.

Además, en algunos casos es más probable que este protocolo dé como resultado que el paciente pida la cita. “Mirando atrás”, dice Pector “hubiera sido mejor mandar las cartas de derivación de mis pacientes más complicados directamente al especialista en vez de que ellos las llevarsen en mano. Si mi paciente lee una larga carta resumiendo tres años de seguimiento de un caso de dolor complicado, puede no pedir la cita, ya que la carta hace que parezca tan enfermo o ansioso de medicamentos que puede pensar que el especialista no querrá tratarlo”.

Esto también puede reducir la frustración del facultativo de Atención Primaria. “Resumir en una carta de referencia cómo he tratado a un paciente con un caso



Es recomendable hacer informes para hacer más eficiente la derivación de los pacientes.

complicado en los últimos tres años puede llevarme una o dos horas. Si el paciente no llega hasta el final, he malgastado mi tiempo totalmente,” afirma Pector.



En caso de duda, utilice el teléfono

Muchos especialistas recomiendan que los facultativos que derivan los llamen, tanto si necesitan inmediatamente la opinión de un especialista, como si no estaban completamente seguros de derivar. “La pregunta de un médico de Atención Primaria nunca es tonta o inapropiada,



La clave para mejorar la comunicación entre profesionales es el respeto mutuo, lo que mejorará también la atención al paciente.

ya que todas las preguntas contribuyen al cuidado del paciente”, dice la cardióloga Ann David. “Si los especialistas llegamos al punto de estar demasiado ocupados para contestar las llamadas de los médicos que derivan, deberíamos preguntarnos por qué nos hicimos doctores.”

Las llamadas de los médicos reducen derivaciones innecesarias, dice Schwartz, el cual generalmente recibe de 5 a 10 llamadas breves para ofrecer su opinión sobre si necesita ver al paciente, o el médico de Primaria puede manejar la situación.

“Estamos saturando nuestros centros de especialidades con pacientes que tienen desórdenes rutinarios y comunes,” comenta Schwartz. “Los médicos de AP que solían tratar a pacientes con estreñimiento, dolor de cabeza, obesidad e infecciones urinarias comunes, ahora los envían a los especialistas”.

No obstante, generalmente los médicos de Atención Primaria no quieren al paciente de vuelta, una vez que un problema crónico está bajo control. “Es necesario que yo trate a un niño con hipotiroidismo congénito durante los primeros años de su vida, sin embargo muchos médicos son reticentes a recibir al niño de nuevo una vez que se ha hecho mayor,” mantiene Schwartz. Establecer pautas de derivación reducirá la lista de espera de pacientes verdaderamente enfermos que requieren cuidados especiales, según Schwartz,

pero también lo harán las llamadas breves entre médicos de AP y especialistas. “Disfruto con esas llamadas”, apunta.

“No entendí lo que me dijo el especialista”

Ésta es una situación demasiado común: su paciente le llama y se queja de que no entendió ninguna de las recomendaciones del especialista. El doctor pasó la consulta muy rápido, dice, y ahora quiere su opinión sobre qué es lo que debería hacer. Además, usted todavía no ha recibido el informe del especialista. En el pasado, la médico de familia Beth Pector hubiera llamado al especialista y le hubiera pedido que le describiese su plan de tratamiento, el cual después ella comunicaría al paciente. “Pero eso para mí suponía perder media hora de mi tiempo”, explica. En la actualidad, intento dar capacidad de decisión al paciente para que vuelva al especialista”

Ser el intermediario entre el paciente y el especialista sitúa al médico de Atención Primaria en una posición incómoda y potencialmente peligrosa, recuerda Judy Bee. “Dígale al paciente: “Siento que esto ocurriera, pero es necesario que la información venga directamente del especialista”, apunta Bee. Después llame al especialista y pídale a alguien de su despacho que llame al paciente y le explique el diagnóstico y el plan terapéutico. Una manera de empujar al especialista a tomarse tiempo en revisar todas las inquietudes del paciente, es escribirlas directamente

en el formulario de derivación, aconseja el profesor Christopher Stille.

Ésta es una situación demasiado común: su paciente le llama y se queja de que no entendió ninguna de las recomendaciones del especialista

Quéjese... pero amablemente

Si a pesar de sus esfuerzos la comunicación con ciertos especialistas continúa frustrándole a usted y a sus pacientes, no hay razón por la que no debería hacer frente de forma cordial a estos doctores. “Realmente valoro lo que hace por mis pacientes, pero creo que podríamos co-

municarnos mejor”, es un enfoque respetuoso, aconseja Judy Bee. “Sin duda esperarí­a que los médicos de Atención Primaria me llamaran si hubiera problemas con nuestra comunicación”, conviene Davis, que ejerce en un grupo de 55 cardiólogos. “¿De qué otra manera sabrí­a yo que podrí­a comunicarme mejor si no me lo indican?”

Para Beth Pector, la clave para mejorar la comunicación viene a ser el respeto mutuo. “De la misma manera que yo respeto el tiempo de los especialistas sin insistir en que cada llamada que les hago es urgente, si los especialistas respetan a los médicos de Atención Primaria proporcionando información, educándonos y apreciando lo que hacemos por los pacientes, se avanzará un gran trecho en el fortalecimiento de la comunicación”, explica. Bee añade: “Los especialistas de éxito son conscientes de que hacer un buen trabajo manteniendo informados a los facultativos y a los pacientes, es la forma de que los médicos de Atención Primaria les proporcionen un negocio considerable”.

Para hacer más eficiente la atención al paciente desarrolle un informe con instrucciones claras para el especialista

Efectivamente, la buena comunicación conlleva algo de tiempo extra, añade Bee, pero si usted no tiene tiempo para hacerlo bien la primera vez, ¿cómo va a tener tiempo para hacerlo una y otra vez?”

Los pacientes ‘desaparecían’

La profundidad de las barreras de comunicación entre los médicos de AP y los especialistas es evidente, según las conclusiones de un estudio dirigido por Christopher J. Stille, profesor de pediatría en la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts en Worcester.

Cuando Stille ejercía la medicina privada, lo frustraba frecuentemente el hecho de que algunos de sus pacientes parecían haber “desaparecido en un agujero negro” después de haberlos derivado al especialista. A menudo tenía que confiar en que los padres le transmitieran el diagnóstico y recomendaciones del especialista, ya que nunca recibía un informe.

“En muchos casos, el método de comunicación no funcionaba en absoluto, especialmente para niños que necesitaban un cuidado complejo”, afirma el profesor. Así que llevó a cabo un estudio de médicos de AP y especialistas



Todas las pruebas realizadas al paciente deben estar reflejadas en su historial clínico.

para aclarar por qué. Una conclusión relevante fue que ambos médicos tienen percepciones muy diferentes sobre la existencia de un problema de comunicación. Aunque los especialistas dijeron ser contactados por los médicos de AP en menor medida que los de AP dijeron serlo por los especialistas, el 40 por ciento de los médicos de AP afirmaron que no recibían la información correcta o suficiente, frente al 28 por ciento de los especialistas.

En un estudio relacionado, publicado en *Ambulatory Pediatrics* en 2003, se utilizaron grupos de enfoque para examinar los canales de comunicación entre Primaria y especialistas. “Los médicos que derivaban querían que los especialistas contestaran a sus preguntas, que les proporcionaran un plan de tratamiento explícito y que especificaran quién era responsable de llevarlo a cabo, y querían una formación breve sobre la enfermedad del paciente,” dice Stille. Sin embargo, los especialistas pensaban que en general eran adecuados tanto cualquier información sobre el paciente que recibiesen de parte del médico de AP, como el motivo de la derivación (aunque fueran unas pocas frases).

No obstante, los especialistas también mencionaban repetidamente que querían saber cuáles eran las preguntas de los médicos que derivaban, querían resultados de laboratorio pertinentes, y estaban de acuerdo en que la división de responsabilidad debía ser explícita”, afirma Stille. ■



Comunicación entre niveles: un asunto de cooperación

Luis Aguilera García
Presidente de la semFYC

El novelista Julio Verne nos relataba, anticipándose a su tiempo, los pasos que daría el ser humano en su desarrollo hacia la comunicación de lugares inaccesibles. Sin embargo, no ha habido autores que hayan podido vaticinar el verdadero desarrollo que está produciéndose en el universo de las comunicaciones humanas. El camino hacia los teléfonos móviles y el correo electrónico no había sido predicho. Estos revolucionarios instrumentos, que ahora consideramos tan imprescindibles pero que eran insospechados por nosotros hasta hace poco más de una década, están facilitando extraordinarios avances en múltiples campos del conocimiento. Sin embargo, a pesar de su uso tan extendido y común, hoy no dejamos de preguntarnos si realmente los utilizamos para mejorar el entendimiento entre las personas.

Los aspectos comunicacionales que permiten el entendimiento interpersonal adquieren especial relevancia en nuestro ámbito, el sanitario, en el que nuestras actuaciones, individuales y colectivas, tienen como objetivo la salud de los pacientes. Centrarnos en mejorar la calidad de vida de unos y otros, a veces implica algo más que saber de medicinas o de enfermedades. La relevancia que la comunicación tiene en nuestro trabajo y en la salud de nuestros pacientes, pasa por dos vertientes estrechamente relacionadas. La primera, y principal, con el pa-

ciente. La segunda, no menos importante, con el resto de especialistas que interactúan con él.

Con relación a la primera, sabemos que, hoy en día, el modelo de comunicación centrado en el paciente es uno de los criterios de calidad de cualquier sistema sanitario que se precie. Ha demostrado que la mejoría de la efectividad del acto médico, de la satisfacción de los pacientes y de los resultados clínicos, se produce al incorporar el abordaje de las emociones, el entorno familiar y social del paciente y la toma de decisiones compartidas en el contexto de la relación clínica.

Continuidad asistencial

En cuanto a la segunda, somos bien conocedores de que los baches en la continuidad de cuidados a los ciudadanos, así como las dificultades en la coordinación entre niveles asistenciales, suponen uno de los problemas más persistentes de nuestro sistema sanitario. El reciente análisis realizado en el *Proyecto Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI* aborda especialmente este apartado, con el propósito de estimular cambios en las organizaciones de los centros de salud y del hospital que favorezcan la continuidad asistencial, así como de mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y de impulsar la gestión de los procesos asistenciales integrados. De este modo, la atención compartida se propone como la capacidad de articular una perfecta continuidad en los proce-

sos de atención, con independencia del lugar donde ésta se preste, y concentrando lo mas cerca del paciente los recursos necesarios. Pero el Proyecto AP21 concreta más y define algunas líneas de actuación (objetivos de salud y asistenciales comunes, sistema de información que permita compartir los resultados claves preservando la confidencialidad de los datos clínicos sensibles, gestionar desde los centros de salud las interconsultas con el hospital, favorecer ámbitos de encuentro que faciliten la relación formal e informal entre profesionales, potenciar la utilización de la historia clínica electrónica compartida para los dos niveles asistenciales previa definición de los contenidos comunes, prever los recursos necesarios para facilitar la comunicación entre profesionales y el flujo de la información clínica a través de soportes digitales entre el centro de salud y el hospital, impulsar el desarrollo de la telemedicina, utilizar indicadores comunes evaluables y comparables, etc.)

Para resolver los problemas que impiden ofrecer una atención de mayor calidad cuando en ésta intervienen varios niveles asistenciales, es imprescindible el concurso de las voluntades de profesionales y gestores que permitan el desarrollo de estas estrategias, pero son estos últimos los que pueden decidir su puesta en marcha y dar un paso adelante en los compromisos que han sido adquiridos por cada Servicio de Salud con este plan. ■



Los jueves de **S.P.A. Medical Economics**[®]

El Nuevo Rol del Profesional Médico

INTERVENDRÁN

Luis Munuera Martínez
Director de la Cátedra UAM-Pfizer de Innovación Docente

María Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud. Junta de Andalucía

Juan José Rodríguez Sendín
Secretario de la Organización Médica Colegial

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

Jueves, 22 de Noviembre de 2007, 19.30h

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

Con la colaboración de



ESTEVE

Lilly

NUTRICIA



sanofi aventis

La Salud es lo esencial

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

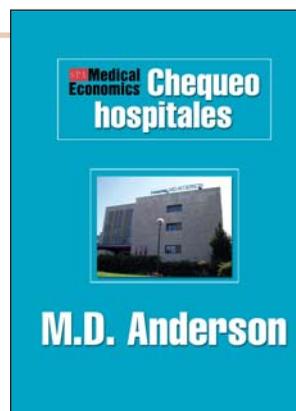
SPA Medical Economics **Chequeo
hospitales**



M.D. Anderson

Referencia mundial en investigación oncológica

El M.D. Anderson Cancer Center nació con la ambición de convertirse en el Centro Oncológico de referencia de España y también de Europa, basando su actividad en tres sólidos pilares: una atención personalizada a cada uno de los pacientes, un trabajo en equipo multidisciplinar y un constante esfuerzo en investigación e innovación.



Medical Economics

GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE

EDICIÓN ESPAÑOLA

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

Maquetación

Carlos González (coordinador)

A. Aparicio, C. Sanz, C. Vicent

Producción

José Luis Águeda Juárez

Administración

Ana García Panizo

Tel.: 91 500 20 77

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2007

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



IV 66 años de lucha contra el cáncer

El hospital de Houston cuenta con 16.000 personas de las que cerca del 10 por ciento son médicos, factura al año unos 2.500 millones de dólares (unos 1.830 millones de euros), de los que invierte en investigación el 18 por ciento.

VI Entrevista a Antonio de Oyarzábal Marchesi, presidente del M.D. Anderson International España

“Queremos mejorar y queremos ser el hospital oncológico de referencia europea y para Oriente Próximo, por lo que vamos a hacer otro centro, con la ayuda del Ayuntamiento de Madrid y de su alcalde, Alberto Ruiz-Gallardón”.

VIII Un centro oncológico monográfico de referencia mundial

El MD Anderson de Houston destina una gran parte de sus recursos (en torno al 18 por ciento) a la investigación e innovación, vital para que los tratamientos evolucionen al ritmo de los últimos descubrimientos

XI La inteligencia al servicio del paciente

El permanente contacto con el centro de Houston, lleva al MD Anderson de Madrid a establecer conexiones vía satélite y a utilizar las videoconferencias como una herramienta habitual.

XII Trabajo en equipo multidisciplinar

El trabajo multidisciplinar consiste en integrar la atención al paciente, la investigación y la educación como una unidad de actuación. Los profesionales sanitarios están organizados en grupos o unidades funcionales específicas, según los tipos de tumores.

XV Entrevista a Ramón Colomer i Bosch, director médico y de Investigación de M.D. Anderson International España

“Una de las dos premisas filosóficas fundamentales de nuestra institución es que la investigación tiene que integrarse en el quehacer diario para poder mejorar los resultados de los tratamientos que hacemos”.

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

PRESENTACIÓN

Haciendo historia del cáncer

En el frontispicio de toda manifestación externa de los centros oncológicos M.D. Anderson figura este lema, ya sea de forma explícita o implícita: Making cancer history. Tanto en el hospital de Houston como en el de Madrid. Ambos tienen la misma misión: eliminar el cáncer mediante la investigación, prevención, educación, y el tratamiento y cuidado multidisciplinar de los pacientes. Son las cuatro columnas sobre las que se sostiene una organización con 66 años de historia y en la que trabajan más de 16.000 personas, de las que cerca del 10 por ciento son médicos e investigadores.

En 1941 se inauguró el centro de Houston, sin ánimo de lucro y dependiente de la Universidad de Texas, donde trabajan una docena de médicos e investigadores españoles. Y 60 años más tarde abrió las puertas el de Madrid, que aplica los mismos protocolos y estándares de exigencia y calidad que su matriz. Así, la atención al paciente es personalizada y se realiza con enfoque multidisciplinar; los tratamientos se basan en los últimos descubrimientos que proporciona la investigación (básica y clínica) contra el cáncer, en la que el M.D. Anderson es referente mundial; y la formación del personal sanitario, tanto el de Enfermería como el de los especialistas, tiene lugar en el centro de Houston.

Nadie duda de que el M.D. Anderson Cancer Center es un hospital de referencia mundial. Y el de Madrid lo será en el ámbito europeo y mediterráneo cuando en 2013 se inauguren sus nuevas instalaciones. Será una verdadera ciudad contra el cáncer, a imagen y semejanza de su matriz americana.

DE HOUSTON A MADRID

66 años de lucha contra el cáncer

El reputado centro oncológico M.D. Anderson de Houston cuenta con unos 1.300 médicos y un presupuesto anual de 1.830 millones de euros. El centro M.D. Anderson de Madrid es referente del diagnóstico y tratamiento del cáncer en España y en Europa.



M.D. Anderson Cancer Center de Houston (Texas).



M.D. Anderson International España (Madrid).

A iniciativa de la Asamblea Legislativa de Texas, en 1941 se creó el Hospital M.D. Anderson para la Investigación del Cáncer de la Universidad de Texas, en reconocimiento de Monroe Dunaway Anderson (1873-1939), un banquero de Tennessee convertido en un importante comerciante de algodón en Houston, su ciudad adoptiva. Antes de morir, Monroe D. Anderson constituyó una fundación sin ánimo de lucro, cuyos directivos proporcionaron los terrenos donde se construyó el primer hospital M.D. Anderson y su centro de investigación. Ahí radica precisamente la clave de esta historia: en la investigación. En aquellos años las perspectivas de curación del cáncer eran poco prometedoras, pero la esperanza de que mediante la investigación se podría reducir dicho problema entre los tejanos y, posteriormente, en el resto del mundo, se convirtió en un reto.

En seguida vinieron, de la mano de los primeros investigadores científicos del centro, la publicación de los primeros trabajos en prestigiosas revistas, los primeros ensayos con fármacos anticancerosos, los programas de radioterapia y el crecimiento orgánico de la institución. En los años 60 y 70, bajo la presidencia (1946-1978) de R. Lee Clark, eminente cirujano e introductor del concepto de grupo de trabajo multidisciplinar, las actividades de atención médica, investigación y educación del ya denominado Hospital M.D. Anderson e Instituto de Investigación de Tumores de la Universidad de Texas aumentaron espectacularmente.

Su sucesor en el cargo, Charles A. LeMaistre, experimentado administrador de universidad y una celebridad en el estudio sobre los peligros del tabaco, dio al M.D. Anderson un impulso trascendental. Lo primero que hizo fue integrar en la institución la prevención del cáncer como una misión fundamental. Al final de su mandato (1978-1996), el centro atendía a más 300.000 pacientes.

En 1996, John Mendelsohn, un clínico y científico de reconocimiento internacional, se convertía en el tercer y actual presidente del rebautizado como M.D. Anderson Cancer Center de la Universidad de Texas. Con Mendelsohn, se amplió la colaboración entre científicos y clínicos, y la institución, la más importante de los *cancer center* en Estados Unidos y un centro oncológico de referencia mundial, desembarcó en España: en el año 2000 se inauguraba en Madrid el primer (y hasta ahora único) M.D. Anderson fuera de Estados Unidos.

El complejo de Houston cuenta con 16.000 personas de las que cerca del 10 por ciento son médicos, factura al año unos 2.500 millones de dólares (unos 1.830 millones de euros), de los que el 18 por ciento los invierte en investigación, y trata anualmente a unos 80.000 pacientes, el 3 por ciento extranjeros.

M.D. Anderson International España

El que M.D. Anderson Cancer Center de Houston eligiera España, y concretamente Madrid, para instalar un centro M.D. Anderson fuera de Estados Unidos se debe, en gran medida, a Antonio de Oyarzábal Marchesi, que fue emba-

jador en aquel país a finales de los 90, y hoy presidente de M.D. Anderson International España. Atendiendo a los resultados, la elección fue más que acertada. Pero los factores determinantes, según la dirección del M.D. Anderson de Houston, fueron: las facilidades encontradas para el desarrollo del proyecto, la excelente formación de los médicos españoles y el interés que la investigación oncológica despierta en la comunidad científica de nuestro país.

Con la ambición de convertirse en el centro oncológico de referencia de España y también de Europa, el centro M.D. Anderson España comenzó su andadura en mayo de hace siete años, en la antigua Policlínica Naval, sita en la madrileña calle de Arturo Soria, ocupando mil metros cuadrados. El pasado mes de marzo inauguró sus nuevas instalaciones, disponiendo ya todo el edificio de 17.000 metros cuadrados. Y para 2013 se prevé la apertura de un nuevo complejo hospitalario sobre una parcela de 70.000 metros cuadrados.

Con el objetivo de aplicar la idea del tratamiento integral y multidisciplinario del paciente oncológico, los médicos de la filial madrileña del M.D. Anderson están en continuo contacto con sus colegas de Houston, bien en reuniones personales o a través de Internet o por videoconferencia. Asimismo, tienen sus mismos estándares profesionales y aplican idénticos protocolos, a cuyo desarrollo contribuyen. De hecho, el centro madrileño ofrece una atención integral del cáncer (oncología médica, quirúrgica, radioterapia y cuidados paliativos), así como la aplicación de los últimos adelantos técnicos y científicos existentes en su matriz de Houston, y de las más modernas tecnologías de la información y comunicación.

Esa relación permite a los facultativos del M.D. Anderson de Madrid acceder directamente a los tratamientos y ensayos clínicos de sus colegas y equipos de investigación del centro de la capital tejana, lo que garantiza que el centro oncológico madrileño disponga del desarrollo necesario para ser un *cancer center* de referencia en Europa.

Pero no sólo de referencias vive el M.D. Anderson España. Su vocación es abrirse a todos los pacientes de este país (y del resto de Europa), mediante convenios y acuerdos de colaboración con los sistemas sanitarios públicos, entidades privadas y aseguradoras médicas. En ese sentido, está integrado en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid y presta servicios sanitarios a pacientes de algunas comunidades autónomas, como Castilla-La Mancha.

La labor que desarrolla el centro madrileño va más allá de la atención al paciente: se adentra en el campo de la investigación e innovación, a la que dedica una gran parte de los recursos, tanto humanos como económicos. De esta manera, los tratamientos evolucionan al ritmo de los últimos descubrimientos. El trabajo de los profesionales en Madrid sigue las mismas pautas que imperan en la casa matriz y, además, desarrollan sus propias líneas de investigación en cooperación con la comunidad científica española y europea. En ese entorno se enmarca el acuerdo firmado con el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, donde se desarrollan las investigaciones más punteras en el campo de oncología en España. ■

Para más información:

www.mdanderson.es • www.mdanderson.org

Hechos más significativos

- ▶ **1941:** Se crea en Houston el M.D. Anderson Cancer Center, dependiente de la Universidad de Texas.
- ▶ **1943:** El bioquímico Fritz Schlenk publica en la revista *Archivos de Bioquímica* el primer artículo de un miembro de M.D. Anderson, titulado *Ribósido de nicotinamida*.
- ▶ **1946:** Randolph Lee Clark, cirujano jefe, es nombrado primer presidente a tiempo completo. Introduce el concepto de grupo de trabajo multidisciplinar.
- ▶ **1948:** Gilbert H. Fletcher y Leonard G. Grimmer se convierten en los pioneros de la radioterapia. Diseñaron un prototipo de unidad de cobalto para investigar la radiación isotópica que desarrolló la Comisión de Energía Atómica de Estados Unidos.
- ▶ **1954:** La institución se traslada a un hospital de 234 camas, su emplazamiento definitivo.
- ▶ **1971:** M.D. Anderson es reconocido como uno de los tres primeros centros integrales de cáncer de Estados Unidos.
- ▶ **1978:** Charles A. LeMaistre asume la presidencia de la institución.
- ▶ **1996:** El clínico y científico John Mendelsohn se convierte en el tercer y actual presidente del M.D. Anderson Cancer Center.
- ▶ **2000:** Abre al público en Madrid la primera filial de M.D. Anderson fuera de los Estados Unidos.
- ▶ **2007:** El presidente de M.D. Anderson de Houston, John Mendelsohn, el alcalde de Madrid Alberto Ruiz Gallardón y la presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, inauguran en marzo las nuevas instalaciones del hospital madrileño, y en julio se firma un acuerdo con el Ayuntamiento de Madrid para construir un nuevo complejo hospitalario contra el cáncer a imagen y semejanza del de Houston.



ANTONIO DE OYARZÁBAL MARCHESI
PRESIDENTE DE M.D. ANDERSON ESPAÑA.

ENTREVISTA

“En Houston están muy orgullosos de nuestro hospital”

Lleva poco más de dos años al frente del consejo de administración de M.D. Anderson España y la ‘filial’ madrileña del prestigioso hospital oncológico de Houston es ya todo un referente en este país. Hasta tal punto que “los americanos están muy contentos”, afirma Antonio de Oyarzábal, diplomático y vicepresidente del Real Instituto Elcano.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cuál fue su intervención para que M.D. Anderson se instalara en Madrid?*

ANTONIO DE OYARZÁBAL: A finales de los 90, siendo yo embajador de España en Washington, entré en contacto con el presidente de M.D. Anderson Cancer Center de Houston, John Mendelsohn, e impulsé la idea de la instalación del hospital en Madrid, que había sido puesta en marcha por Cristina de Manuel, primera presidenta de esta institución. La empresa se creó con los inversores Ibersuizas e Inveralia y con ellos arrancamos en el año 2000. He de decir que en Houston tenían una oferta para instalarse en Suiza, pero se decidieron por España.

M. E.: *A usted le nombraron presidente en 2005. ¿Cómo se encontraba el centro hospitalario entonces y cómo se halla ahora, en sus aspectos fundamentales?*

A. de O.: El centro era muy pequeño, con una veintena de camas y una pequeña plantilla de médicos. Inicialmente surgieron las dificultades que el arranque de un proyecto de esta envergadura conlleva. Tras reajustes accionariales y cambios en la alta dirección los grupos inversores mostraron su interés y entusiasmo en continuar con este proyecto. En 2005, un alto directivo de Ibersuizas me llamó y, como yo había estado en el proyecto en sus comienzos, me propusieron presidir la compañía. Acepté y abordé, por resumir, dos tareas importantes: ilusionar a todo el personal del centro y reforzar la confianza del equipo de Houston, que nos habían dado su nombre y su prestigio, y de los accionistas. Estos realizaron más inversiones y nos propusimos hacer el mejor hospital monográfico de cán-

cer de España. Hoy, el Centro Oncológico M.D. Anderson España dispone de todo el edificio de la antigua Policlínica Naval, cuenta con un centenar de camas, la tecnología más puntera, unos modernos laboratorios de investigación, una amplia gama de especialidades y casi un centenar de médicos entre los de plantilla y los colaboradores. Y los americanos están muy contentos.

M. E.: *¿Cómo se concreta la colaboración con el M.D. Anderson de Houston?*

A. de O.: Con el M.D. Anderson de Houston tenemos un acuerdo básico desde el principio, que se ha ido ampliando y renovando. En estos momentos son nuestros

Entre los objetivos del hospital está el firmar acuerdos de atención sanitaria con las comunidades autónomas más próximas

asesores, nos dan una serie de servicios, como formación en el centro de Houston y asistencia técnica, y tienen un 10 por ciento de las acciones, cedido desde aquí. Ese porcentaje les da derecho a estar presentes en el consejo de administración y a tomar decisiones. He de decir que los americanos están muy orgullosos de nuestro hospital. Insisten en que somos una parte más del hospital de Houston.

M. E.: *¿Y a dónde quieren llegar?*

A. de O.: Nuestra referencia es en todo momento el M.D. Anderson Cancer Center de Houston. Aquí aplicamos los mismos protocolos médicos que allí, la misma tecnología, la misma medicina, se consulta por videoconferencia y todo se realiza siguiendo sus mismos criterios. Pero allí trabajan 16.000 personas, frente a menos de 200 que somos aquí; tienen un presupuesto anual de 2.500 millones de dólares (unos 1.800 millones de euros) y 14 edificios unidos por puentes por donde van unos cochecitos tipo golf. Y se pueden permitir el lujo de invertir 125 millones de dólares (más de 91 millones de euros) en un separador de protones. Esto para nosotros son cifras difíciles de imaginar hoy por hoy. En cualquier caso, la colaboración entre Madrid y Houston es cada vez más estrecha.

M. E.: *No sólo han revitalizado el hospital, sino también la Fundación M.D. Anderson International España.*

A. de O.: Efectivamente. Su existencia es anterior al hospital, pero estaba más o menos dormida y la hemos puesto otra vez en vigor. Presidida por mí, tiene al doctor Ramón Colomer como director científico y a Reyes Escalano como gerente. Sus fines son tres: la enseñanza, la prevención y la investigación. Ha firmado acuerdos con en-



Antonio de Oyarzábal asegura que "la colaboración entre Houston y Madrid es cada vez más estrecha".

tidades públicas, como el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas; o privadas, como la Universidad San Pablo-CEU, y tiene sus propias líneas de investigación clínica, que ya comienzan a dar sus frutos. El interés por la formación de los profesionales en nuestro país es creciente y para ello pone en marcha una serie de seminarios y congresos que esperamos sean de gran repercusión. Es un producto científico hispano-norteamericano hacia el que estoy plenamente volcado y, sin desengancharme del hospital, es lo que más me motiva.

M. E.: *Y respecto al personal...*

A. de O.: En M.D. Anderson España hemos mantenido siempre el criterio de, a parte de la calidad humana y profesional, no ajustarnos siempre a un número de enfermos por enfermera, sino ir realmente a lo que creemos que es necesario para nuestros pacientes. Es decir, el ratio de pacientes por enfermera es inferior al existente en otros hospitales, para que cada una de las personas que están aquí ingresadas tengan una atención más personalizada. En cuanto al personal médico (también algunas enfermeras), todos los jefes de departamento han pasado algún tiempo en el hospital de Houston, y a todos los que llegan nuevos se les invita a que lo hagan en cuanto puedan. Más que nada, por establecer una relación más directa que la simple videoconferencia.

M. E.: *Y el futuro pasa, supongo, por la ya llamada "ciudad del cáncer" que van a construir en Valdebebas, al nordeste de Madrid, e inaugurar en 2013.*

A. de O.: El edificio que ocupa actualmente el Centro Oncológico M.D. Anderson España, a pesar de los aproximadamente nueve millones de euros que se han invertido en él, no es nuestro sino del Ministerio de Defensa. Aquí estamos con un contrato de arrendamiento que expira en el año 2013. Por esa razón, porque nuestras expectativas de crecimiento se van cumpliendo y queremos mejorar y porque queremos ser el hospital oncológico de referencia europea y para el Oriente Próximo, vamos a hacer otro hospital, con la ayuda del Ayuntamiento de Madrid y de su alcalde, Alberto Ruiz-Gallardón. Ahí irá un hospital de 150 camas con la última tecnología, una escuela de Enfermería, la sede de la Fundación y un hotel. Es un proyecto que nos ilusiona muchísimo a todo el equipo y dada su envergadura un reto que muy pocos estarían dispuestos a afrontar.

M. E.: *Además del complejo hospitalario en ciernes, ¿qué otros planes y objetivos tiene la empresa que usted preside?*

A. de O.: Entre los objetivos del hospital está el firmar acuerdos de atención sanitaria con las comunidades autónomas más próximas. Hemos firmado uno con Castilla-La Mancha, y otro con la de Madrid para pruebas diagnósticas y tratamientos específicos. Y tenemos pendiente de firma sendos acuerdos con las comunidades de Castilla y León y Extremadura. Esto por lo que respecta al hospital. En cuanto a la fundación, tratamos que otras fundaciones nos apoyen en la concesión de becas, tenemos previstas campañas de prevención contra el cáncer, así como potenciar la formación de especialistas e intensificaremos la labor investigadora con el CNIO y los laboratorios farmacéuticos. Este es mi reto inmediato. ■

Un centro oncológico monográfico de referencia mundial

La investigación es prioritaria en M.D. Anderson International España, y se basa en la colaboración con el hospital de Houston y el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. El paciente, con tratamientos absolutamente personalizados, es el principal beneficiado.

El M.D. Anderson Cancer Center (MDACC) de Houston está considerado por la comunidad científica y médica internacional como uno de los más importantes hospitales oncológicos del mundo, no sólo por la asistencia y tratamiento a los pacientes, sino, sobre todo, por la labor de investigación que en él se desarrolla. Este esfuerzo realizado en investigación (tanto básica como clínica) ha hecho posible que los enfermos puedan recibir los últimos tratamientos oncológicos incluso cinco años antes de que sean aceptados como tratamientos estándar en la mayor parte de los hospitales.

De los numerosos logros obtenidos por el MDACC de Houston a lo largo de sus 66 años de historia, sirvan de ejemplo estos tres descubrimientos dados a conocer este año y que en esencia se resumen.

1. Investigadores del departamento de carcinogénesis publicaron en la edición del pasado 20 de julio de *Molecular Cell* que la proteína IKK-alpha, a reducidos niveles de expresión en carcinomas agresivos de células escamosas, previene un gen clave del punto de comprobación o *checkpoint*, 14-3-3-sigma, siendo silenciado químicamente. La expresión de 14-3-3-sigma es normalmente desencadenada por el “guardián” antitumoral p53 en respuesta a daños del ADN en la célula. La proteína expresada por 14-3-3-sigma ayuda a bloquear la división de las células defectuosas, permitiendo que sus errores genéticos sean reparados antes que se repitan en una nueva célula. Los científicos demostraron que “la metilación del ADN es mayormente responsable en el silenciamiento de la expresión

del gen del punto de comprobación en células cancerígenas humanas”.

2. La combinación de terapias génicas realizadas a través de nanopartículas basadas en lípidos reduce el número y tamaño de los tumores cancerígenos de células no pequeñas de pulmón en modelos experimentales, según un estudio del MDACC y el Centro Médico de la Universidad de Texas Southwestern, publicado en la revista *Cancer Research*.

3. El equipo del doctor M. J. Keating, uno de los más destacados a nivel mundial en la investigación de la leucemia linfática crónica (LLC), ha evaluado la adición del anticuerpo monoclonal Rituximab a la quimioterapia estándar. En este estudio, realizado con 2.024 pacientes de 58 años de edad media con LLC,

que no habían recibido tratamiento previo, se refleja una tasa de remisión completa de la enfermedad del 70 por ciento. El 33 por ciento de los pacientes presentaba enfermedad avanzada. Los pacientes recibieron tratamiento con seis ciclos de la combinación FCR (Fludarabina, Ciclofosfamida, Rituximab). Los resultados obtenidos fueron espectaculares, con un 95 por ciento de remisiones globales, siendo un 70 por ciento remisiones completas. Estos excelentes resultados se observaron en todos los pacientes, independientemente

de sus factores pronóstico pretratamiento. Incluso en pacientes con factores de mal pronóstico, la tasa de respuesta global no bajó del 87 por ciento. Todo esto sin añadir toxicidad significativa.

Ese quehacer científico del centro de Houston se ha trasladado al Centro Oncológico M.D. Anderson España de



La investigación clínica en M.D. Anderson es una premisa básica.

Madrid, donde además de ofrecer asistencia oncológica de calidad, la prioridad se centra, cómo no, en la investigación. En este aspecto, los dos centros M.D. Anderson son referencia mundial en los últimos y novedosos descubrimientos contra el cáncer.

En investigación básica, el hospital madrileño mantiene un acuerdo con el Centro Nacional de Investigación Oncológica (CNIO), que dirige el prestigioso científico español, Mariano Barbacid. Dicho acuerdo permite, de momento, realizar sesiones clínicas conjuntas y estudios de biología molecular de los pacientes del M.D. Anderson de Madrid. Para el futuro, el alcance de esta colaboración, que cuenta con el apoyo del MDACC de Houston, es mucho más ambiciosa.

Los centros M.D. Anderson son referencia mundial en los últimos y novedosos descubrimientos contra el cáncer

La investigación clínica también se desarrolla a tres bandas, es decir, con las entidades citadas, y se basa en los ensayos innovadores. A tal efecto, se ha creado una Unidad de Investigación Clínica. La misión de esta unidad está apo-

yada por investigadores del MDACC, con la posibilidad de acceder a becas del National Cancer Center Institute.

Actualmente, en el M.D. Anderson España se están desarrollando ensayos clínicos en cáncer de pulmón, cáncer de mama y cáncer de colon-recto

entre otras patologías, algunos de ellos en colaboración con el hospital de Houston, y otros en colaboración con hospitales de diversas partes del mundo y reconocidos grupos de trabajo nacionales e internacionales. Se está haciendo hincapié en la utilización de nuevos fármacos (denominados

Una ciudad contra el cáncer

Madrid contará en 2013 con el único centro en el mundo construido a semejanza del prestigioso M.D. Anderson Cancer Center de Houston, Texas. El acuerdo para llevarlo a cabo lo firmaron el pasado mes de julio el presidente de la institución tejana, John Mendelsohn, y el alcalde de la capital de España, Alberto Ruiz-Gallardón.

Se ubicará en el barrio de Valdebebas, al noreste de la ciudad, sobre una parcela de 70.000 metros cuadrados. Contará con un hospital monográfico oncológico, una fundación dedicada a la docencia e investigación, que incluirá una escuela de Enfermería, y un hotel para pacientes y familiares. Los tres edificios contarán con una superficie construida de 30.000 metros cuadrados y estarán intercomunicados.

Por sus dimensiones, tendrá el carácter de una ciudad contra el cáncer, y por su avanzada tecnología, investigación puntera y eficacia asistencial se situará en la vanguardia internacional del tratamiento de la enfermedad y de la investigación sobre sus causas y efectos. Todo ello proyectado con criterios de sostenibilidad y eficiencia energética, y pensado para ofrecer a cada paciente un trato humano y personalizado.

Margarita Coronado, directora gerente del hospital M.D. Anderson España, explica que este importante proyecto se debe “a la necesidad de responder a la creciente demanda de servicios por parte de la sociedad” y que “ésta es la mejor forma de mantener la excelencia y la calidad en los servicios prestados”.

El consejo genético, factor de prevención

Una de las áreas fundamentales de la prevención contra el cáncer que ofrece el M.D. Anderson España es el consejo genético. Para evaluar el riesgo que un paciente y sus familiares tienen de padecer determinados tipos de cáncer se requiere un total de tres consultas o visitas (para los casos de cáncer hereditario) en las que se procede a realizar un árbol genealógico detallado, el análisis de otros factores de riesgo, la evaluación del riesgo real para cada persona y la realización, si fuera necesario, de un test genético.

No menos esencial es la llamada *prevención primaria*, dirigida a eliminar o reducir los factores de riesgo, como el tabaco, el alcohol, la obesidad y el consumo de grasas. En el M.D. Anderson llevan a cabo una labor educacional en ese sentido, mediante diversos actos y campañas generales en los medios de comunicación, enfocada tanto a la población como al paciente y sus familiares.

Los programas de prevención que se ejecutan en el M.D. Anderson de Madrid incluyen, además, todas las exploraciones y consultas necesarias para descartar o confirmar, con un alto grado de fiabilidad, la existencia de un cáncer, agrupando a los pacientes por sexo y edad. Estos programas están dirigidos a todas las personas a partir de los 40 años que tengan un riesgo oncológico específico, y se centran en los siguientes tipos de cáncer: colon, próstata, cérvix, mama y pulmón.

terapias biológicas) con bajo perfil de toxicidad, como los inhibidores de la tirosinquinasa; la utilización de nuevas tecnologías, como la farmacogenómica, que seleccionen mejor los tratamientos; o la incorporación de nuevos agentes hormonales. Se trabaja en la formación de un departamento específico de ensayos clínicos que permita el tratamiento a un número mayor de pacientes con patologías más variadas y con fármacos en fases tempranas de su desarrollo.

Para que toda esa labor científica fructifique se precisan cuantiosas inversiones. El M.D. Anderson de Houston destina una gran parte de sus recursos (en torno al 18 por ciento) a la investigación e innovación, vital para que los tratamientos evolucionen al ritmo de los últimos descubrimientos. El centro de Madrid utiliza los mismos mé-

todos de trabajo que la casa matriz y, además, desarrolla sus propias líneas de investigación.

En el tratamiento, el M.D. Anderson madrileño proporciona la solución más eficaz para cada caso, y está preparado para llevar a cabo:

- Todo tipo de procedimientos quirúrgicos con fines diagnósticos, curativos o paliativos.

- Cirugía de rescate en recidivas tumorales.

- Tratamientos quirúrgicos avanzados, como la cirugía citorreductora combinada con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria en tumores con diseminación peritoneal.

El tratamiento en el Hospital de Día está supervisado permanentemente por el equipo de Oncología Médica y Hematología del centro. ■

Fines y retos de la Fundación M.D. Anderson

En septiembre de 2001 quedó inscrita en el Registro de Fundaciones del Ministerio de Educación la Fundación M.D. Anderson España, que preside Antonio de Oyarzábal y dirige Reyes Escolano Mena. Con carácter general, la meta principal de su actuación es contribuir “a erradicar el cáncer y enfermedades relacionadas con él en el mundo y especialmente en España”, siempre en colaboración con el M.D. Anderson Cancer Center de Houston y el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas, entidades participantes en la fundación.

Para el logro de esos fines, la fundación promueve, fomenta y colabora en el desarrollo y mantenimiento de programas integrados de calidad en estas tres áreas relacionadas directamente con el cáncer:

1. Cuidado de pacientes. Actividades encaminadas a mejorar y perfeccionar la formación de profesionales sanitarios y de los tratamientos existentes. Para ello se impulsan nuevas especialidades encaminadas a la mejora de la calidad de vida de los pacientes y se incorporan unidades de soporte como salud mental y nutrición.

2. Investigación. Promoción y fomento de los estudios e investigaciones nacionales conjuntamente con otros centros, en especial con el de Houston, dotación de ayudas y financiación de programas completos relacionados con el cáncer, trabajos de investigación, publicaciones, etcétera.

3. Educación y prevención. Potenciar el mejor conocimiento en España e Hispanoamérica de los problemas sociales que crea el cáncer mediante la realización de seminarios, cursos, programas de formación pregraduada y convenios de colaboración con la

Universidad, así como apoyar “las iniciativas dirigidas a la atención sanitaria en la lucha contra el cáncer entre los colectivos más desfavorecidos”.

Así pues, los principales retos u objetivos de la fundación son: mejorar la calidad de vida de los pacientes y fomentar la docencia y la investigación, teniendo como visión “ser el referente en cuanto a innovación oncológica en España y extendiéndose a Europa, África y Oriente Medio”.

A lo expuesto hay que añadir, dentro del proyecto de la fundación, el desarrollo de una línea de debate y pensamiento sobre la relación de la sociedad con el cáncer y sus implicaciones en cuanto a comportamiento social, estereotipos, prejuicios, creencias sociales, etcétera, desde una perspectiva filosófica, sociológica y cultural. Y el establecimiento de puntos de encuentro virtuales, como *chats* o foros en Internet, entre la información científica y la comunidad para la difusión de nuevos avances.

La Fundación M.D. Anderson España sigue los pasos de su homónima de Houston, la M.D. Anderson Foundation. Esta institución nació en 1936 como entidad benéfica. Tras el fallecimiento de su creador, Monroe D. Anderson, optó por la atención médica, siendo la impulsora del prestigioso centro oncológico de la capital de Texas.

Monroe D. Anderson (1873-1939), conciencioso bancario primero y exitoso empresario después (se le conoció como *El rey del algodón*), fue el padre, además, del Centro Médico de Texas, del hospital que lleva su nombre y de bibliotecas, auditorios, colegios y hasta un planetario en Jackson, su pueblo natal.

GESTIÓN Y TECNOLOGÍA

La inteligencia, al servicio del paciente

En M.D. Anderson las tecnologías de la información son un elemento estratégico de gestión y diferenciador de cara a los pacientes.

En la implantación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el Centro Oncológico M.D. Anderson de Madrid se observan tres etapas. La primera se caracteriza por la obtención de unos sistemas médicos que facilitaran el ofrecimiento de una asistencia de alta calidad a los pacientes, al tiempo que permitieran trabajar con los protocolos, ensayos clínicos y tratamientos que el centro importaba de Houston.

La segunda se centró en definir un sistema para el resto de actividades del hospital, que se materializó con el desarrollo de un *software* propio. El trabajo cubrió tres requerimientos: la gestión automatizada de las citas hospitalarias, el control administrativo de la facturación realizada a las sociedades médicas y la implantación de un sistema de Business Intelligence y el control de los tratamientos médicos personalizados. Y la tercera, la actualización constante del sistema y la definición de nuevas utilidades en función del crecimiento del centro y nuevas tecnologías a aplicar.

De esa forma y a partir de 2005, el M.D. Anderson de Madrid aplicó las TIC a la citación y atención a los pa-

cientes, integrando plenamente todos sus sistemas departamentales, incluido el de farmacia, e implantando la historia clínica electrónica. No podía ser de otra manera teniendo en cuenta que todos los tratamientos están absolutamente personalizados dentro de una gestión en equipo y multidisciplinar.

El permanente contacto con el centro de Houston, lleva al M.D. Anderson de Madrid a establecer conexiones vía satélite y utilizar las videoconferencias como una he-

rramienta habitual, tanto para consultas de tratamiento como envío de resultados y pruebas radiológicas. Asimismo, realizan videoconferencias formativas para el personal sanitario, tanto internas como con la participación de otros centros y facultativos.

En la inauguración el pasado mes de marzo de las nuevas instalaciones del hospital madrileño, la delegación médico-científica del centro de Houston presentó los últimos avances en acceso a las nuevas tecnologías disponibles para pacientes a través del M.D. Anderson system, que in-

cluye tratamientos para la preservación de la fertilidad en pacientes de cáncer, cirugía robótica mínimamente invasiva, avances en terapias de radiología y terapias de protones. ■



Las videoconferencias son parte fundamental del trabajo diario.

La solución Khalix

Durante los cuatro primeros años de la vida del M.D. Anderson de Madrid las aplicaciones informáticas y herramientas de gestión estaban definidas de forma centralizada. A partir de 2005, con la implementación de la aplicación analítica de gestión financiera Khalix (de la firma Longview Solutions), los usuarios en toda la organización pueden tener acceso rápidamente e interpretar información de la compañía procedente de los diversos sistemas.

Khalix permite, por otra parte, involucrar a cada persona en el proceso de definición de los objetivos presupuestarios del hospital. Globalmente, esta herramienta de

gestión permite llevar a cabo análisis de la actividad, como prestaciones realizadas y costes asociados, por áreas hospitalarias y equipos médicos. Como destaca la dirección de Gestión del centro, la distribución de la información a cada responsable de área “es el motor de una política de gestión de cambio y de optimización de los procesos”.

El proyecto posibilita, además, en una segunda fase obtener una visión detallada de la actividad prevista a corto plazo, basado en la previsión de intervenciones y visitas, y poder de esta manera monitorizar la actividad del hospital de forma preactiva.

Trabajo en equipo multidisciplinar

Más de 720 médicos en Houston y unos 90 en Madrid componen los servicios facultativos del M.D. Anderson. Todos ellos trabajan en equipo multidisciplinar, un concepto introducido hace seis décadas.

El concepto de trabajo multidisciplinario es uno de los signos de identidad de los centros hospitalarios y de investigación de M.D. Anderson, introducido ya en los años 40 por su primer presidente, Randolph Lee Clark. Consiste en integrar la atención al paciente, la investigación y la educación como una unidad de actuación. Necesariamente, para cumplir esa misión los profesionales sanitarios están organizados en grupos o unidades funcionales específicas, según los tipos de tumores.

En el Centro Oncológico M.D. Anderson Internacional España de Madrid trabajan unos 90 médicos, bajo la dirección de Ramón Colomer i Bosch, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica. La plantilla se ve reforzada con médicos consultores (profesionales de prestigio que completan la cobertura de todas las especialidades) y facultativos asociados y colaboradores (especialistas con un gran reconocimiento dentro de la comunidad científica española y que ofrecen a los pacientes las garantías de una institución del prestigio del M.D. Anderson).

Todos los especialistas que trabajan en el M.D. Anderson de Madrid (muchos de ellos formados en Estados Unidos) están acreditados por el M.D. Anderson Physicians Network, lo mismo que sus colegas de Houston.

La actividad clínica cuenta con doce unidades funcionales, integradas por 40 especialistas de plantilla, más el personal de Enfermería, que dirige Carmen Vázquez.

Son las unidades multidisciplinarias, organizadas según enfermedades o grupos de enfermedades específicas.

Médicos y enfermeras unen a su saber y experiencia los conocimientos científicos y últimos avances que sobre el cáncer disponen en la matriz, el M.D. Anderson Cancer Center de Houston. Basan su quehacer diario, como misión, en eliminar el cáncer mediante la investi-

gación, prevención, educación y el tratamiento y cuidado multidisciplinar de los pacientes.

El enfoque multidisciplinar en un centro monográfico “es la mejor garantía de que el paciente de cáncer recibe el tratamiento más eficaz y conveniente”, aseguran en el centro. Y es que la combinación de conociemien-



En los hospitales M.D. Anderson el trabajo en equipo multidisciplinar es una de sus señas de identidad.

La División de Enfermería

Bajo la dirección de Carmen Vázquez, la División de Enfermería del M.D. Anderson España está especialmente entrenada en el trato al paciente oncológico. Además de seguir un programa de entrenamiento de varias semanas en el M.D. Anderson Cancer Center de Houston, participan periódicamente en programas educativos de diversa índole, incluidas videoconferencias mensuales con el servicio de Enfermería de Houston.

Esa labor de educación y desarrollo profesional continuo la lleva a cabo el educador de enfermería, cuya responsabilidad es capacitar a las enfermeras para el cuidado de la piel, heridas y ostomías, así como para educar al paciente y a sus familiares en estos cuidados. Asimismo, les enseña a incorporar la investigación como parte integral de la práctica clínica, aplicando la creatividad a la hora de solucionar problemas.

Espanoles en Houston

Una docena de médicos e investigadores españoles trabajan en el M.D. Anderson Cancer Center de Houston. Algunos de ellos ingresaron como becarios.

Ana Aparicio

Natural de Madrid, es profesora asistente y especialista en cánceres genitourinarios.

Javier Berrios

Profesor asistente y especialista en Medicina Interna.

Pedro Cano

Patólogo y profesor asociado.

Francisco Javier Esteva

Nacido en Bueu, Pontevedra, en 1964, es un reconocido especialista en cáncer de mama. Profesor asociado, lleva una década en el M.D. Anderson Cancer Center.

Juan Fueyo Margareto

Natural de Oviedo, es neurólogo y profesor asociado. Entró en el M.D. Anderson de Houston en 1994.

Guillermo García-Manero

Médico internista, es profesor asociado en el Departamento de Leucemia.

Candelaria Gómez-Manzano

Neuróloga, es profesora asistente.

César Morán Morán

Profesor de Patología y director de esta especialidad.

Rodolfo Núñez

Profesor asistente, especialista en Medicina Nuclear.

Víctor G. Prieto

Alicantino, es patólogo, profesor asociado y director de Dermatología. Entró en el M.D. Anderson en 1999.

Francisco Vega-Vázquez

Profesor asistente, especializado en Hematopatología. Está en el centro desde 1999.

tos y experiencia de todos los especialistas (Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Ginecología, Neumología, Gastroenterología, Hematología, Cirugía Oncológica, Oncología Médica y Radioterápica, Anestesiología, Nutrición, Tratamiento del Dolor, Cuidados Paliativos, etcétera) permite ofrecer al enfermo la mejor alternativa.

Así pues, el trabajo en equipo multidisciplinar es una de las tres líneas de actuación esenciales del M.D. Anderson. Las otras dos son, como cabe deducir, la atención al paciente (de calidad y personalizada) y la investigación (básica y clínica) e innovación, algo fundamental para progresar en el tratamiento del cáncer.

Así pues, los clínicos de todas las especialidades, oncológicas y de apoyo, trabajan de forma conjunta para establecer y llevar a cabo el tratamiento más eficaz para todos los tipos de cáncer. Por ejemplo, la Unidad Funcional de Mama está compuesta por las especialidades de Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Cirugía, Cirugía Reconstructora y Anatomía Patológica. Y

La actividad clínica cuenta con doce unidades funcionales integradas por 40 especialistas más el personal de Enfermería

así, el resto de unidades funcionales: tumores digestivos, urológicas, hematológicas, pulmonares, de cabeza y cuello, ginecológicos, del sistema nervioso central (SNC), óseos y sarcomas de partes blandas, de melanoma y endocrinos. Las unidades de apoyo son: Aparato Digestivo y Endoscopia (Cirugía Reconstructiva, Nutrición y Psicología) y Diagnóstico por Imagen (Radiología y Consejo Genético).

En esa multidisciplinariedad de los procesos terapéuticos radica la verdadera clave del cuidado diario del paciente, resultando notable la dotación humana y tecnológica del M.D. Anderson España. Dicho de otro modo: cada caso es valorado por un equipo de expertos en la patología del paciente. Ese equipo está formado por todas las especialidades relevantes, necesarias para el mejor abordaje de cada paciente. Y son estos expertos los que definen el tratamiento más adecuado para cada situación específica. Este cometido se realiza en conexión y colaboración constante con el equipo profesional del The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center de Houston. Se trata de una unión entre la práctica clínica y el potencial de diagnóstico avanzado e investigación que ofrecen sus laboratorios. ■

Abierto a la sanidad pública

La vocación del M.D. Anderson de Madrid es abrirse a todos los pacientes del país mediante convenios y acuerdos de colaboración.

Desde su establecimiento en España, hace siete años, el prestigioso centro monográfico oncológico M.D. Anderson tuvo claro que sus servicios asistenciales y quehacer investigador, además de atender pacientes del resto de Europa y países del área mediterránea, debería abrirlos a la sociedad española. Y con ese objetivo fue firmando acuerdos y convenios de colaboración con diferentes comunidades autónomas e instituciones públicas y privadas.

Integración en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid.

En junio de 2002, el presidente de M.D. Anderson de Houston, John Mendelsohn, expresó personalmente al entonces presidente de la Comunidad de Madrid, Alberto Ruiz-Gallardón, su intención de “potenciar y ampliar” el Centro Oncológico M.D. Anderson de España y “ponerlo al servicio de todos los madrileños”. Cinco años después, su deseo se ha visto satisfactoriamente cumplido. Mendelsohn y la sucesora de Ruiz-Gallardón, Esperanza Aguirre, han firmado el convenio por el que el hospital oncológico M.D. Anderson de Madrid pasa a ser un centro concertado con el Servicio Madrileño de Salud. La selección de pacientes que son derivados al M.D. Anderson se realiza según el sistema establecido con los centros privados concertados, es decir, en función de la patología y de los criterios clínicos establecidos para acceder a determinados tratamientos. La decisión recae en el oncólogo del hospital correspondiente sin que el paciente asuma coste alguno.

Formación de especialistas de Castilla-La Mancha. En noviembre de 2003, el Gobierno de Castilla-La Mancha y el M.D. Anderson Cancer Center de Houston firmaron un acuerdo de colaboración con el fin de formar a profesionales sanitarios de esa comunidad autónoma en Estados Unidos y derivar pacientes para su tratamiento y

estudio al M.D. Anderson de Madrid. Las estancias de formación son de tres meses y se benefician hasta cuatro médicos y enfermeras cada año.

Convenio con el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.

Con el fin de abordar iniciativas conjuntas en materia de servicios de prevención, diagnóstico precoz, investigación básica y aplicada, ensayos clínicos y formación de especialistas, M.D. Anderson España y el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), que dirige Mariano Barbacid, firmaron en noviembre de 2003 un convenio de colaboración a escala internacional y sin precedentes que ya ha dado importantes frutos. Una de



Los profesionales se benefician también de los acuerdos de colaboración alcanzados para desarrollar actividades docentes e investigadoras.

esas iniciativas fue la creación del Comprehensive Cancer Program, en el que también participan el centro de Houston y la Universidad Complutense. Gracias, en buena medida, a este convenio, el M.D. Anderson de Madrid, además de incorporarse a la Red de Bancos de Tumores creada y coordinada por el CNIO, se desarrolló como un verdadero centro oncológico, al disponer de los avanzados recursos de este centro en

materia de biología molecular, genética y patología molecular. Este programa de investigación oncológica desarrolla su actividad por medio de la aplicación sistemática y efectiva de programas multidisciplinares que integran la atención al paciente, la investigación básica y clínica, la educación y la prevención.

Docencia e investigación con la Universidad San Pablo CEU.

En febrero de 2006, la Universidad San Pablo CEU y el Hospital M.D. Anderson International España suscribieron un acuerdo de colaboración para desarrollar actividades docentes e investigadoras orientadas a la Oncología y cuidados especiales en los pacientes de cáncer. Ello permite a los alumnos de las facultades de Medicina y Farmacia de la citada universidad privada realizar prácticas profesionales en el citado hospital madrileño. ■



RAMÓN COLOMER I BOSCH
DIRECTOR MÉDICO Y DE INVESTIGACIÓN
DE M.D. ANDERSON ESPAÑA.

ENTREVISTA

“Buscamos la excelencia médica”

“Buscamos la excelencia médica en nuestros facultativos, que compaginan la labor asistencial con la investigación”, declara el director médico del hospital M.D. Anderson de Madrid y presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica.

MEDICAL ECONOMICS: *Como director médico del hospital M.D. Anderson España tiene a su cargo la labor asistencial y la investigación. ¿Se concilian bien ambas dedicaciones?*

RAMÓN COLOMER: La investigación para conseguir mejores resultados en el tratamiento contra el cáncer es uno de los ejes principales de este hospital. Por lo tanto, integrar estas dos funciones se ha considerado una necesidad y una urgencia. Desde mi incorporación al hospital hace seis meses continuamos conformando los equipos asistencial y de investigación. Es fundamental que estos dos equipos estén integrados y que sean complementarios.

M. E.: *¿Todos los médicos que trabajan en el hospital hacen investigación?*

R. C.: Eso intentamos. Y como sabemos que esto es una tarea que añade trabajo a sus obligaciones diarias, hemos tomado la actitud de buscar personal que les ayude en funciones como gestión de datos, enfermería, etcétera. El médico realiza la investigación en su horario de trabajo normal. Una de las dos premisas filosóficas fundamentales de nuestra institución es que la investigación tiene que integrarse en el quehacer diario para poder mejorar los resultados de los tratamientos que hacemos.

M. E.: *¿Cómo seleccionan al personal médico y qué requisitos exigen?*

R. C.: Nuestra plantilla de médicos se compone de 84 especialistas y buscamos en ellos la excelencia médica. Es decir, facultativos que tengan un prestigio reconocido en cada una de sus áreas. Además buscamos, y encontramos, médicos que vengan ilusionados a trabajar a un hospital en el que pueden realmente desarrollar sus conocimientos y habilidades. Unos tienen más formación en investigación y otros en aspectos clínicos. Lo importante es formar un equipo coherente.

M. E.: *Su forma de trabajo son las unidades funcionales, como concreción de una labor en equipo multidisciplinar.*

R. C.: Cierto. La segunda premisa filosófica fundamental de este centro es que cada paciente sea el centro de nuestra actividad. Eso se consigue de varias maneras, pero seguramente la más importante es que cuando damos una opinión sobre la enfermedad de una persona, no sea la opinión de un médico sino la de un equipo. Es decir, cada caso que tenemos se presenta, se discute y se trata desde un punto de vista multidisciplinar.

M. E.: *¿Ser un hospital monográfico resulta una ventaja respecto de los generalistas?*

R. C.: Sin duda, redundante de una forma clarísima en beneficio de los enfermos, al tiempo que a los médicos nos facilita mucho nuestra labor, el contacto entre nosotros y los comités multidisciplinarios. Pero los hospitales monográficos tienen que coexistir con los generalistas, cada uno tiene su función.

M. E.: *¿Cómo se concreta la investigación trasnacional en el centro?*

R. C.: Consideramos que investigar en biología molecular es la manera más importante de conseguir nuevos fármacos que nos ayuden a curar el cáncer. Aquí intentamos que los ensayos clínicos que realizamos con fármacos nuevos tengan una parte de desarrollo de conocimiento de los mecanismos de acción de estos fármacos, e intentamos diseñar ensayos clínicos en los que el objetivo de la investigación sea fundamentalmente el conocimiento científico de los mecanismos moleculares. Y en esto tenemos la gran ayuda del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas.

M. E.: *Los expertos dicen que el futuro del tratamiento del cáncer es el individualizado...*

R. C.: Claro, y aquí lo practicamos. Nosotros somos grandes partidarios de individualizar y personalizar los tratamientos en función de las características de cada enfermo. Pero los nuevos fármacos son caros, aunque siempre se debe anteponer la eficacia al coste a la hora de aplicarlos. ■

“Hace seis años me diagnosticaron un cáncer de próstata.

Hoy tengo toda la vida para mejorar mi juego.



Hay mucha vida después del cáncer.

Porque el cáncer no es el final, en MD Anderson Houston llevamos desde 1941 trabajando para que sigas viviendo tu vida como tú quieres.

Por ello creamos en Madrid el MD Anderson International España, el primer Hospital MD Anderson en Europa. Un hospital único dedicado en exclusiva a la investigación, la docencia, la innovación y el tratamiento del cáncer.

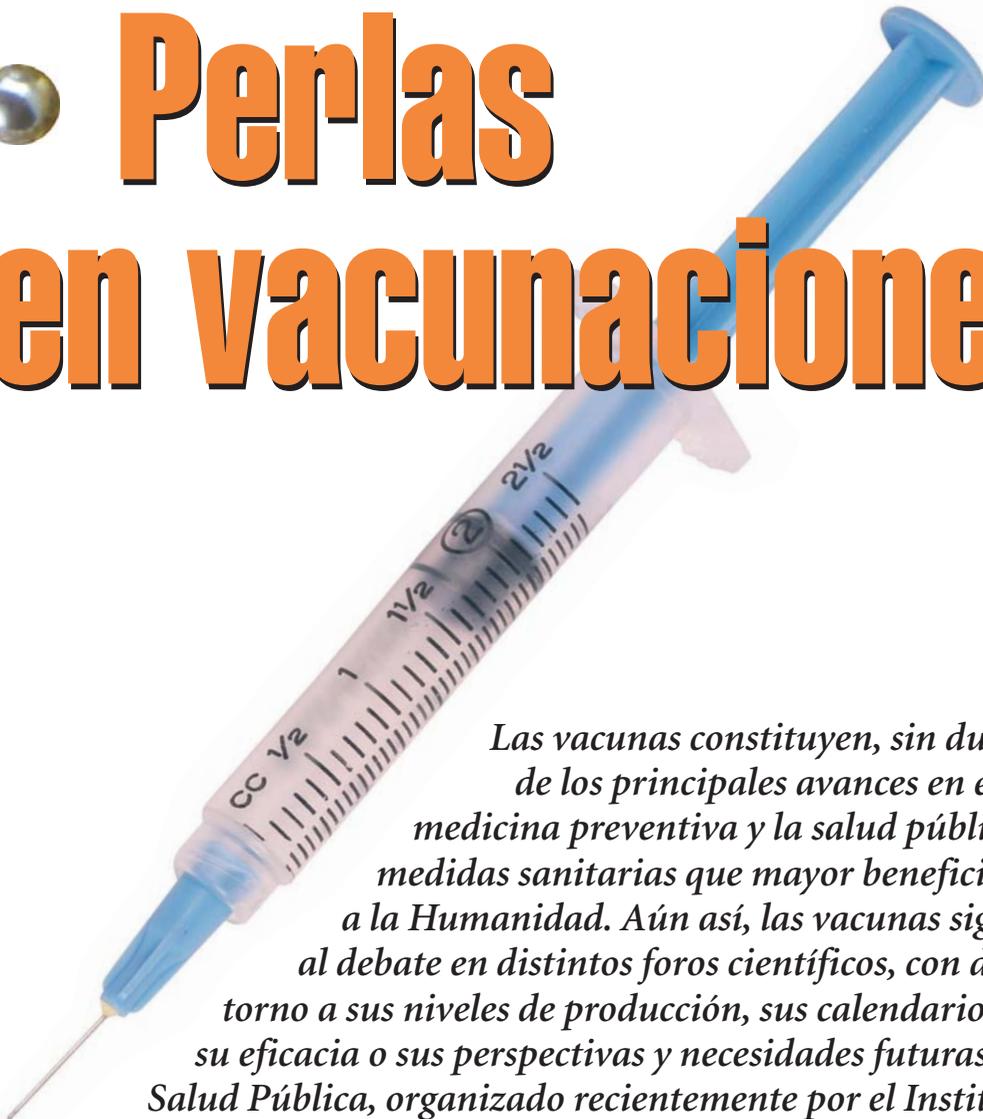
Tel.: 91 787 86 00
www.mdanderson.es

CENTRO ONCOLÓGICO
MD ANDERSON
INTERNATIONAL ESPAÑA

Como en Houston. En Madrid.

Making Cancer History®

Perlas en vacunaciones



Las vacunas constituyen, sin duda alguna, uno de los principales avances en el área de la medicina preventiva y la salud pública, y una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido a la Humanidad. Aún así, las vacunas siguen dando pie al debate en distintos foros científicos, con discusiones en torno a sus niveles de producción, sus calendarios de aplicación, su eficacia o sus perspectivas y necesidades futuras. El IV Foro de Salud Pública, organizado recientemente por el Instituto de Salud Rural y la Federación de Asociaciones de Salud Pública, fue un escenario más de este debate. El autor, uno de los organizadores del citado foro y defensor a ultranza de la medicina rural, rescata en este artículo, para reflexión de los lectores, algunas “perlas” sobre vacunas.

Por J. M. López Abuín
Médico de Atención Primaria

La búsqueda de remedios para la prevención de las enfermedades infecciosas ha sido un objetivo de la medicina desde tiempos remotos. Pese a que los primeros escritos relacionados con la vacunación datan del siglo XI y corresponden a dos textos de la literatura china: “El tratamiento correcto de la viruela” y “El espejo dorado de la Medicina”, ambos referentes a la inoculación antivariólica, es en el

año 1796 cuando un médico fielmente rural y amante de la naturaleza llamado Edward Jenner logra uno de los mayores descubrimientos de la medicina al inaugurar la era de la vacunación con su famoso experimento de inmunización con linfa de viruela vacuna, tras 25 años de profunda observación y estudio sobre los paisanos de la localidad en que ejerció y murió (Berkeley, condado británico de Gloucester).

1

Vacunación: necesidad presente y futura

Frente a las enfermedades infecciosas endo-epidémicas las vacunas prioritarias para el futuro son las del sida, malaria, tuberculosis, influenza y hepatitis C, por ese mismo orden y frente a las emergentes, SARS e influenza H5N1. En cuanto a la relación coste/beneficio, teniendo en cuenta los años de vida de calidad ganados, las vacunas prioritarias del futuro son las del citomegalovirus, influenza, estreptococo B y neumococo (conjugada) y las terapéuticas de la diabetes *mellitus* tipo I, la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide. En un segundo escalón se hallarían las de la hepatitis C, papilomavirus, *Helicobacter pylori*, herpes simple, *Neisseria gonorrhoeae*, virus respiratorio, *chlamydia*, *Mycobacterium tuberculosis* y la vacuna terapéutica del melanoma.

Si nos referimos al presente-futuro en una enfermedad muy prevalente como es la gripe, las vacunas de cuarta generación suponen una mejor y más amplia protección en pacientes de la tercera edad o de alto riesgo, una cobertura más amplia contra cepas imprevistas, una inmunidad de larga duración con protección interanual y una mayor eficacia en el caso de pandemias.

2

Vacunas y desarrollo sostenible

En los últimos años, por intereses económicos y políticos, no se han desarrollado ni integrado de manera estructural la salud ecológica y el desarrollo sostenible. Éste ha ido degradándose a causa de los cambios ecológicos, los cambios demográficos, por los estilos y hábitos de vida, por el desarrollo tecnológico e industrial, por la adaptación microbiana y la degradación de los sistemas de Salud Pública. Esto conduce a la aparición de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, y a la consiguiente necesidad de replanteamientos en cuanto a estrategias vacunales. La Salud Pública debe incorporar por tanto, de manera efectiva, el desarrollo sostenible en sus actividades y enfoques.

3

La vacunación es aún insuficiente

En los países desarrollados, existe mayor morbilidad de enfermedades prevenibles por vacunación en adultos que en niños, y por ello es necesario reforzar la promoción de su vacunación. La tasa de adultos protegidos frente a enfermedades inmunoprevenibles sigue siendo baja: en la Comunidad de Madrid las encuestas serológicas han demostrado que sólo la cuarta parte de los mayores de 40 años presentan anticuerpos frente a la difteria y sólo dos de cada cinco frente al tétanos, y esto se puede hacer extensible en mayor o menor grado al resto de España. Por ello, son necesarias no sólo primovacunas, sino dosis periódicas de recuerdo de vacunación en adultos.

4

El anciano frágil sí necesita vacunarse

El tétanos mantiene una letalidad establecida entre el 40 y 50 por ciento, y en ancianos presenta mayor morbilidad y mortalidad. Lo mismo se puede referir en prevalencia y mortalidad frente a la gripe, la infección neumocócica e incluso la difteria si apareciera un brote. Se dispone de armas como las vacunas que pueden prevenir el 95, 65, 70 y 90 por ciento, respectivamente de las enfermedades anteriores, y sin embargo nos encontramos con que solamente en el 50, 50, 30 y 25 por ciento respectivo los ancianos están vacunados o presentan anticuerpos contra ellas. En definitiva, hay un campo de asistencia que necesita de una clara mejoría, en un colectivo, los ancianos frágiles, en el que seis de cada diez ancianos no vacunados piensan que realmente no necesitan vacunarse.

5

Gripe aviar: invertir más en las zonas afectadas

Frente a una posible pandemia de la gripe aviar, la situación actual es diferente a la de las otras pandemias (gripe española, asiática o la de Hong Kong). Los países ricos han destinado el año pasado

2.000 millones de dólares americanos para el plan mundial de lucha contra la gripe aviar, pero esta cantidad es escasa: tan sólo Indonesia necesitaría 450 millones de dólares para el plan de prohibición de granjas domésticas de aves de este año. Es necesario retrasar la extensión de la enfermedad y acelerar el desarrollo de vacunas, y esto sólo se puede conseguir actuando e invirtiendo en los países de origen, donde la enfermedad es prevalente.

Como ha dicho hace poco más de un mes el doctor David L. Heymann, subdirector general de la Organización Mundial de la Salud para Enfermedades Transmisibles: “La seguridad mundial en materia de salud pública sólo se puede lograr si los países en desarrollo reciben asistencia para desarrollar capacidades, que les permitan acceder a las vacunas contra la gripe pandémica y proteger así a su población”.

6 La vacuna ha de ser eficiente

El coste para evitar una defunción por enfermedad inmunoprevenible varía entre los poco más de 200 dólares americanos para un país del sudeste asiático o subsahariano, a los más de 3.500 en el continente europeo.

El coste de una campaña de vacunación, por ejemplo para el virus del papiloma humano, supondría para un país como Argentina el 15 por ciento del gasto público en salud. Es pues, de conciencia, racionalizar la inversión en vacunas y emplearlas allí donde más posibilidades tienen de salvar vidas y prolongar años de salud; y en este sentido, facilitar un mejor conocimiento universal de la epidemiología de las enfermedades y el impacto de las vacunaciones frente otras alternativas.

1. José Luis Cañada Merino. *Coordinador del Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.*
2. Germán Basoa Rivas. *Presidente de la Federación de Asociaciones de Salud Pública (San Fernando de Henares, Madrid).*
3. Carlos Luis Martínez Cepa. *Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid.*
4. José Luis Martincano Gómez. *Grupo del Anciano, Instituto de Salud Rural (Tomíño, Pontevedra).*
5. Juan Jesús Gestal Otero. *Catedrático de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina de Santiago de Compostela (A Coruña).*
6. Alfredo Zurita. *Jefe de Sección de Inmunoprofilaxis. Servicio de Prevención de la Enfermedad.*

15 años analizando y dando soluciones

 **cogesa**

Consultoría y gestión sanitaria

Consultas con éxito



Existen simples pero poderosas técnicas que pueden ayudarle a ser más productivo en su consulta, y a la vez a cansarse menos.

Por Robert Lowes

¡Hazlo ya!

El mundo se mueve al ritmo de los expertos en administración del tiempo, pero para el gastroenterólogo James Brown de Wenatchee, Washington, nadie sabe más que mamá.

“Mi madre siempre decía: no dejes para mañana lo que puedas hacer hoy”, dice Brown. “Seguí su consejo y ahora se que tenía razón”.

Más médicos deberían saber que posponer algunas tareas es perjudicial para su trabajo, sin mencionar ya para su salud mental. A veces el síndrome de “lo haré después” nace de las venerables pero contraproducentes rutinas, tales como empezar la revisión médica a las cinco de la tarde esperando que tu memoria sea perfecta. Más a menudo de lo que sería deseable, la culpa la suele tener la actitud equivocada de dejar las cosas para más tarde; lo que conlleva un precio superior por ejemplo a los dos euros de multa por devolver con retraso una película del videoclub. “Si siempre estás retrasando a tus empleados revisiones de rendimiento y ajustes salariales puede que dejes algunos en el olvido”, dice el asesor de administración Gray Tuttle de Lansing, Michigan.

Sobre todo, dicen los expertos, postergar tareas puede generar en la gente un sentimiento de ansiedad y culpabilidad que merma su rendimiento en el trabajo. “Deambulan inmersos en un estado de atontamiento provocado por lo tedioso que resulta atender todo el desorden que existe en sus vidas”, afirma David Allen, autor de *Getting Things Done*, una Biblia sobre la administración del tiempo para algunos médicos. “Les falta inspiración y entusiasmo”.

El principio de “hazlo ahora” puede parecer simplista si no se mira desde el contexto global de trabajar sabiamente. Algunas tareas, una vez comenzadas, son demasiado largas para poder completarlas en seguida; otras es necesario posponerlas y otras incluso merecen ser delegadas. Por eso todo el mundo necesita una estrategia para establecer prioridades y objetivos, planear el trabajo, disponer de recordatorios efectivos para realizar las tareas, así como organizar todas las áreas de información en su vida. Cultive los hábitos adecuados que

puede hacer en el momento, algo tan simple como firmar una carta elaborada por el gerente de su oficina o efectuar esa primera llamada telefónica a un proveedor que seis meses después se convierte en un nuevo asociado. Hemos recopilado algunos consejos de médicos, asesores de administración y expertos en administración del tiempo “sobre la filosofía del ahora” para darle algunas sugerencias. ¿Por qué no leerlas ya?

Acumule tareas y puede que se arrepienta más tarde

La torre de treinta cartas sobre la mesa de un médico esperando ser dictadas o firmadas es un ejemplo perfecto de ahorrar trabajo si se trata de completarlo de una batida. Mientras que esta táctica puede que agilice tareas como puede ser pagar facturas, provoca, sin embargo, que la documentación clínica sea menos eficaz. Deberá invertir un tiempo y un esfuerzo extra en intentar recordar qué oyó y qué decisiones tomó durante la cita con el señor Jones a las ocho y media de la mañana. Del mismo modo, puede que olvide algún detalle de gran impor-

Puntos clave

- » Acumular tareas innecesarias provoca errores y un trabajo extra.
- » El tiempo de consulta debe incluir también un tiempo para el papeleo.
- » Tenga a mano listas de acciones para explotar los momentos de tiempo libre perdidos.
- » Anote qué tareas aplaza y por qué.
- » El perfeccionismo puede asustarle a la hora de empezar, no se ponga metas demasiado altas.

tancia o incluso puede que confunda las molestias del señor Jones con las de la señora Smith, a la que atendió a la una de la tarde. Quizá anotara alguna cosa para que le refrescara la memoria pero, ¿no habría resultado más sencillo si simplemente hubiera hecho anotaciones sobre la señora Smith inmediatamente después de que se marchara de la sala de exploración, que es cuando lo tenía todo fresco en la mente?

Surgen problemas similares cuando se amontonan facturas que pagar al final de la jornada. Aumenta la probabilidad de confundir que un crédito haya sido denegado o impagado o quizá olvide marcar un código por un servicio que usted ha proporcionado.

Una rutina mejor es encargarse de los recibos de pago junto con el historial al finalizar cada visita. Para que esto sea posible, sin embargo, debe invertir unos pocos minutos más en cada visita, apunta el asesor Gray Tuttle. “Puesto que resulta más eficaz hacer todas las anotaciones inmediatamente, su jornada será más corta”.

Viene al caso el Centro de Medicina Familiar de Colorado-Springs, integrado por cuatro doctores. Solían completar los historiales y los recibos al finalizar la última consulta, lo cual les obligaba a trabajar hasta las seis de la tarde y más, afirma el médico de familia y director médico Joel Dickerman. En 2002 el tiempo medio dedicado a cada consulta se amplió a cinco

«Haz una tarea una vez y olvídate de ella»

— FP Scout Helmers

minutos de forma que los médicos pudieran terminar el papeleo en el acto. Siguen atendiendo al mismo número de pacientes por día, pero sin embargo ahora se van a casa casi una hora antes.

“Podemos hasta tomarnos un descanso para comer”, dice Dickerman. “Hemos aumentado también los beneficios porque registramos los cobros de manera más detallada.”

El principio de “hazlo ahora” se aplica también a otros trabajos. La internista Starr Pearson, afincada en Filadelfia, solía dejar para después de su última consulta devolver a los pacientes las llamadas telefónicas, pero se veía metida en la consulta una hora después de haber cerrado. Ahora Pearson se encarga de esas llamadas a lo largo del día, por lo que es importante contar de antemano con los teléfonos del trabajo o del móvil de los pacientes para poder contactar con ellos sin que tengan que estar en casa. “Es más productivo y menos estresante”, dice Pearson.

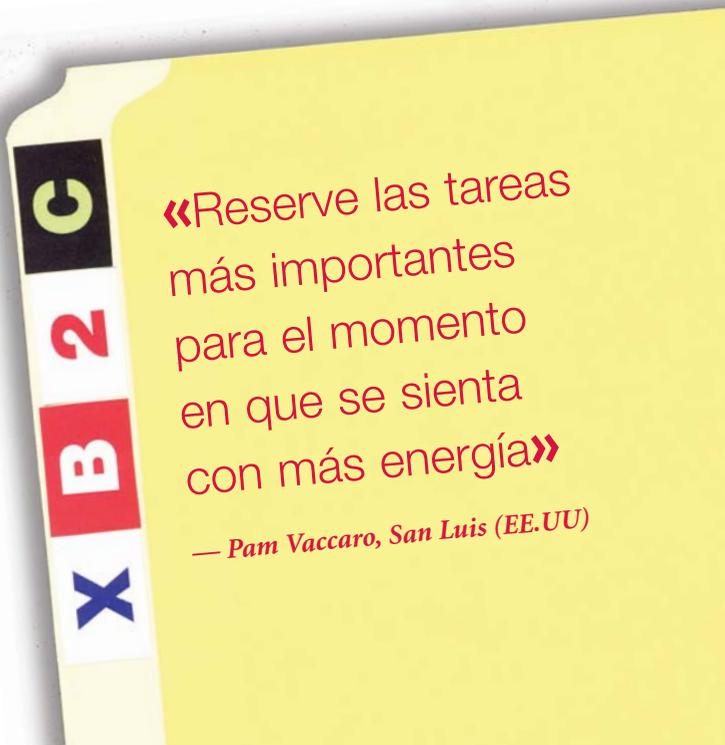
Scott Helmers, un médico de familia de Sibley, Iowa, también incide en los beneficios médicos que se obtienen al devolver las llamadas telefónicas de los pacientes con prontitud. “Si no lo hago, me resulta más difícil concentrarme en mi siguiente paciente en la consulta”, dice Helmers. “Haz una tarea una vez y olvídate de ella”.

Todo el correo electrónico y el papeleo que está sobre su escritorio deben ser continuamente procesados, mínimo a diario. Si se deja en el olvido durante semanas o meses traerá problemas, ya que necesitará mucho más tiempo, lo que puede hacer que se preocupe incluso más. También está el impulso de clasificar las tareas por la más urgente, entretenida o interesante, lo cual puede hacer que durante el proceso se quede mucho por hacer, apunta el experto en administración del tiempo David Allen.

Una de las claves para completar la lista de tareas es explotar lo que David Allen llama ventanas de “tiempo raro” que surgen, por ejemplo, cuando un paciente llega tarde a una cita o usted está esperando un taxi. Sin embargo, necesita unas listas extensas de acciones —“un sistema de recordatorio total”, lo llama Allen— de forma que no se vea perdido en un hueco de tres minutos que aparece en su agenda.

¿Requiere este trabajo menos de dos minutos?

Una manera de convertirse en un médico con esta filosofía es aplicar la regla de los dos minutos popularizada por David Allen. Como resalta en su libro *Getting*



«Reserve las tareas más importantes para el momento en que se sienta con más energía»

— Pam Vaccaro, San Luis (EE.UU)

Things Done, esta regla se aplica en el esquema de flujo de tareas que comienza con “cosas”: una carta, un correo electrónico, una llamada telefónica, cualquier cosa que penetre en su conciencia y que requiera algún tipo de resolución. Si decide que no es necesario actuar de inmediato, es libre de tirarlo a la basura o archivarlo para futuras consultas o revisiones.

Pero si las “cosas” requieren acción, Allen sugiere que se pregunte a sí mismo, “¿puedo hacerlo en menos de dos minutos? Si la respuesta es no, delegue o aplaze la acción. Pero si puede, dice Allen, revisar o firmar una carta en un minuto, hágalo. Lo lógico es que, según Allen, archivar o retrasar la carta a la postre lleve más tiempo que hacerlo de inmediato. “El cuarenta por ciento del correo electrónico se soluciona por debajo de la marca de los dos minutos”, dice.

La regla, apunta Allen, es simplemente una guía. La internista Linda Anegawa de Kamuela, Hawai, ha subido la marca a cinco minutos, realiza sus tareas, o bien de inmediato, o bien en las dos o tres horas siguientes. “Así puedo reservar tiempo más tarde sin sentirme agobiada por la de cientos de pequeñas cosas que tengo que hacer”, afirma Anegawa.

Sin embargo, puede que haya tareas cortas y agradables que deba delegar en lugar de abordarlas usted mismo ir a buscar un estetoscopio al vestíbulo, por ejemplo. Como mejor emplea su tiempo es, después de todo, atendiendo a los pacientes. Deje que su auxiliar haga el trabajo en su lugar.

¿Por qué el aplazamiento de esta tarea?

La mayoría de los médicos dicen que si son propensos a aplazar tareas no es en lo referido a la atención al paciente, que fue lo que les inspiró a dedicarse a la medicina, sino en lo referido a las tareas administrativas, que a veces les hace querer dejar la medicina. Eso es una clara advertencia.

La gente retrasa cosas que no le gusta hacer o cosas con las que no se siente segura”, dice Pam Vaccaro, presidenta de una asesoría en San Luis. El problema de la administración del tiempo se encuentra sin duda entre estas categorías.

Vaccaro y otros expertos animan a los que dejan las cosas para más tarde a que hagan una pequeña introspección y escriban –quizá a modo de diario– aquello que continuamente está aplazando y por qué. Puede que surja en el acto alguna solución. ¿Ha dejado para otro momento adquirir un nuevo servidor para la red de ordenadores porque la tecnología le saca de quicio? Consiga seguridad investigando sobre el tema o delegue en una persona que sepa lo que hace. A un nivel más profundo, la lista de sus tareas puede revelar que aplazarlas es su forma de tratar manías de personalidad como el perfeccionismo, baja autoestima o miedo al fracaso, como indica el psicólogo Neil Fiore en su

Más consejos sobre cómo abordar su trabajo

Para pasar por encima de las nada divertidas tareas administrativas, dice el asesor de gestión de consultoras Gray Tuttle de Lansing (Michigan), establezca un calendario general para su consulta. Es un sistema que puede hacerle recordar, por ejemplo, finalizar las revisiones del rendimiento de los empleados en junio, negociar el alquiler de la consulta en agosto e ingresar dinero en el plan de repartición de utilidades en diciembre.

Realice un trabajo extenso fijando un plazo y luego, yendo hacia atrás, haga una lista de pequeños pasos intermedios que necesita dar.

¿Hay una tarea que deteste? El experto en administración del tiempo Pam Vaccaro sugiere establecer un tiempo de cocción para completar la tarea en unos minutos determinados (cinco, propone, para escribir una carta a un paciente irritado y no complacido). Otórguese el premio de un capuccino por hacerlo.

Incluir quince minutos tanto en la sesión de mañana como en la de tarde para encargarse del papeleo, atender una emergencia o invertir más tiempo en un paciente seriamente enfermo, sugiere el urólogo Dan Witt en Hoisington, Kansas.

Reservar las tareas más importantes y desafiantes, indica Pam Vaccaro, para la parte del día en la que se sienta con más energía. Por el contrario, aborde las tareas más banales para los períodos de menos energía.

Reduzca un objetivo fastidioso a términos más insignificantes. Es fácil aplazar algo como “limpiar el garaje”, dice Vaccaro, pero si lo cambias por “quiero hacer mi vida más fácil, por lo tanto limpiaré el garaje”, puede que experimente un estallido de inspiración.

libro *The New Habit*. La cura que propone Fiore para la vida de postergación requiere sustituir pensamientos negativos como “tengo que ser perfecto” por otros más normales como “soy humano”. El objetivo es trabajar en un “estado de fluidez caracterizado por la calma, centrado en la energía y creatividad; el mismo estado mental que en el que están los atletas al situarse “en sus puestos”.

Algunas personal tienden más a aplazar las tareas que otras, dice Pam Vaccaro, quien emplea nueve categorías establecidas por la famosa teoría del Eneagrama de la Personalidad. La conciencia sobre uno mismo, por lo tanto, puede ayudarle a compensar sus debilidades. Por ejemplo, el tipo 5, el Investigador, tiene una sed de conocimiento que en ocasiones evita que actúe basándose en información incompleta. “Se debería preparar

menos y ejecutar más pronto”, dice Vaccaro. El tipo 9, el Pacificador, puede que pierda el tiempo para evitar conflictos. “Necesitan preguntar: ¿qué es lo peor que puede pasar si hago esto?”

Para la psiquiatra Deborah Wear-Finkle de Brunswick, Maine, quien se autodenomina un modelo del aplazamiento, le resultó más sencillo tratar el problema, una vez descubrió que padecía un trastorno hiperactivo de déficit de atención. “Retrasaba aquello que no era interesante, empezaba con energía nuevos proyectos y perdía el interés cuando se volvían rutinarios, daba la impresión de no prestar atención, fue un alivio saber que todo esto tan sólo era un tipo de cruce de cables”, dice Wear-Finkle. En la actualidad aprende a potenciar sus puntos fuertes: la creatividad que ella asocia al déficit de atención, por ejemplo, y encargar tareas minuciosas, como los tributarios, a gente capaz de hacerlas.

«A veces el síndrome de ‘lo haré después’, nace de venerables pero contraproducentes rutinas del día a día»

Entenderse a sí mismo, sin embargo, hasta el momento sólo puede llevarle a desarrollar un estilo de vida “hazlo ahora”. También necesita una metodología y herramientas de administración del tiempo. La metodología se puede adquirir en libros como *Getting Things Done*, *The Now Habit* y *First Things First*, de Stephen Covey, Roger Merrill y Rebecca Merrill. Hay numerosas herramientas disponibles para los denominados trabajadores del conocimiento: carpetas de archivos, planificadores interactivos o versiones electrónicas en las PDAs, las funciones de calendario y tareas del Microsoft Outlook, *software* especializado como el *VIP Organizer* o el contemporizador de la compañía de David Allen (www.davidco.com), que muestra “¿Cuál es tu siguiente tarea?” en la pantalla del ordenador, si empleas más de dos minutos en un correo electrónico. El objetivo último es, afirma Allen, quitar trabajo a tu cabeza y remitirlo a un sistema externo. El resultado es una mente lúcida y relajada.

Una buena metodología acompañada de buenas herramientas hará más sencillo trabajar al día pero hay una pequeña pega, apunta Julie Flagg, obstetricia y ginecóloga en Middletown, Connecticut, quien reniega de la filosofía de Allen. “Con cualquier sistema sigues teniendo que hacer todas la tareas que aparecen en tu lista”, dice Flagg. “Ahí entra en juego la planificación de cada uno”.

Hágalo... ¿ahora? Simplemente hágalo. ■



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

Publicaciones

Precio*

Números Instituciones Profesional

<input type="radio"/> Allergy	6	93,76 €	64,50 €
<input type="radio"/> Gerokomos	4	63,13 €	43,82 €
<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 €
<input type="radio"/> JADA - Edición Española	6	90,15 €	60,10 €
<input type="radio"/> Dental Practice	10	100 €	70 €

* Para el precio de suscripción fuera de España consultar con el departamento de suscripciones.

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.

FEM®

FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO MÉDICO
EN MEDICINA GENERAL / DE FAMILIA

ya disponible

MODULO 1 Osteoarticular

 Actividad acreditada por la
Comisión de Formación Continuada
del Sistema Nacional de Salud

3,5
CRÉDITOS

La acreditación corresponde al Módulo 1: Osteoarticular, siendo la vigencia de la misma hasta Diciembre de 2007.

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



El Programa FEM, desarrollado por idepro ofrece al médico de Atención Primaria un curso de actualización basado en la aplicación práctica de criterios de evidencia científica en respuesta a las necesidades formativas de este colectivo profesional.

FEM permite la formación continuada garantizando los recursos necesarios para asegurar el cambio en el ejercicio profesional diario.

MODULOS del PROGRAMA

Osteoarticular	Gastroenterología	ORL/Oftalmología
Cardiovascular	Hematología	Salud Mental/Urgencias en AP
Neurología	Neurología	Ginecología y Obstetricia
Endocrinología	Infecciosas/Dermatología	Nefrourología

idepro

INSTITUTO DE FORMACIÓN
Y DESARROLLO PROFESIONAL

www.idepro.es



BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

FEM
FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO MÉDICO
EN MEDICINA GENERAL / DE FAMILIA

Precio anual (4 módulos) 240€

Nombre Apellido

Dirección

Población Provincia Código Postal

Teléfono Fax e-mail

Recorte y envíe este boletín a:

idepro

INSTITUTO DE FORMACIÓN
Y DESARROLLO PROFESIONAL

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

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 inscripción 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 (1º) 28041 Madrid.



Óscar Gil García*

La plataforma de seguridad

En este artículo se describen algunos de los principales aspectos relacionados con la seguridad informática en el entorno asistencial.

La Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPDPCP) define como datos “especialmente protegidos”, con nivel de seguridad alto, toda la información relacionada con la salud de las personas. Dicha información debe estar sujeta a unas políticas rigurosas de control de acceso, trazabilidad, registro de acciones para posteriores auditorías, el uso que se hace de los datos a los que se accede, etc. Además debe existir una organización (personas y procesos) que garantice que existe un plan de seguridad y que todos los profesionales conocen y aplican correctamente los procedimientos de seguridad informática.

Elementos técnicos de seguridad informática

Una plataforma de seguridad informática debe contemplar, desde un punto de vista técnico, los siguientes elementos:

- Un sistema de autenticación del usuario que permita conocer quién es el usuario en el momento del acceso, y a qué información puede acceder (sistema de permisos). Los mecanismos para proporcionar este servicio van desde una sencilla distribución de usuarios y claves de uso personal, hasta la puesta en marcha de un sistema de firma digital.
- El registro de las acciones realizadas, que permita conocer qué persona y en qué momento accedió a la información tanto si es únicamente para su consulta, como si lo es para realizar alguna modificación, de manera que toda esa información pueda ser revisada en una auditoría de seguridad.
- Confidencialidad en la transmisión de los datos, que previene que la información que viaja a través de la red, desde el servidor donde reside hasta el terminal con el que trabaja el usuario, no es interceptada por nadie de forma fraudulenta. Para dar so-

porte a este servicio, se suelen utilizar algoritmos criptográficos normalizados (como DES, *Data Encryption Standards* o PKCS, *Public Key Cryptography Standards*) que codifican la información de manera que sólo el usuario legítimo al recibirla puede deshacer dicha encriptación.

- Integridad de los datos, que es un servicio que garantiza que los datos que se reciben no han sido modificados de forma malintencionada.

- Mecanismos que garanticen la disponibilidad de la información y las aplicaciones que dan soporte a los procesos de trabajo, donde deben existir elementos redundantes en servidores y redes, sistemas de copias de seguridad, y protocolos de garantía de continuidad de negocio en caso de desastres.

Elementos organizativos

Uno de los elementos clave es la creación de un plan de seguridad donde se definan los protocolos y procedimientos de seguridad informática existentes en la organización. Deberá existir un coordinador o comité de seguimiento del plan, responsable además de la difusión del mismo a todos los profesionales que deben ser informados de las políticas de seguridad en el acceso y tratamiento de los datos de los pacientes, lo que incluye procedimientos de identificación, asignación, comunicación y archivo de las claves de acceso, procedimientos para preservar la información en distintos soportes informáticos, o la gestión de incidencias. Otras figuras necesarias son la de un responsable del fichero de datos o un responsable del registro de incidencias.

Algunas malas prácticas

En multitud de ocasiones la realidad de los centros trae consigo la aparición de malas prácticas que vul-

neran la seguridad. Algunos ejemplos son: cuentas de usuario compartidas, tipo "admisión", o "enfermería", el tratamiento de datos para usos diferentes al estrictamente asistencial (por ejemplo para investigación o para estudios epidemiológicos), sin haber pasado por un proceso previo que elimine la información personal (lo que comúnmente se denomina "base de datos anónima") y el escaso control de la información clínica en papel en diferentes impresoras o bandejas de entrada y salida que dan soporte a los distintos circuitos del centro.

Las nuevas aplicaciones

Prácticamente todas las aplicaciones informáticas de última generación en el ámbito sanitario (tanto en la gestión de pacientes, como en los sistemas departamentales), cumplen con los requerimientos de seguridad exigibles a los mismos, como el control de acceso, o el registro de acciones.

Las nuevas aplicaciones, como por ejemplo los sistemas de receta electrónica, donde intervienen los profesionales de los centros, las oficinas de farmacia, los colegios de farmacéuticos y la Administración, o la creación de historias de salud unificadas que recogen información de diferentes centros y ámbitos sanitarios (primaria, especializada, medicina preventiva, enfermedades laborales, etc.), son ejemplos de aplicaciones informáticas que requieren del acceso de diferentes actores cuyo puesto de trabajo no tiene por qué estar necesariamente en el entorno de la red corporativa.

Es habitual, en estos casos, apoyarse en la infraestructura de red existente de forma universal, esto es, en Internet.

Para proporcionar los servicios de seguridad exigibles en el acceso y tratamiento de la información sanitaria, estas aplicaciones utilizan tecnología basada en infraestructuras de clave pública (PKI, *Public Key Infrastructure*), que se basan en la emisión de certificados digitales y la provisión de herramientas que realizan sobre una determinada información en cualquier formato (documento, imagen o datos estructurados) firmas digitales.

La principal referencia contrastada en cuanto a seguridad y validez legal de los trámites realizados utilizando firmas digitales, la tenemos en las declaraciones de impuestos, donde la autoridad de certificación, que emite certificados unívocos a personas y empresas es la fábrica nacional de moneda y timbre.

El futuro de estas aplicaciones informáticas pasa por la distribución de certificados digitales válidos a todos los actores que intervienen en los distintos procesos. ■

**Ingeniero de Telecomunicaciones,
Gerente de Sanidad de PricewaterhouseCoopers.
Para contactar: oscar.gil.garcia@es.pwc.com*



Nuestro trato: respeto y confianza

Nuestros hospitales

ALBACETE	— Capiro Clínica Recoletas Capiro Residencia Asistida La Manchuela Capiro Residencia Asistida Alcábalá Capiro Residencia Las Viñas
BADAJOS	— Capiro Clideba Capiro Policlínica Clideba (Mérida) Capiro Hospital de Santa Justa (V. de la Serena)
BARCELONA	— Capiro Hospital General de Catalunya
CÁCERES	— Capiro Virgen de Guadalupe
CIUDAD REAL	— Capiro Clínica Recoletas Capiro Policlínicos en Alcázar y Puertollano Capiro Residencia Asistida Dulcinea (Alcázar de S. Juan) Capiro Hospital Alcázar de San Juan (en construcción)
MADRID	— Fundación Jiménez Díaz Capiro Hospital Sur (Alcorcón) Capiro Clínica Recoletas (Alcalá de Henares) Capiro Hospital Valdemoro (en construcción)
MURCIA	— Capiro Hospital de Molina (Molina de Segura)
TOLEDO	— Capiro Hospital de las Tres Culturas Capiro Clínica de Talavera (T. de la Reina)
PORTUGAL	— Capiro Policlínico Campomaior



Capiro Sanidad

tu salud en buenas manos



José Ignacio Alemany*

Los ensayos clínicos y el IVA

Tratamiento fiscal de los ensayos clínicos en el ámbito del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA), según la doctrina administrativa aplicable actualmente.

El tratamiento fiscal en el ámbito del Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) de los contratos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos en fase experimental suscritos entre laboratorios y hospitales y/o médicos ha provocado controversias y divergencias entre Administración tributaria y profesionales del sector farmacéutico.

Básicamente la polémica se debe en cuanto a su consideración por parte de la Administración tributaria como servicios no exentos del IVA, pese a que el sector farmacéutico considera que deberían estar incluidos dentro del concepto de “asistencia sanitaria” y, por tanto, considerarse exentos del impuesto.

Pregunta: *¿Qué servicios sanitarios están exentos del Impuesto sobre el Valor Añadido?*

Respuesta: La Ley del Impuesto sobre el IVA establece que estarán exentos del impuesto los servicios de asistencia médica, quirúrgica y sanitaria, relativa al diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades, prestados por profesionales médicos o sanitarios a personas físicas.

P¿Requiere la exención del IVA que los servicios sanitarios se facturen directamente por los profesionales que los prestan?

RNo, los servicios de asistencia médica estarán exentos, en tanto en cuanto estén incluidos en el ámbito de la exención, aunque los profesionales médicos o sanitarios que presten los mencionados servicios actúen por medio de una sociedad mercantil y, ésta, a su vez, facture dichos servicios al destinatario de los mismos.

P¿Qué se entiende por ensayo o estudio clínico?

RConsiste en la realización de una actividad investigadora por parte de profesionales médicos, al tratar a pacientes que sufran determinadas enfermedades con medicamentos experimentales para constatar su eficiencia y efectos. Los laboratorios farmacéuticos contratan a profesionales médicos para que realicen ensayos clínicos sobre nuevos fármacos para verificar su rendimiento terapéutico.

P¿Están exentos del IVA los servicios de elaboración de ensayos clínicos?

REl sector sanitario considera que la elaboración de ensayos clínicos debe incluirse dentro de la exención aplicable a los servicios de asistencia médica, puesto que la finalidad última de tales ensayos es la prestación de asistencia médica a los pacientes con nuevos fármacos que obtengan mejores resultados. Se basan en la jurisprudencia comunitaria que considera que la finalidad terapéutica de la asistencia sanitaria a personas físicas es lo que debe determinar la exención del IVA, sin que deba interpretarse tal acepción de manera restrictiva. Sin embargo, la DGT sostiene un criterio uniforme en este punto, considerando que la realización de ensayos clínicos con el fin de experimentar medicamentos en personas físicas no se incluye dentro del concepto de asistencia sanitaria y, por tanto, constituye una actividad sujeta y no exenta al IVA (Resoluciones en Contestación a Consulta tributaria de 13 de julio de 2005, 18 de julio de 2006, entre muchas otras).

Consultoría

Impuestos

P ¿Están exentos del IVA los ensayos clínicos si los realiza una Fundación?

R La sujeción al IVA se aplica de modo objetivo y no subjetivo, por lo que es irrelevante a estos efectos que la realización de ensayos clínicos sea efectuada por una fundación, si ésta ejerce tal actividad de forma onerosa, es decir recibiendo contraprestación por parte del laboratorio que encarga tal servicio. Así, si el laboratorio encarga la realización de un ensayo clínico a una fundación, ésta deberá emitir una factura repercutiendo la cuota del IVA, al estar tal actividad sujeta al impuesto y no exenta, según la opinión de la DGT.

P ¿Cuál es el tipo impositivo aplicable a estos servicios de ensayos clínicos?

R En la Consulta V1541-06 de 18 de julio, la DGT consideró por primera vez que la realización de ensayos clínicos con el fin de experimentar medicamentos en personas físicas debía tributar al tipo del 7 por ciento en el IVA, al tratarse de servicios de asistencia sanitaria. Posteriormente, con fecha 10 de enero de 2007, la DGT emitió una nueva Resolución en Contestación a otra Consulta (V40-07) en la que confirma que los ensayos clínicos deben tributar al tipo del 7 por ciento.

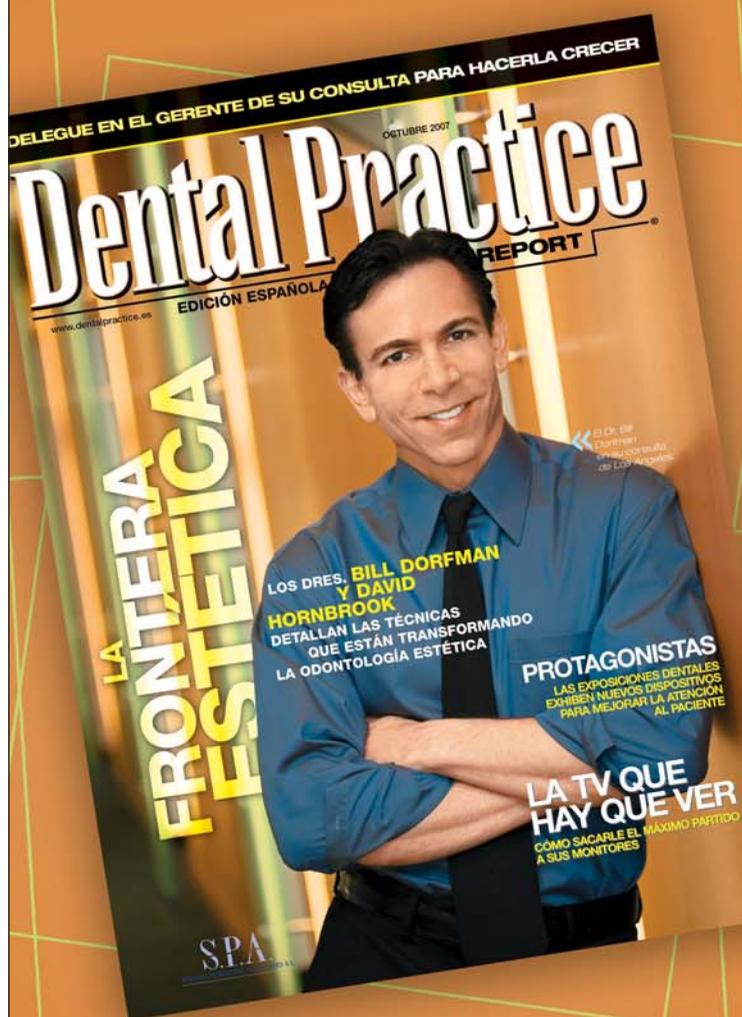
P ¿Es aplicable el tipo reducido del IVA a la realización de otro tipo de estudios relacionados con los ensayos clínicos?

R Recientemente, con fecha 11 de julio de 2007, la DGT ha evacuado una nueva Contestación a Consulta tributaria (V1529-07) en la que considera que tanto los estudios observacionales y epidemiológicos como las labores de recopilación de datos, también tienen como finalidad principal la investigación por lo que también les será aplicable el tipo del 7 por ciento. ■

**La sección Consultoría-Impuestos está a cargo del bufete Alemany, Escalona & Escalante, al que pertenecen los autores del artículo: José Ignacio Alemany, socio director, y Francisco Porras Pedraza. Para contactar: joseignacio.alemany@alescab.es*

Suscríbese

el mejor soporte
para integrar
visión de negocio,
práctica clínica
y avances tecnológicos



Recibirá gratuitamente
la revista mensual
cumplimentando
el boletín de suscripción
en www.dentalpractice.es

NOVEDAD

analizador multifrecuencia segmental

PARA VALORACION DE EDEMAS

Agua Extra Celular
Agua Intra Celular
Agua Total Corporal

PARA VALORACION NUTRICIONAL

Indice de Grasa Visceral
Indice de Grasa Total
Indice de Tasa Metabólica
Masa Grasa Localizada
Masa Muscular por Segmentos
IMC, MB

VARIOS

Tipología Física
Balance Muscular
Masa Osea
Valores de Impedancia Multifrecuencia
Peso

COMPLEMENTOS

Programa SuiteBiologica 7.0
Histórico y Evolutivo de resultados obtenidos
3 años de garantía
Homologado Directiva Médica CE
Certificado Clase III



TANITA

Tel: 938718147 - www.bl-biologica.es

BioLógica
Tecnología Médica sl

Distribuidor General para España

La Economía y su Dinero

Los garantizados, principal apuesta de las gestoras

A últimos de septiembre se registraron en la CNMV 12 nuevos fondos.

Las gestoras están haciendo una apuesta especial por el lanzamiento de fondos garantizados, hasta que escampe el temporal y se solucionen las actuales incertidumbres que están creando las relaciones internacionales. Este tipo de fondos van dirigidos, principalmente, a inversores conservadores que no están dispuestos a asumir riesgos. En los últimos días de septiembre se han registrado en la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV) 12 nuevos fondos de inversión, frente a los 27 del mismo periodo de 2006. Y hay una presencia significativa de fondos garantizados en las nuevas ofertas. Los fondos garantizados ofrecen la ventaja de que se crean *ad hoc* y, así, pueden adecuarse a la situación de mercado.

Los datos de VDOS Stochastics muestran que la revalorización de los garantizados ha sido de un 1,67 por ciento en el año. Si bien es cierto que garantizan el capital, ello no significa que no se pueda perder par-

te de la inversión. Puede suceder si uno sale del fondo antes del vencimiento. En este caso se suele exigir una comisión de reembolso que puede llegar al 5 por ciento.

En Europa, en agosto, los fondos garantizados registraron unas suscripciones netas totales estimadas cercanas a los 7.000 millones de eu-



ros, una de las cifras más altas desde que Lipper hace seguimiento de los flujos de dinero en fondos a nivel paneuropeo. En cuanto a la rentabilidad de los distintos tipos de productos, en los últimos doce meses los fondos de inversión en renta variable nacional ganan el 20,1 por cien-

to; los de renta variable de la zona euro, el 18,2 por ciento y los mixtos nacionales, entre el 11,8 y el 4,6 por ciento.

Por su parte, los fondos garantizados que invierten en renta variable rentaron el 4,3 por ciento y los de renta fija a corto plazo, el 3 por ciento. Obtuvieron un rendimiento inferior a la inflación —el IPCA se situó en el 2,3 por ciento en agosto— los fondos garantizados de renta fija (2,5 por ciento) y los fondos de renta fija a largo plazo (1,12 por ciento). Los fondos garantizados aparecieron por primera vez en 1995 como un producto de escaso riesgo, a consecuencia de las fuertes pérdidas que habían sufrido muchos participantes en sus fondos de inversión ‘normales’ durante el año 1994. Los garantizados nacieron como una modalidad específica de fondos de inversión, atractiva porque el inversor no perdía dinero, siempre que no sacara el dinero antes de la fecha reflejada en el contrato.

Los fondos emergentes ganan la batalla de la rentabilidad

Las turbulencias de la Bolsa han pasado factura a los fondos de inversión. Su rentabilidad en los últimos doce meses, hasta agosto, se ha situado en promedio en el 5,03 por ciento; al cierre de junio sumaba un 7,16 por ciento. El grupo de fondos de renta variable emergentes es un caso especial. Es cierto que en los últimos doce meses, hasta agosto, acumulan una ganancia, en promedio, del 30,26 por ciento, la más elevada, de entre todas las categorías. Además, en los ocho primeros meses de este año suben un 12,87 por ciento, pero, y es aquí donde radica su especialidad, las distancias sobre cualquier otra categoría son amplísimas: en el mejor de los casos, de casi ocho puntos porcentuales; en el peor, de más de 18, teniendo en cuenta que los fondos invertidos en Japón sólo en estos meses pierden más de un 6 por ciento. Este grupo de fondos emergentes es un poco “cajón de sastre”: se incluyen desde fondos especializados en China a otros centrados en Latinoamérica, pasando por algunos localizados en los países del Este y precisamente por ello las diferencias entre unos y otros son llamativas.

“Ahora es mejor dar dinero a un fondo que comprar acciones o ETFs”

Renta 4 Gestora no para de innovar. Después del novedoso Pegasus, un fondo de rentabilidad absoluta, que a poco más de tres meses de su lanzamiento está ofreciendo ganancias superiores al 3 por ciento, ya está ultimando los detalles para el lanzamiento de un fondo de *hedge funds*, con el que espera obtener rendimientos cercanos al 12 por ciento con una reducida volatilidad. También acaba de iniciar los trámites para que la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV) le autorice a comercializar el próximo año fondos de inversión libre. Según Miguel Jiménez y Álvaro Lario, gestores de la firma, con ello el objetivo de Renta 4 es poner al alcance de sus clientes todas las herramientas de inversión posibles, asegurando una óptima rentabilidad. Y recomiendan: “Por el momento de ciclo que estamos, es mejor darle el dine-

ro a un fondo que meterse en el mercado a través de acciones o de ETF”.

Respecto a cómo están afectando a los fondos de inversión las turbulencias de los mercados bursátiles y de capitales de las últimas semanas, responden:



Miguel Jiménez y Álvaro Lario, gestores de Renta 4.

“A diferencia de otras épocas, como mayo del año pasado, a nivel de mercado no está habiendo una salida de patrimonio importante. En nuestro caso concreto, a pesar de las caídas no estamos viendo mucha salida de dinero. La razón es que lo estamos haciendo mejor que el mercado y mientras que en

otras casas sí se ha producido una huída del patrimonio, en Renta 4 esta circunstancia no se ha dado. Al contrario, incluso está creciendo un poco. Se observa un giro de renta variable española hacia otros fondos. De hecho, nuestro fondo Ibex 35 se está comportando peor que otros, como es el caso del Eurobolsa o de otros productos que están subiendo. Por ejemplo, destaca el Emergentes, aunque parezca extraño, después de la subida que han tenido en los últimos años estos mercados y de que lo lógico es que caigan más que el resto en momentos de crisis. Este mejor comportamiento de los emergentes es otra de las diferencias con respecto a ejercicios pasados. De nuestros fondos, dos de los mejores en la actualidad son el Renta 4 Latinoamérica, que ha conseguido doblar patrimonio, con más de un 20 por ciento de rentabilidad, y el Renta 4 Asia, con un rendimiento del 15 por ciento en el año.” ■

LOS EXPERTOS RECOMIENDAN

JP Morgan y Citigroup bajan la recomendación de los bancos medianos españoles

Banesto y Banco Pastor recibieron una rebaja de recomendación de ‘neutral’ a ‘infraponderar’ por parte de JP Morgan, que sitúa sus respectivos precios objetivos en 14,20 y 12,60 euros. El broker deja sin cambios al resto de bancos españoles, pero reduce sus precios objetivos. Mantiene ‘sobreponderar’ a Banco Santander y BBVA con precios objetivos de 15,20 y 20,00 euros, respectivamente; mientras que mantiene ‘infraponderar’ a Banco Popular y Bankinter, situando sus precios objetivos en 12,10 euros y 9,70 euros. Estas recomendaciones negativas se suman a las de Citygroup, que ha rebajado las expectativas de ingresos para 2007 de todos los bancos medianos menos de Banco Sabadell, que aumentan un 1 por ciento. Pero en 2008 y 2009 ninguno se escapa de los recortes, con Bankinter entre los más perjudicados, con un 3 por ciento menos en 2007, un 9 por ciento menos en 2008 y un 13 por ciento menos de lo esperado en 2009. De esta forma, la previsión de ingresos de Citigroup para los bancos medianos españoles está entre un 3 y un 7 por ciento por debajo del con-

senso. Pero donde los bancos españoles se llevan su mayor golpe es en su valoración bursátil. Citigroup rebaja casi a la mitad el precio objetivo de Bankinter, de 13 euros a 7,10 euros (-83 por ciento), de 20,5 euros a 13,15 euros el de Banesto (-55 por ciento), de 17,5 euros a 11,51 euros el de Popular (-52 por ciento) y de 9,8 euros a 6,26 euros el de Banco Sabadell (-56 por ciento).

Selftrade Bank: Enagás y Ebro Puleva

Celine Giffard-Foret, analista de Selftrade Bank, asegura que no se puede dar por finalizada la crisis de las hipotecas *subprime* ya que aún se desconoce su impacto real. Respecto a la evolución del Ibex 35, Giffard-Foret afirma que volverá a alcanzar los 15.000 puntos a final de año. Entre sus preferencias en un mercado caracterizado por una fuerte volatilidad, apunta a valores con un alto componente defensivo, como las *utilities* o las compañías de consumo defensivo, como las empresas de alimentación. Entre sus valores preferidos se encuentran Enagás, Ebro Puleva o las compañías con una alta rentabilidad por dividendo, como es el caso de Telecinco o Antena 3.

Felipe Aguilar demostró su calidad en Layos

El jugador chileno Felipe Aguilar ha sido el vencedor del OKI Mahou Challenge de España disputado en el Golf Campo de Layos.

En una emocionantísima jornada final, al menos cuatro jugadores rondaban la victoria. Junto con los dos primeros empatados, peleaban por el título el francés Calmels, que se quedó en tercera posición a un golpe de la victoria, y el líder en la primera y tercera vuelta del torneo, el jovenísimo Antti Ahokas a quien la falta de experiencia le venció en los últimos tres hoyos: en el 15 se fue al agua; en el 16, sin haber leído las reglas locales, fue a una zona de alcornoques donde se podía dropar sin penalidad y el jugador lo declaró injugable, por lo que el *birdie* que habría hecho para recuperar sus posibilidades se convirtió en par; y finalmente no fue capaz de restar más golpes a su vuelta para fi-



El chileno, durante el torneo.

nalizar, con 14 golpes bajo par, en cuarta posición.

Aguilar tuvo que embocar el *birdie* del 18 para finalizar con 67 golpes para 271, menos 17, algo que

no logró el alemán Tobias Dier para imponerse en el torneo, y firmó 70 para empatar con el chileno. Sólo hizo falta un hoyo de desempate, el 18, para decidir el ganador, en el que, desde la calle, el alemán se fue al *bunker* situado detrás del *green* mientras que el chileno se quedó al borde del *green* para adjudicarse el torneo. De esta manera Aguilar consolida su posición del número uno del Challenge Tour. Llegó a Toledo después de dos semanas de descanso tras su victoria en Alemania, donde ganó precisamente en un play-off entre tres jugadores.

En la última jornada del torneo se vio en una situación similar, con el mismo resultado, con lo que se consolida como número uno del Challenge Tour. ■

Rocío Aguirre: “Queremos que MadridGolf sea una feria de referencia para todo el sector”

Rocío Aguirre es la directora de MadridGolf 2007, la feria de golf más importante que se celebra desde el año pasado en nuestro país. Este año, MadridGolf espera 12.000 visitantes, tendrá 10.000 metros cuadrados de exposición y se convertirá en referencia directa del mundo de los 18 hoyos en España del 18 al 21 de octubre. Para ella lo más destacable es que este año vienen las marcas de material. “El año pasado no vinieron

y este año ya van a estar con nosotros. Este año vamos a tener dos *driving range*, un *putting green* y un concurso de *putt*. Van a estar marcas como Wilson, Taylor Made, McGregor, en fin, casi todas. Además, Taylor Made traerá el camión del Tour Europeo en el que los aficionados podrán hacer un *fitting* y luego la tienda en la que podrán comprar todo el material que deseen”, comenta Aguirre.



La organizadora afronta con ilusión la segunda edición de MadridGolf.

Las tres de últimas

Publicaciones

La aportación de las empresas de tecnología sanitaria a la sostenibilidad del sistema sanitario español

El informe elaborado por la Federación Española de Tecnología Sanitaria en colaboración con la consultora PricewaterhouseCoopers, recoge a lo largo de ocho capítulos hasta 27 propuestas para fortalecer la sostenibilidad del sistema sanitario español del sector de la tecnología sanitaria. Para ello se requiere la implicación de todos los actores, incluyendo desde la Administración, proveedores y asociaciones de pacientes, hasta la transformación digital, la formación de profesionales, la identificación de pacientes para nuevas terapias, o dar todo el impulso posible a los proyectos de investigación en los que prima la innovación. Para su elaboración se han desarrollado entrevistas personales y grupos de trabajo, y se ha contado con la participación de 120 empresas y 13 sociedades científicas.



Un paseo por la naturaleza

El jardín Botánico acoge una muestra que llega a Madrid tras exponerse en Edimburgo (dentro del festival Fringe) y en otras ciudades europeas (Stavanger en Noruega, o Estocolmo y Gotemburgo en Suecia). El novedoso montaje que propone el Real Jardín Botánico permite al visitante pasear al aire libre y seguir la letra de "A Hard Rain's A-Gonna Fall" ilustrada con las fotografías de Mark Edwards y las de otros artistas reconocidos mundialmente, que han sido realizadas en 150 países. Todas las fotografías expuestas "constituyen un alegato contra el deterioro medioambiental, la desertización, la contaminación de nuestro planeta.

La exposición estará en el Real Jardín Botánico de Madrid (Plaza de Murillo, 2) hasta el 21 de octubre, cuando viajará al Jardín Botánico Atlántico, de Gijón, y luego al Jardín Botánico de Valencia.



ARTE

El país tenebroso

El Círculo de Bellas Artes (C/ Alcalá, 42) acoge hasta el próximo 11 de noviembre una exposición dedicada a Bruno Schulz, una de las figuras más sobresalientes de la pintura



polaca del período de entreguerras. Su obra tiene ciertos tintes del expresionismo y el simbolismo y está influenciada por el realismo mágico alemán y por artistas como Balthus o Pierre Klossowski.

A pesar de morir joven, Bruno Schulz tuvo tiempo de ser uno de los principales artistas judíos, sobre todo gracias a "El libro idólatra", un álbum de grabados que reflejan el universo del pintor. La exposición "El país tenebroso", incluye una selección de la obra plástica y literaria, incluidos los 49 clichés de cristal que integran el álbum. Además se podrá ver también su único cuadro conocido que lleva por título "El Reencuentro".

Las tres de últimas

Exposiciones

El Museo Nacional de Arte Romano de Mérida acoge una muestra sobre Atapuerca

El Museo Nacional de Arte Romano (MNAR) de Mérida acoge la exposición “Atapuerca y la evolución humana”, que está dedicada a las excavaciones que se realizan en ese yacimiento.

Se trata de una exposición que está enmarcada en las actividades organizadas con motivo del XXI Día del Museo, en el que también se entregará el XIV Premio Internacional “Genio Protector de la Colonia Augusta Emérita”, que concede la asociación Amigos del Museo. Además, durante los meses de octubre y noviembre está previsto que se lleven a cabo conferencias como “Otoño en Atapuerca” y otro ciclo de conferencias dedicadas a dichas excavaciones.

La exposición permanecerá abierta hasta el 25 de noviembre en el Museo Nacional de Arte Romano (C/ José Ramón Mérida, s/n. Mérida).

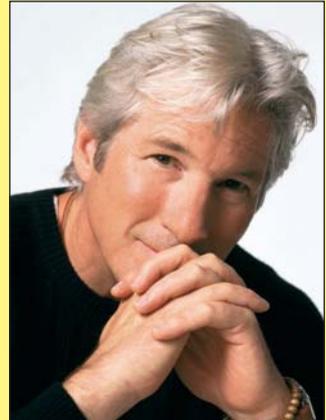


C I N E

La gran estafa

Richard Gere vuelve a la cartelera española con “La gran estafa”, un *film* ambientado en la década de los 70 y basado en hechos reales. La cinta cuenta cómo el escritor Clifford Irving engañó a una importante y poderosa editorial, a cuyos dirigentes les hizo creer que tenía permiso del mismísimo Howard Hughes para publicar su autobiografía. Lo que comienza siendo la única salida para un escritor al que apenas le quedan diez centavos en el bolsillo, se acaba convirtiendo en un escándalo que salpica incluso a la Casa Blanca...

Acompañan a Gere actores de la talla de Marcia Gay Harden, Alfred Molina, Julie Delpy, Hope Davis y Stanley Tucci.



Música

Vuelve Gloria Estefan con nuevo disco

Gloria Estefan vuelve a sus raíces cubanas con el nuevo disco que acaba de publicar en todo el mundo. “90 millas” es el título elegido por la cantante, y son precisamente las millas que dividen a los cubanos de la isla de los que viven en Estados Unidos, como Gloria. Por eso, interpretan canciones nuevas numerosas leyendas de la música cubana: Israel “Cachao” López, Alfredo “Chocolate” Armenteros y Cándido Camero, entre otros. Según afirma la cantante “la presencia de tantas personas fue el resultado de la pureza y la nostalgia que exigía el disco. Quisimos extraer esos ritmos cubanos que ya no se están grabando —el son montuno, el danzón y la conga— y hacerlo de una forma más moderna”.



Internet

Extremadura pide descentralización tecnológica

El gobierno extremeño ha pedido reiteradamente la descentralización de las políticas sobre Sociedad de la Información, con un argumento tan sencillo como que el Estado de las Autonomías se está desarrollando progresivamente en todos los ámbitos, menos en las políticas tecnológicas.

También piden desde Extremadura que no se ataquen las iniciativas de “software libre” puestas en marcha en Andalucía y en Extremadura desde hace años. “A mediados de los noventa –explica un portavoz de la Junta de Extremadura– las grandes empresas del sector asustaron a las autoridades hasta lograr que se les diera protección frente a herramientas más democráticas y expansivas; como el software libre, y lo malo

es que las líneas estratégicas de esa posición se mantienen”.

Para superar el atraso en conectividad y parque tecnológico instalado respecto a otros países desarrollados, el Gobierno extremeño pide al de la nación que se implique más en la promoción del software libre, además de impulsar otras medidas como crear grandes áreas wi-fi, o abaratar los costes de conectividad a las redes.



El gobierno extremeño, que preside Guillermo Fernández Vara, pide más implicación en la promoción del ‘software’ libre.

Precisamente la Junta de Andalucía, junto a Sadiel y Hewlett-Packard, está trabajando en una propuesta basada en arquitectura de software libre para promover una iniciativa integrada de Gestión de Identidades que será pionera en España.

Durante los próximos tres años se trabajará en el diseño e implantación de este sistema que permitirá unificar el tratamiento de la identidad en todas las plataformas y procesos relacionados con la Administración andaluza y facilitará el trabajo de los funcionarios autonómicos a través de una autenticación única.

El proyecto cubrirá –entre otros– el aprovisionamiento centralizado en todos los sistemas y los flujos de integración con los sistemas en funcionamiento y futuros de TI. ■

UN VISTAZO A LA RED

De la gloria a la chatarra

Más de 4.200 aviones procedentes del ejército de EE.UU. o de la NASA, duermen plácidamente en el cementerio de aviones Amarc, esperando el día que pasen a su irreversible desguace. Esta espectacular instalación, se puede visitar.

<http://www.amarcexperience.com/AMARCDescription.asp>



Están por las nubes

Es una sensación tan difícil de explicar como de olvidar. Una empresa española oferta los viajes como elemento de ocio, pero también como soporte publicitario. La empresa cuenta además con aeródromo propio.

<http://www.theballooncompany.es>



Ciberconsejos

Setenta y dos horas de infarto

Un hombre de unos 30 años murió en un cibercafé de Cantón (sur de China) tras haber pasado tres días jugando sin parar. El hecho de que permaneciera tanto tiempo le provocó un fallo cardíaco. Los equipos de socorro no pudieron hacer nada por el internauta cuando llegaron, después de que la víctima se desmayase de repente delante de la pantalla del ordenador del café.

La máquina no sustituye al hombre

Patrocinado por IBM, un equipo elaboró un programa que convierte el discurso oral en lenguaje de señas, siendo éste reproducido por un personaje animado en la pantalla. El sistema SiSi (Say It Sign It), permitirá dar una conferencia de prensa asistido por una traducción en lenguaje de señas en una pantalla. SiSi convierte con bastante fiabilidad la palabra en texto y éste en signos representados por el personaje.

I Congreso

SOCIEDAD MADRILEÑA DE

TRASPLANTES

Madrid 15 y 16 de noviembre de 2007

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. C/ Santa Isabel, 51



Secretaría Técnica

DRUG FARMA
CONGRESOS, S.L.

Antonio López, 249 (1ª) · 28041 Madrid
Tel 91 500 20 77 · Fax 91 500 20 75
secretaria@smtrasplantes.org
www.smtrasplantes.org

Formación & Empleo

Para insertar anuncios en esta sección diríjase a Cristina García a través de:
spa@drugfarma.com - Tel.: 91 500 20 77 - Fax 91 500 20 75

Compañía multinacional líder en sistemas de Información Clínica e Integración Tecnológica para el Sector de la Salud, busca:

SALES DIRECTOR

Se requiere:

Más de cinco años de experiencia profesional en la venta de servicios de IT relacionada con el Sector de la Salud/ Hospitales y nivel fluido del inglés.

Se ofrece:

Remuneración competitiva, así como otros beneficios.
Candidatos interesados, por favor envíen su C.V. en inglés a nuestros consultores: información@eurogalenus.com, ref. Sales Director.

Importante grupo Farmacéutico multinacional necesita incorporar:

MÉDICOS HEMATÓLOGOS Y ONCÓLOGOS

Se requiere:

Experiencia previa en un departamento médico, de ventas o de marketing dentro de la Industria Farmacéutica. Es necesaria Licenciatura en Medicina y Cirugía con especialización en Hematología u Oncología.

Interesados, enviar C.V. a la mayor brevedad posible a: EuroGalenus: Avda. Alberto Alcocer, 7, 2º Izda.; 28036 Madrid. Tel: 91 350 55 56.

Mercadona precisa para las zonas de A Coruña, Barcelona, León, Lugo y Madrid:

MÉDICOS

Se ofrece: Contrato fijo. Sueldo bruto anual de 41.540 euros. Horario flexible.

Requisitos: Carné de conducir y coche propio. Se valorará especialidad en medicina del trabajo y formación en prevención de riesgos laborales. Interesados envíen referencias a: María Arroyo (RR.HH.) marroyo@mercadona.es
Mercadona S.A. Plaza de los Reyes Magos, s/n, 28007. Madrid
REF. Médico-Madrid.

Grupo Internacional del sector clínico/hospitalario, busca:

DIRECTOR DE DIVISIÓN

Se precisa:

Mínimo de cinco años de experiencia en el sector del Diagnóstico y/o el Laboratorio acompañado de un nivel alto de Inglés.

Se ofrece:

Salario fijo muy atractivo acorde a la experiencia aportada, bonus en función de resultados.

Si desea obtener más información, por favor, póngase en contacto con Celia González/Luis Truchado. Eurogalenus: Avda. de Alberto Alcocer, 7. 28036 Madrid. Tel: 91 350 55 56; Fax: 91 350 7415.
E-mail: informacion@eurogalenus.com.

Importante grupo farmacéutico multinacional necesita incorporar para su departamento científico y de marketing:

MÉDICOS

Se requiere:

Experiencia previa en un departamento médico, de ventas o de marketing dentro de la Industria Farmacéutica o en Servicios (Editorial, Publicidad, etc.) y un conocimiento fluido del idioma inglés. Buena capacidad de comunicación.

Interesados, enviar C.V. a la mayor brevedad posible a EuroGalenus:
Avda. Alberto Alcocer, 7, 2º izda.
28036 Madrid.

E-mail: informacion@eurogalenus.com;
web: www.eurogalenus.com

Hospiten Grupo Hospitalario selecciona:

MÉDICOS ÁREA URGENCIAS PARA CANARIAS Y ESTEPONA

Se requiere: Imprescindible titulación española u homologación del Ministerio de Educación y Ciencia de España.

Enviar C.V. con fotografía reciente y carta de presentación indicando el puesto al que opta a:

e-mail: empleo@hospiten.com.
Fax: 922 62 05 75 o a la dirección de correo C/ Pescadores s/n.
Edificio Discovery 38108
Taco- La Laguna (Tenerife).

SPA Medical Economics®

GESTIÓN PROFESIONAL - ATENCIÓN AL PACIENTE

EDICIÓN ESPAÑOLA

En el próximo número...

La Bolsa de la salud

MEDICAL ECONOMICS organizó una jornada de debate con expertos de reconocido prestigio para abordar la situación actual y futura de la Bolsa en el sector sanitario. Se realizó un análisis del conjunto de las empresas del sector sanitario español que cotizan en Bolsa y de los principales fondos de inversión.

Mi trabajo es mi ilusión

La autora de este relato asegura que todos los sacrificios que supone trabajar en un hospital merecen la pena. Consciente de que lo que hace es importante, y que muchas de sus decisiones pueden marcar la vida de una persona, mantiene viva la ilusión de los primeros días.

Cómo organizar los documentos en su consulta

Descubra la forma más eficaz de tener organizados los documentos que guarda en su consulta. Una buena organización le ayudará a ser más eficaz en su trabajo y en la atención que dispensa a sus pacientes.

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 pajá, 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 paranoicos. - si se trata la fase depresiva de la psicosis maníaco-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 fenitoina) 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, anemia aplásica y trombocitopenia) (véase también 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo), - aumento en las actividades de las transaminasas séricas - exantema - paréresia - Síndrome de las pierns inquietas - artalgia/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 hipertensión 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 farmacocinéticas.** Grupo farmacoterapéutico: Antidepresivo. Código ATC: N06AX11. Mirtazapina es un antagonista central α_{2B} presináptico, que aumenta la neurotransmisión noradrenérgica y serotoninérgica a nivel central. La intensificación de la neurotransmisión serotoninérgica está mediada específicamente por los receptores 5HT_{1A}, ya que la mirtazapina bloquea los receptores 5HT₂ y 5HT₃. Se cree que ambos aumentos de mirtazapina contribuyen a la actividad antidepresiva, el enlentecimiento (S) bloqueando los receptores α_{2B} y 5HT₂ y el enlentecimiento (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 ansiedad, inhibición psicótica, alteraciones del sueño (despertar temprano) y pérdida de peso aumentan la posibilidad de una respuesta positiva. Otros síntomas son: pérdida del 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 postoperatoria. La mirtazapina presenta una farmacocinética lineal en el intervalo de dosis recomendado. La ingesta 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-hidroxido 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 induce efectos de importancia clínica en series de ensayos de 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 resultado 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], glicerol [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. Período de validez.** 2 años; período 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 con tapón con 66 ml de Vastat solución oral (15 mg/ml) y una bomba dosificadora. El frasco se llena 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 continuar presionando y girando se desensacará el tapón. Este procedimiento se muestra en un símbolo sobre el tapón de rosca. Acoplar la bomba dosificadora en el frasco. Sacar la bomba de su bolsa de plástico y acoplarla al frasco introduciéndola cuidadosamente al tubo de plástico en la boca del frasco. Presionar la bomba contra el frasco y enroscarla hasta que se ajuste perfectamente. Tirar off "clic" oprimir 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 servir solución oral. Girar suavemente la boquilla en el sentido contrario a las agujas del reloj hasta un tope (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) accionándola completamente 3 veces. Rechazar la solución oral que saiga 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. Solución 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 con descuento médico.** Incluirlo en el Sistema Nacional de Salud. Aportación Reducida. VASTAT® SOLUCIÓN 66ml. 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.

VASTAT®
mirtazapina
SOLUCIÓN ORAL

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 flecha. 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 paranoicos. Si se trata la fase depresiva de la psicosis maníaco-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 fenilketonúricos. **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 fenitoina) 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, anemia aplásica y trombocitopenia) (ver también sección 4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo), aumento en las actividades de las transaminasas séricas, exantema, paréresia, síndrome de las pierns inquietas, artalgia / 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 hipertensión 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 polvo, aspartamo, hidroxipropilmetilcelulosa, povidona, estearato de magnesio, copolímero E de amiloquitomacolato (Eudragit E100), ácido cítrico, croscopolona, manitol, celulosa microcristalina, aroma de naranja natural y artificial y bicarbonato sódico. **6.2. Incompatibilidades** No aplicable. **6.3. Período 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 película y lámina de aluminio recubierta con una capa resistente al calor. Los alveolos de los comprimidos están separados por líneas perforadas. Las películas plásticas contienen PVC (cloruro de polivinilo), poliamida y poliesté. 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** Con receta médica. Incluirlo en el Sistema Nacional de Salud. Aportación Reducida. VASTAT FLAS® 15 mg 30 mg comprimidos bucodispersables: CN: 770792. PVP+iva: 25,26 € DB VASTAT FLAS® 30mg 30 comprimidos bucodispersables: CN: 770842. PVP+iva: 42,29 € DB T. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN** Laboratorios Pensa Avda. Mare de Déu de Montserrat, 215 - 08041 Barcelona. **NÚMERO(S) DE REGISTRO** Vastat Flas® 15 mg, comprimidos bucodispersables: 64.861 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.

VASTAT 30
mirtazapina
FLAS

En un abrir y cerrar de ojos...



Adiós a la depresión

VASTAT30
mirtazapina



Antidepresivo de nueva generación

En 7 días se ven resultados^(1,2)

1. Benkert O, Szegedi A, Philipp M, Kohnen R, Heinrich C, Heukels A, van der Vegte-Senden M, Baker RA, Simmons JH, Schutte AJ. Mirtazapine orally disintegrating tablets versus venlafaxine extended release: a double-blind, randomized multicenter trial comparing the onset of antidepressant response in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2006;26:75-78.
2. Benkert O, Szegedi A, Kohnen R. Mirtazapine compared with paroxetine in major depression. *J Clin Psychiatry.* 2000;61:656-663.