

Medical Economics[®]

www.medeco.es.com

5^º ANIVERSARIO

23 de mayo de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente



5^º
ANIVERSARIO

S.P.A.

SEVEN PUBLICATIONS ASSOCIATES, LLC

Creemos en otra forma
de hacer medicina

En el Instituto Roche creemos en soluciones diferentes para personas diferentes. En una atención centrada en el individuo y no en la enfermedad. Creemos en la **Medicina Individualizada**.

En el Instituto Roche **innovamos para tu salud.**



43

V Aniversario de MEDICAL ECONOMICS

Así que pasaron cinco años

Desde su puesta de largo en 2003, hasta hoy, MEDICAL ECONOMICS ha publicado 92 números. Acompáñenos por este recorrido del primer lustro de vida de la revista líder de su género en el mercado español a través de sus portadas.

El sector sanitario opina...

Cinco años dan para mucho en la Sanidad española, por ello en el V Aniversario de MEDICAL ECONOMICS todos los sectores de la sanidad española valoran la situación actual y trazan una perspectiva de futuro.

- ▶52 Expertos
- ▶57 Aseguradoras
- ▶62 Consejerías de Sanidad
- ▶68 Grupos hospitalarios
- ▶71 Industria farmacéutica
- ▶77 Fundaciones
- ▶84 Colegios de médicos
- ▶93 Entidades



nuestro trato: respeto y confianza



Capiro Sanidad

tu salud en buenas manos



Nuestros hospitales

Albacete, Capiro Clínica Albacete - Capiro Residencia La Manchuela - Capiro Residencia Alcábalá - Capiro Residencia Las Viñas **Badajoz**, Capiro Clideba - Capiro Policlínica Clideba (Mérida) - Capiro Hospital de Santa Justa (Villanueva de la Serena) **Barcelona**, Capiro Hospital General de Catalunya (Sant Cugat del Vallès) **Cáceres**, Capiro Virgen de Guadalupe **Ciudad Real**, Capiro Clínica Ciudad Real - Capiro Policlínico Alcázar - Capiro Policlínico Puertollano - Capiro Residencia Dulcinea (Alcázar de San Juan) - Capiro Hospital Alcázar de San Juan **Madrid**, Fundación Jiménez Díaz - Capiro Hospital Sur (Alcorcón) - Capiro Clínica Alcalá de Henares - Hospital Infanta Elena (Valdemoro) **Murcia**, Capiro Hospital de Molina (Molina de Segura) **Toledo**, Capiro Hospital Tres Culturas - Capiro Clínica de Talavera (Talavera de la Reina).

más de 5.000 profesionales y 21 centros cerca de ti

www.capirosanidad.es

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García
Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Cristina García Blanco
medeconomics@drugfarma.com

Traducción

José A. Barberá y Miguel Marín.

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Publicidad Madrid

Beatriz Rodríguez
b.rodriguez@sapaeditores.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 135,20 €
Tarifa instituciones anual 109,20 €
Ejemplar suelto 5,50 €
Ejemplar atrasado 8,50 €
Precios válidos para España, IVA incluido

Fotomecánica e impresión:
Litofinter Industria Gráfica

© 2008

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

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

Controlado por 

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 11 **Gestión Profesional**
- 14 **Gestión de Calidad**
- 17 **Gestión de Calidad.
Medio Ambiente**
- 20 **Gestión en Atención
Primaria**
- 24 **Normativa**
- 27 **Impuestos**
- 30 **Tecnología**
- 32 **Tribunales**
- 34 **Inversiones**
- 38 **Internet y medicina**
- 40 **Capital Riesgo**

Y ADEMÁS...

- 5 **Carta del Editor**
- 8 **Atención al Paciente**



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Qué le parece que la investigación biomédica pase a depender del Ministerio de Ciencia e Innovación?

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

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



CURSO ON LINE

Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas crónicas y quemaduras

Medical Economics organiza este curso patrocinado por Salvat, que aborda los aspectos clave sobre la atención a las heridas agudas, crónicas y quemaduras. Para participar conecte con:

www.medeco.es.com

SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

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



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

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

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

© Copyright 2008 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 2008 Edición Española, Spanish Publishers Associates.

Editorial

Juan Abarca Campal
Consejero Delegado del Grupo HM Hospitales

Margarita Alfonsel
Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walthier
Jefe de Servicio de Neumología
Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Juan Ramón Arias Irigoyen
Director General de Operaciones
United Surgical Partners

Humberto Arnés Corellano
Director General de Farmaindustria

Joan Josep Artells i Herrero
Director
Fundación Innovación, Salud y Sociedad

Honorio Bando Casado
Consejero de Dirección
Instituto de Salud Carlos III

José María Barahona Hortelano
Catedrático de Oftalmología. Facultad
de Medicina. Universidad de Salamanca

Antonio Bartolomé Sánchez
Presidente
Federación Española de Clínicas Privadas

Carlos Belmonte Martínez
Director
Instituto de Neurociencias de Alicante

Miquel Bruguera i Cortada
Presidente
Colegio Oficial de Médicos de Barcelona

José María Campistol Planas
Jefe de Nefrología y Trasplante Renal
Hospital Clínico de Barcelona

Fidel Campoy Domenech
Director General de Salud. DKV Seguros

Enrique Catalán López
Director General de Ileven Salud

Felipe Chavida García
Presidente de Idepro

José Cortina Orriós
Director Adjunto de Bancaja

Enrique de Porres Ortiz de Urbina
Consejero Delegado de Asisa

José Manuel Díaz Arias
Presidente de Datadiar.com

Manuel Díaz-Rubio García
Vicepresidente
Real Academia Nacional de Medicina

José Antonio Dotú Roteta
Presidente de la Fundación Medicina
y Humanidades Médicas

Sergio Erill Sáez
Presidente de la Fundación Dr. Antonio Esteve

José Fernández-Vigo López
Director Médico
Centro Internacional de Oftalmología Avanzada

Carles Fontcuberta Sarrau
Asesor en Gestión Sanitaria. Barcelona

Abelardo García de Lorenzo y Mateos
Jefe Clínico Servicio de Medicina Intensiva
Hospital Universitario La Paz (Madrid)

José Angel García Rodríguez
Presidente
Sociedad Española de Quimioterapia

Enrique Gargallo Santa Eulalia
Director Médico
Clínica Medinorte de Valencia

José Antonio Gutiérrez Fuentes
Director de la Fundación Lilly

Leandro Herrero
Presidente
The Chalfont Project, Londres

Gabriel Herrero Beaumont
Jefe de Servicio de Reumatología
Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Héctor Jausás
Socio Director de Jausás Abogados

Fernando Jiménez Cruz
Jefe de Servicio de Urología
Hospital La Fe de Valencia

Albert Jovell Fernández
Presidente del Foro Español de Pacientes

Carlos Lens Cabrera
Consejero Técnico
Dirección General de Farmacia

Ricardo de Lorenzo y Montero
Presidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

José Manuel López Abuín
Director del Instituto de Salud Rural, La Coruña

Manuel Martín Cortés
Director de Marketing y Comunicación
Webasistencial

Santiago Martínez-Fornés Hernández
Vicepresidente
Asoc. Española de Médicos Escritores
y Artistas

Rafael Matesanz Acedos
Coordinador Nacional de Trasplantes

Teresa Millán Rusillo
Directora de Relaciones Institucionales de Lilly

Basilio Moreno Esteban
Presidente de la Fundación SEEDO

Alfonso Moreno González
Presidente del Consejo Nacional de
Especialidades en Ciencias de la Salud

Vicente Moya Pueyo
Catedrático Emérito
Dpto. Toxicología y Legislación Sanitaria
UCM

Regina Múzquiz
Directora de Relaciones Institucionales
Sanofi-Aventis

César Nombela Cano
Catedrático de Microbiología
Facultad de Farmacia UCM

José Palacios Carvajal
Servicio de Traumatología
Hospital La Zarzuela, Madrid

Santiago Palacios Gil-Antuñano
Director del Instituto Palacios de Salud
y Medicina de la Mujer

Federico Plaza Piñol
Director General
de la Fundación AstraZeneca

Regina Revilla Pedreira
Directora de Relaciones Externas
Merck Sharp & Dohme España

José Manuel Ribera Casado
Jefe de Servicio de Geriatria
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Ignacio Riesgo González
Director de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Germán Rodríguez Somolinos
Dpto. de Tecnologías Químico-Sanitarias
CDTI

Cristina Roldán F. de Gamboa
Directora de Asuntos Regulatorios
y Científicos de Allergan

Julián Ruiz Ferrán
Secretario de la Fundación Gaspar Casal

Emilia Sánchez Chamorro
Dirección de Desarrollo Profesional
y Estratégico Orden Hospitalaria San Juan
de Dios.

Eugení Sedano i Monasterio
Director de Relaciones Institucionales
Laboratorios Dr. Esteve

José María Segovia de Arana
Catedrático Emérito de Patología Médica
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma
de Madrid

Guillermo Sierra Arredondo
Vicepresidente
Asociación Española de Derecho Sanitario

Javier Subiza Garrido-Lestache
Director
Centro de Asma y Alergia Subiza, Madrid

Luis Truchado Velasco
Director
EuroGalenus-Executive Search Consultants

Juan Carlos Ureta Domingo
Presidente de Renta 4 Sociedad
de Valores

Luis Verde Remeseiro
Presidente de la Sociedad Española
de Directivos de Atención Primaria

Expertos

Gestión Profesional

Felipe Chavida García
Médico de Familia
Presidente de Idepro

Elisa Herrera Fernández
Experta jurídica en Derecho
Ambiental

Jose María Martínez García
Presidente del Instituto
para la Gestión de la Sanidad

Charo Vaquero Ruipérez
Secretaria de la Asociación Nacional
de Directivos de Enfermería

Derecho/Malpraxis

Miguel Fernández de Sevilla
Profesor de Derecho Sanitario
Facultad de Medicina UCM

Ricardo de Lorenzo y Montero
Bufete De Lorenzo Abogados
Presidente de la Asociación
Española de Derecho Sanitario

Ofelia de Lorenzo Aparici
Directora Área Jurídico
Contencioso
Bufete De Lorenzo Abogados

Impuestos/Finanzas

Natalia Aguirre Vergara
Directora de Análisis y Estrategia
Renta 4 Sociedad de Valores

José Ignacio Alemany
Socio Director
Bufete Alemany Escalona
& Escalante

Capital Riesgo

Luis G. Pareras
Médico Gerente
Incubación Proyectos Empresariales
-Medi Tecnología, Barcelona

Nuevas Tecnologías

Marcial García Rojo
Coordinador Sistemas Información
Hospital General de Ciudad Real

Oscar Gil García
Gerente de Sanidad
PricewaterhouseCoopers

Atención al paciente

Gloria Herías Corral
Adjunta a Dirección
Fundación Jiménez Díaz-Capio

En el quinto aniversario

En la visión melancólica y sentimental del tango, veinte años no son nada, en una referencia simplificadora de lo vertiginoso del paso del tiempo.

Para los que hacemos *Medical Economics*, los cinco años transcurridos son mucho. Han sido casi cien números en los que nos hemos esforzado por abrir nuevos caminos de relación con nuestros lectores, protagonistas de una u otra manera y cada uno desde su responsabilidad, de la actividad sanitaria en pos de un objetivo común como es la mejora asistencial de los ciudadanos, meta irrenunciable, a veces tan cercana pero siempre inalcanzable por la propia dinámica del progreso que genera, para una sanidad basada en principios inquebrantables de nuestro Sistema Nacional de Salud; una demanda infinita cuya sostenibilidad es más que dudosa y para la que, desde diferentes tribunas, no dejan de aportarse soluciones de muy difícil ajuste.

En este sentido es de desear que de la crisis larvada en la que nos encontramos, surja la luz que alumbré un consenso necesario para dar un nuevo impulso a un sistema que empieza a mostrar síntomas de agotamiento.

Medical Economics tiene la misión de colaborar en la búsqueda de soluciones futuras desde nuestro modesto ámbito de actuación, y esperamos contarle en un nuevo análisis, así que cumplamos diez años. De los cinco transcurridos, que recordamos en este número especial, les ofrecemos en páginas interiores un amplio resumen que viene acompañado de un muestrario de las portadas cuyos titulares explican, mejor que un editorial, la labor realizada.

Para la ocasión hemos solicitado la intervención de todos nuestros columnistas responsables de "la visión del experto" en gestión profesional, normativa, gestión de calidad, impuestos, tecnolo-

gía, gestión del medio ambiente, tribunales, inversiones, gestión en atención primaria, capital riesgo, e internet y medicina, para que aportaran su análisis de los últimos años desde sus áreas de competencia.

También hemos pedido la opinión de los máximos responsables de los sectores implicados: consejerías de sanidad, grupos hospitalarios, aseguradoras, fundaciones, industria farmacéutica, colegios profesionales, consejos de médicos, de farmacéuticos, de enfermería y sociedades médicas, junto a las de destacados expertos y líderes de opinión, los cuales, en un ejercicio de transparencia informativa siempre deseable, han respondido, en número, de forma generosa.

Medical Economics ya es más que una revista, y en este período hemos organizado numerosas jornadas político-sanitarias, foros profesionales, mesas redondas en la redacción, así como suplementos especiales que recogen la actividad de las consejerías, de la industria, los hospitales, las compañías de seguros médicos, etcétera, en lo que constituyen auténticos chequeos en profundidad de estos sectores.

Además www.medecoes.com, la web de *Medical Economics*, es ya un instrumento eficaz de comunicación con nuestros lectores que trasciende el espacio físico de la revista con nuevas áreas de las que quiero destacar las relacionadas con la formación, alojando ya numerosos cursos *on line* y otras próximas iniciativas como *Conferencias en la Red* o *webseminars*.

Por todo ello quiero expresar mi agradecimiento a quienes están haciendo posible un proyecto tan ilusionante como necesario. ■



Manuel García Abad
mga@drugfarma.com

A handwritten signature in dark ink, reading "M. García Abad".

Manuel García Abad

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Artilog® 200 mg cápsulas duras. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada cápsula contiene 200 mg de celecoxib. Para los excipientes, ver 6.1. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Cápsulas duras. Opacas, blancas, con dos bandas doradas, marcadas con 7767 y 200. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. Indicaciones terapéuticas.** Alivio sintomático en el tratamiento de la artrosis, de la artritis reumatoide y de la espondilitis anquilosante. La decisión de prescribir un inhibidor selectivo de la COX-2

debe estar basada en la valoración individual de los riesgos globales de cada paciente (ver secciones 4.3 y 4.4). **4.2. Posología y forma de administración.** Dado que el riesgo cardiovascular de celecoxib puede incrementarse con la dosis y la duración de tratamiento, se debe utilizar la dosis diaria efectiva más baja y la duración de tratamiento más corta posible. Se debe reevaluar periódicamente la necesidad de alivio sintomático y la respuesta al tratamiento, especialmente en pacientes con artrosis (ver secciones 4.3, 4.4 y 4.8). **Artrosis:** La dosis habitual diaria recomendada es de 200 mg administrados una vez al día en dos tomas. En algunos pacientes, con alivio insuficiente de los síntomas, incrementando la dosis a 200 mg dos veces al día, puede aumentar la eficacia. Si transcurridas 2 semanas, no se observara un incremento del beneficio terapéutico, se deben considerar otras alternativas terapéuticas. **Artritis reumatoide:** La dosis diaria inicial recomendada es de 200 mg administrados en dos tomas. Posteriormente, si fuera necesario, la dosis puede ser incrementada a 200 mg dos veces al día. Si transcurridas 2 semanas, no se observara un incremento del beneficio terapéutico, se deben considerar otras alternativas terapéuticas. **Espondilitis anquilosante:** La dosis diaria recomendada es de 200 mg administrados una vez al día en dos tomas. En pocos pacientes, con alivio insuficiente de los síntomas, incrementando la dosis a 400 mg administrada una vez al día o dividida en dos tomas, puede aumentar la eficacia. Si transcurridas 2 semanas, no se observara un incremento del beneficio terapéutico, se deben considerar otras alternativas terapéuticas. La dosis diaria máxima recomendada es de 400 mg para todas las indicaciones.

Artilog® se puede tomar con o sin alimentos. **Anzianos** (con una edad superior a 65 años): como en el caso de adultos más jóvenes, se debe utilizar inicialmente la dosis de 200 mg al día. Si fuera necesario, la dosis puede incrementarse posteriormente a 200 mg dos veces al día. Se deberá tener especial precaución con aquellos ancianos con un peso inferior a 50 kg (ver 4.4). **Insuficiencia hepática:** En pacientes con insuficiencia hepática moderada establecida (albumina sérica de 25 a 35 g/L), el tratamiento debe iniciarse con la mitad de la dosis recomendada. En estos pacientes la experiencia está limitada a cirróticos (ver 4.3 y 4.4). **Insuficiencia renal:** Se dispone de experiencia limitada en la administración de celecoxib a los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Por lo tanto, estos pacientes deben ser tratados con precaución. (ver 4.3 y 4.4). **Niños:** No está indicado el uso de celecoxib en niños. **4.3. Contraindicaciones.** Antecedentes de hipersensibilidad al principio activo y a cualquiera de los excipientes (ver 6.1). Hipersensibilidad conocida a sulfamidas. Ulceraación péptica activa o hemorragia gastrointestinal. Pacientes que hayan experimentado asma, rinitis aguda, pólipos nasales, edema angioneurótico, urticaria u otras reacciones de tipo alérgico después de tomar ácido acetilsalicílico u otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), incluyendo inhibidores de la COX-2 (ciclooxigenasa-2). En el embarazo y en mujeres con potencial para concebir, salvo que utilicen un método efectivo de contracepción (ver 4.5). Se ha demostrado que celecoxib causa malformaciones en las dos especies animales estudiadas (ver 4.6). El riesgo potencial en humanos durante el embarazo es desconocido, pero no puede excluirse. Lactancia (ver 4.6). Disfunción hepática grave (albumina sérica < 25 g/L o Child-Pugh > 10). Pacientes con un aclaramiento de creatinina estimado < 30 ml/min. Enfermedad inflamatoria intestinal. Insuficiencia cardíaca congestiva (clases funcionales II-IV según la clasificación de la Asociación Cardíaca de Nueva York, NYHA). Cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica u/o enfermedad cerebrovascular establecida. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo.** Se han dado casos de complicaciones del aparato digestivo superior [perforaciones, úlceras o hemorragias (PUH)], algunas de ellas con consecuencias mortales, en pacientes tratados con celecoxib. Se recomienda precaución en el caso de pacientes con alto riesgo de complicaciones digestivas asociadas a los AINE, pacientes de edad avanzada, pacientes que estén recibiendo algún otro tipo de AINE o ácido acetilsalicílico, y pacientes con antecedentes de enfermedad digestiva, como úlcera y hemorragia digestiva. La administración conjunta de celecoxib con ácido acetilsalicílico (incluso en pequeñas dosis) incrementa adicionalmente el riesgo de efectos adversos digestivos (ulceración gastrointestinal u otras complicaciones gastrointestinales). No se ha demostrado una diferencia significativa en la seguridad digestiva entre los inhibidores selectivos de la COX-2 + ácido acetilsalicílico en comparación con AINE + ácido acetilsalicílico en los ensayos clínicos a largo plazo. Se ha observado un incremento del número de acontecimientos cardiovasculares graves, principalmente infarto de miocardio, en un ensayo controlado con placebo, de larga duración, en pacientes con polipos adenomatosos esporádica en tratamiento con celecoxib a unas dosis de 200 mg dos veces al día y 400 mg dos veces al día, en comparación con placebo. Dado que el riesgo cardiovascular de celecoxib puede incrementarse con la dosis y la duración del tratamiento, se debe utilizar la dosis diaria efectiva más baja y la duración de tratamiento más corta posible. Se debe reevaluar periódicamente la necesidad de alivio sintomático y la respuesta al tratamiento, especialmente en pacientes con artrosis (ver secciones 4.2, 4.3 y 4.8). Los pacientes que presenten factores de riesgo relevantes para el desarrollo de acontecimientos cardiovasculares (p.ej.: pacientes con hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, fumadores) sólo podrán ser tratados con celecoxib, después de una cuidadosa valoración. Los inhibidores selectivos de la COX-2 no son sustitutos del ácido acetilsalicílico para la profilaxis de las enfermedades tromboembólicas cardiovasculares, ya que no producen ningún efecto antiplaquetario. Por ello, no se deberán interrumpir los tratamientos antiagregantes. Como con otros medicamentos que se sabe inhiben la síntesis de prostaglandinas, se ha observado retención de líquidos y edema en pacientes que reciben celecoxib. Por lo tanto, celecoxib debe ser utilizado con precaución en pacientes con antecedentes de insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular izquierda o hipertensión, y en pacientes con edema preexistente por cualquier otra razón, ya que la inhibición de las prostaglandinas puede producir un deterioro de la función renal y retención de líquidos. También se requiere precaución en pacientes que tengan un tratamiento con diuréticos o que presenten riesgo de hipovolemia. El compromiso de la función renal o hepática y especialmente la disfunción cardíaca es más probable en los ancianos y, por tanto, debe mantenerse una supervisión médica adecuada. Los ensayos clínicos con celecoxib han mostrado unos efectos renales similares a los observados con los AINE utilizados como comparadores. Si durante el tratamiento, los pacientes manifestaran un deterioro de la función de los órganos y sistemas descritos anteriormente, se deberán adoptar las medidas oportunas y considerar la suspensión del tratamiento con celecoxib. Celecoxib inhibe el CYP2D6. Aunque no es un inhibidor potente de esta enzima, puede ser necesaria una reducción de la dosis de medicamentos que son metabolizados por el CYP2D6 y cuyas dosis se establecen individualmente (ver 4.5). Los pacientes que presenten una metabolización lenta por el CYP2D6 deben ser tratados con precaución. Muy raramente se han notificado casos de reacciones cutáneas graves, algunas de ellas mortales, que incluyen dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, asociadas al uso de celecoxib (ver 4.8). Parece que los pacientes tienen un mayor riesgo de sufrir estas reacciones al inicio del tratamiento; la aparición de la reacción ocurrió en la mayoría de los casos durante el primer mes de tratamiento. Se han notificado también reacciones graves de hipersensibilidad (anafilaxia y angioedema) en pacientes que recibían celecoxib (ver 4.8). Los pacientes con antecedentes de alergia a las sulfamidas o a cualquier medicamento pueden tener un mayor riesgo de reacciones cutáneas graves o reacciones de hipersensibilidad (ver 4.3). El tratamiento con celecoxib debe suspenderse a la primera aparición de erupción cutánea, lesiones de las mucosas o cualquier otro signo de hipersensibilidad. Celecoxib puede enmascarar la fiebre y otros signos de inflamación. Han tenido lugar acontecimientos hemorrágicos graves en pacientes tratados de forma concomitante con warfarina. Deberá tenerse precaución cuando se asocie celecoxib con warfarina y otros anticoagulantes orales (ver 4.5). Las cápsulas de Artilog® 200 mg contienen lactosa (49,8 mg). No deberán administrarse a pacientes con problemas hereditarios raros de intolerancia a galactosa, deficiencia de Lapp lactasa o mal absorción de glucosa-galactosa. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** **Interacciones farmacodinámicas.** La actividad anticoagulante debe ser monitorizada en pacientes que estén tomando warfarina u otros anticoagulantes, en especial durante los primeros días de tratamiento con celecoxib o cuando se cambie la dosis del mismo puesto que estos pacientes tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones hemorrágicas. Por lo tanto, se debe supervisar cuidadosamente el tiempo de protrombina INR (International Normalized Ratio) en aquellos pacientes que reciban anticoagulantes orales, concretamente en los primeros días de tratamiento con celecoxib o cuando se cambie la dosis del mismo (ver 4.4). Se han comunicado acontecimientos hemorrágicos asociados a aumentos del tiempo de protrombina, algunos de ellos fatales, en pacientes (sobre todo, ancianos) que estaban tomando celecoxib al mismo tiempo que warfarina. Los AINE pueden reducir el efecto de los diuréticos y de los medicamentos antihipertensivos. Como sucede con los AINE, cuando se asocian inhibidores de la ECA o antagonistas de los receptores de la angiotensina II con un AINE, incluyendo celecoxib, puede incrementarse el riesgo de insuficiencia renal aguda, normalmente reversible, en aquellos pacientes con la función renal comprometida (p.ej.: pacientes deshidratados o pacientes ancianos). Por lo tanto, la combinación debe ser administrada con precaución, especialmente en pacientes ancianos. Los pacientes deberán ser hidratados de forma adecuada y se deberá considerar realizar la monitorización de la función renal después del inicio del tratamiento concomitante, así como de forma periódica durante el tratamiento. Se ha indicado que la administración conjunta de AINE y ciclosporina o tacrolimus aumenta el efecto nefrotóxico de ciclosporina y de tacrolimus. Debe monitorizarse la función renal cuando se asocie celecoxib con cualquiera de estos medicamentos. Celecoxib puede utilizarse con dosis bajas de ácido acetilsalicílico pero no es un sustituto de éste en la profilaxis cardiovascular. En los estudios presentados, al igual que otros AINE, cuando se administra celecoxib concomitantemente con ácido acetilsalicílico a dosis bajas, se ha observado un riesgo incrementado de ulceración gastrointestinal o de otras complicaciones gastrointestinales en comparación con la utilización de celecoxib sólo. **Interacciones farmacocinéticas:** Efectos de celecoxib sobre otros medicamentos: Celecoxib es un inhibidor del CYP2D6. Durante el tratamiento con celecoxib, las concentraciones plasmáticas del sustrato del CYP2D6 dextrometorfano se incrementaron en un 136%. Las concentraciones plasmáticas de los medicamentos que son sustratos de esta enzima pueden incrementarse cuando se utiliza celecoxib de forma concomitante. Ejemplos de medicamentos que son metabolizados por el CYP2D6 son los antidepresivos (tríclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), neurolépticos, antiarrítmicos, etc. Puede ser necesario reducir la dosis de los sustratos del CYP2D6, cuya dosis se establece individualmente, cuando se inicie el tratamiento con celecoxib, o aumentarla si el tratamiento con celecoxib finaliza. Los estudios *in vitro* han demostrado que celecoxib presenta un cierto potencial para inhibir el metabolismo catalizado por el CYP2C19. La importancia clínica de este hallazgo *in vitro* es desconocida. Ejemplos de medicamentos que se metabolizan por el CYP2C19 son diazepam, citalopram e imipramina. En un estudio de interacción, celecoxib no ha mostrado efectos clínicamente importantes sobre la farmacocinética de los anticonceptivos orales (1 mg de noretisterona/35 µg de etinilestradiol). Celecoxib no afecta la farmacocinética de tobutamida (sustrato del CYP2C9), o de glibenclámid de forma clínicamente relevante. En pacientes con artritis reumatoide, celecoxib no tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre la farmacocinética (aclaramiento plasmático o renal) de metotrexato (en dosis reumatológicas). Sin embargo, se debe considerar una adecuada monitorización de la toxicidad relacionada con metotrexato cuando se asocian estos dos fármacos. En voluntarios sanos, la administración conjunta de 200 mg de celecoxib dos veces al día con 450 mg de litio dos veces al día dio como resultado un incremento medio de un 16% en la C_{max} y de un 18% en el AUC del litio. Por tanto, los pacientes en tratamiento con litio deben ser cuidadosamente monitorizados cuando se introduzca o se abandone el tratamiento con celecoxib. **Efectos de otros medicamentos sobre celecoxib:** Puesto que el celecoxib se metaboliza predominantemente por el CYP2D6, debe utilizarse a la mitad de la dosis recomendada en pacientes que estén recibiendo fluconazol. El uso concomitante de una dosis única de 200 mg de celecoxib y de 200 mg una vez al día de fluconazol, un potente inhibidor del CYP2D6, da lugar a un incremento medio del 60% en la C_{max} y del 130% en el AUC del celecoxib. La utilización simultánea de inductores del CYP2C9 tales como rifampicina, carbamazepina y los barbitúricos, puede reducir las concentraciones plasmáticas de celecoxib. No se ha observado que ketoconazol o los antiácidos afecten a la farmacocinética de celecoxib. **4.6. Embarazo y lactancia.** No se dispone de datos clínicos en embarazadas expuestas a celecoxib. Los estudios en animales (ratas y conejos) han demostrado toxicidad durante la reproducción, incluyendo malformaciones (ver 4.3). El riesgo potencial en humanos durante el embarazo es desconocido, pero no puede excluirse. Celecoxib, como otros medicamentos que inhiben la síntesis de prostaglandinas, puede producir inercia uterina y cierre prematuro del conducto arterial durante el último trimestre del embarazo. Celecoxib está contraindicado en el embarazo y en mujeres que puedan quedarse embarazadas (ver 4.3 y 4.4). Si una mujer se queda embarazada durante el tratamiento con celecoxib, debe interrumpirse dicho tratamiento. No hay estudios sobre la excreción de celecoxib en leche humana. Celecoxib se excreta en la leche de ratas lactantes en concentraciones parecidas a las del plasma. Las mujeres que tomen celecoxib no deben amamantar. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Los pacientes que experimenten mareo, vértigo o somnolencia mientras estén tomando celecoxib deben abstenerse de conducir o manejar maquinaria. **4.8. Reacciones adversas.** En ensayos clínicos controlados, fueron tratados con celecoxib aproximadamente 7.400 pacientes, de los que aproximadamente 2.300 lo tomaron durante al menos un año. Los siguientes acontecimientos fueron notificados en 12 estudios controlados con placebo y/o un grupo control activo en pacientes que recibieron celecoxib. Los efectos secundarios que se indican aparecieron en una proporción igual o mayor que con placebo, y la tasa de abandonos debida a efectos secundarios fue del 7,1% en pacientes que recibieron celecoxib y del 6,1% en los que recibieron placebo. Las reacciones notificadas durante la experiencia post-comercialización en >70 millones de pacientes tratados incluyen dolor de cabeza, náuseas y artralgia, así como las reacciones incluidas como muy raras que se indican en cursiva en el siguiente listado. [Muy frecuentes (>1/10), Frecuentes (> 1/100, <1/10), Poco frecuentes (> 1/1.000, <1/100), Raras (> 1/10.000, <1/1.000), Muy raras (<1/10.000, incluyendo casos aislados)]. **Infecciones e infestaciones.** Frecuentes: sinusitis, infección del tracto respiratorio superior. Poco frecuentes: infección del tracto urinario. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático.** Poco frecuentes: anemia. Raros: leucopenia, trombocitopenia. Muy raros: pancitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico.** Muy raros: reacciones alérgicas graves, shock anafiláctico. **Trastornos del metabolismo y nutrición.** Poco frecuentes: hipopotasemia. **Trastornos psiquiátricos.** Frecuentes: insomnio. Poco frecuentes: ansiedad, depresión, cansancio. Muy raros: confusión, alucinaciones. **Trastornos del sistema nervioso.** Frecuentes: mareos. Poco frecuentes: visión borrosa, hipertensión, parestesias. Raros: ataxia, alteraciones del gusto. Muy raros: agravamiento de la epilepsia, meningitis aséptica, agueusia, anosmia. **Trastornos del oído y del laberinto.** Poco frecuentes: tinnitus. Muy raros: disminución de la audición. **Trastornos cardíacos.** Poco frecuentes: infarto de miocardio*, insuficiencia cardíaca, palpitaciones. **Trastornos vasculares.** Poco frecuentes: hipertensión, agravamiento de la hipertensión. Raros: ictus isquémico*. Muy raros: vasculitis. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos.** Frecuentes: faringitis, rinitis. Poco frecuentes: tos, disnea. Muy raros: broncospasmo. **Trastornos gastrointestinales.** Frecuentes: dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia. Poco frecuentes: estreñimiento, eructación, gastritis, esomatitis, vómitos, agravamiento de la inflamación gastrointestinal. Raros: ulceración de colon, intestinal, duodenal, gástrica y esofágica, disfgia, perforación intestinal, esofagitis, melena. Muy raros: hemorragia gastrointestinal, pancreatitis aguda, colitis/gravamiento de la colitis. **Trastornos hepatobiliares.** Poco frecuentes: función hepática anormal. Muy raros: hepatitis, ictericia, insuficiencia hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo.** Frecuentes: exantema. Poco frecuentes: urticaria. Raros: alopecia, fotosensibilidad. Muy raros: angioedema, dermatitis exfoliativa, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo.** Poco frecuentes: calambres en las piernas. Muy raros: miostitis. **Trastornos renales y urinarios.** Muy raros: insuficiencia renal aguda, nefritis intersticial. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama.** Muy raros: trastornos menstruales (no especificados de otra manera). **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración.** Frecuentes: edema periférico/retención de líquidos. **Exploraciones complementarias.** Poco frecuentes: SGOT y SGPT aumentadas, creatinina aumentada, BUN aumentado. * En un análisis combinado de 20 estudios controlados con placebo de más de 2 semanas hasta 1 año de duración en pacientes con artrosis y artritis reumatoide, la diferencia de las tasas de infarto de miocardio entre pacientes tratados con 200 a 400 mg diarios de celecoxib y placebo fue de 0,7 acontecimientos por cada 1000 pacientes (Frecuencia: rara) y no hubo exceso de ictus isquémico. En los datos preliminares de dos estudios en pacientes con pólipos colorectales la diferencia de las tasas de infarto de miocardio durante un periodo de 3 años entre los pacientes tratados con 400 mg diarios de celecoxib y placebo fue de 7 acontecimientos por cada 1000 pacientes (Poco frecuente). En estos mismos estudios, la diferencia de las tasas de ictus isquémico claramente identificado para la dosis de 400 mg diarios (sin incluir los acontecimientos de etiología hemorrágica o desconocida) fue de 0,5 acontecimientos por cada 1000 durante el periodo de los 3 años (Frecuencia: rara). No hubo incremento en la tasa de eventos con celecoxib comparado con placebo, para el conjunto de todos los ictus.

4.9. Sobredosis. Se carece de experiencia clínica en casos de sobredosis. Se han administrado a sujetos sanos, dosis únicas de hasta 1.200 mg y dosis múltiples de hasta 1.200 mg dos veces al día durante nueve días, sin efectos adversos clínicamente significativos. En el caso de sospecha de sobredosis, deberá instituirse el tratamiento médico de apoyo adecuado, p.ej.: eliminación del contenido gástrico, supervisión clínica y, si fuera necesario, institución de tratamiento sintomático. No es probable que la diálisis sea un método eficaz de eliminación del fármaco debido a su elevada unión a proteínas plasmáticas. **6. DATOS FARMACÉUTICOS. 6.1. Lista de excipientes.** Las cápsulas de 200 mg contienen lactosa monohidrato, lauril sulfato de sodio, povidona K30, croscarmellose sódica y estearato de magnesio. El cuerpo de las cápsulas contiene gelatina y dióxido de titanio E171; la tinta contiene óxido de hierro E-172. **6.2. Incompatibilidades.** No procede. **6.3. Periodo de validez.** 3 años. **6.4. Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. **6.5. Naturaleza y contenido del envase.** Blisters de PVC transparente u opaco o blísters de lámina de aluminio/PVC (formado en frío). Envases con 2, 6, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 100, 10x10, 10x50 cápsulas y envases con 1x50 y 1x100 dosis unitarias. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **6.6. Precauciones especiales de eliminación.** No hay instrucciones específicas para su uso. **7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Dr. Esteve, S.A. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221. 08041 Barcelona. **8. NUMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 63.891.

PRESENTACIÓN Y PRECIO. Artilog® 200 mg, 30 Cápsulas duras. PVP: 35,71 €. PVP+IVA: 37,14 €. Con receta médica. Aportación normal. **9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Fecha de la primera autorización: 3 de diciembre de 1999. Fecha de la última revalidación: 3 de diciembre de 2004. **10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Abril de 2007. Bajo licencia de Pfizer.

Bibliografía: 1. Pincus T et al. Ann Rheum Dis 2004; 63: 931-939. 2. McKenna F et al. Scand J Rheumatol 2001; 30: 11-18. 3. Emery P et al. Lancet 1999; 354: 2.106-2.111. 4. Singh G et al. Am J Med 2006; 119: 255-266

Logros que llevan tu firma

Mano de Artilog

En el tratamiento de la Artrosis, la Artritis Reumatoide y la Espondilitis Anquilosante, reducir y acabar con el dolor es tu mayor logro. Artilog® nace con el firme propósito de ayudarte a conseguirlo. Con toda la evidencia científica y la eficacia de celecoxib.TM Artilog®, porque apoyarte es nuestro mayor logro.

 **Artilog 200**
Celecoxib 200 mg
El arte de lograr

Federación Española de Ictus (FEI)

La primera causa de mortalidad entre las mujeres

La Federación Española de Ictus se ha creado para concienciar a la población general y mejorar la situación de los afectados, aglutinando a todas las asociaciones de pacientes que sufren esta enfermedad. Se ha convertido en la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la segunda en los varones.

Por Cristina García Blanco

» Se estima que un tercio de los pacientes con ictus fallece por esta causa y el 40 por ciento sufre una discapacidad que le impide valerse por sí mismo.

» Se espera que para 2025 más de 1.200.000 personas habrán sufrido un ictus, de los cuales más de 500.000 tendrán una discapacidad.

El ictus o infarto cerebral se produce cuando un área del cerebro comienza a dañarse al dejar de recibir oxígeno y los nutrientes que necesita para funcionar. Este episodio se produce cuando un coágulo bloquea u obstruye un vaso sanguíneo en el cerebro, el caso más frecuente, o tras la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo dentro del cerebro.

Los efectos de un ictus pueden variar desde leves hasta severos y suelen provocar síntomas bruscos de adormecimiento o debilidad en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, entender, caminar o ver, mareos y dolores de cabeza severos.

Cada cinco segundos una persona en el mundo tiene un ictus y cada seis minutos en España. Menos de la cuarta parte de los que lo han sufrido controla los factores de riesgo, lo que aumenta la posibilidad de que ocurra de nuevo. Esta enfermedad se ha convertido en la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la segunda en los varones. Se estima que un tercio de los pacientes con ictus fallece por esta causa y el 40 por ciento sufre una discapacidad que le impide valerse por sí mismo. Su aparición provoca más incapacidad y muertes prematuras que el Alzheimer y los accidentes de tráfico juntos.

Según los últimos datos que se disponen estas cifras van a aumentar en los próximos años, y se espera que para 2025 más de 1.200.000 personas habrán sufrido un ictus, de los cuales más de 500.000 tendrán una discapacidad.

Además, se trata de una enfermedad que tiene una carga social y económica importante. Así, una persona que ha sufrido un ictus necesita como media una atención de

unas 60 horas semanales, que en gran parte son absorbidas por la familia; mientras que económicamente, los costes directos se encuentran entre el 2 y el 4 por ciento del gasto sanitario. En el caso de los pacientes con mayor dependencia el coste medio es de 25.000 euros al año.

Es necesario aumentar la información para que la prevención sea mayor entre la población y se sepa identificar la enfermedad. Es decir, conocer los síntomas porque la atención en el primer momento por un neurólogo reduce la mortalidad hasta tres veces. Actualmente, tres situaciones están frenando la posibilidad de prevenir y evitar las secuelas: por un lado, el desconocimiento de la población en general sobre qué es el ictus; por otro, la ausencia de Unidades de Ictus en los hospitales; y, finalmente, la falta de control de la enfermedad por parte de los profesionales médicos.

Estos datos fueron aportados durante la presentación de la Federación Española de Ictus, que se ha creado con el objetivo de informar y concienciar a la población sobre el ictus. Una plataforma que aglutina a las asociaciones de afectados y que nace con el objetivo de sensibilizar tanto a la sociedad como a la Administración sanitaria del alcance de esta enfermedad y sus consecuencias. En este sentido, los primeros objetivos que la Federación se ha marcado son la participación en la Estrategia Cerebral Ictus del Sistema nacional de Salud, la puesta en marcha de campañas para mejorar la información sobre esta enfermedad, potenciar la creación de servicios de rehabilitación y de atención precoz y de unidades de ictus, entre otras. ■



"Hemos de potenciar la creación de unidades de ictus"

Manuel Navarro es el presidente de la Federación Española de Ictus.

SECCIÓN
PATROCINADA POR:



MEDICAL ECONOMICS: ¿Por qué se ha decidido crear esta Federación?

¿Cuales son sus principales objetivos?

MANUEL NAVARRO: La Federación de Ictus (FEI) se ha creado porque existía la necesidad de unir en una sola, todas las voces que demandan atención en una patología con tanta prevalencia y de tanto impacto sanitario-social como es el ictus. En nuestro país es la primera causa de muerte entre las mujeres adultas, la segunda en el hombre y la primera en discapacidades (después del Alzheimer) ¡Es muy alarmante!

Los objetivos de la FEI son, entre otros, representar ante las instituciones del Estado y otras entidades a las asociaciones de ictus de carácter autonómico, provinciales y locales del territorio nacional, así como potenciar la creación de otras donde no las haya. En general, velar por la atención a los afectados de ictus y sus cuidadores tanto a nivel sanitario como social y apoyar y reivindicar la investigación en sus causas y sus tratamientos, rehabilitación, etcétera, y por supuesto, fomentar campañas de conocimiento a la sociedad.

M.E.: ¿Qué tipo de actividades tienen pensado poner en marcha?

M.N.: Vamos a promover campañas de información y prevención en todos los medios de prensa a nuestro alcance, centros sanitarios, sociales, etcétera; y además hemos de potenciar la creación de unidades de ictus donde todavía no las hay.

M.E.: ¿Se puede prevenir la aparición de esta enfermedad?

M.N.: Existen varios factores de riesgo conocidos y catalogados por los neurólogos, aunque seguramente existen algunos que todavía no se conocen, de los primeros hay algunos que son modificables como por ejemplo: la hipertensión, la dislipemia, la diabetes *mellitus*, el tabaquismo, el exceso de alcohol, y otras drogas, etcétera. Además, hay otros como la edad, la genética y algunas afecciones cardíacas, que no pueden modificarse.

M.E.: ¿Por qué cree que ha aumentado su incidencia en los últimos años?

M.N.: Antiguamente afectaba más a personas mayores, aunque ahora sigue siendo así, las expectativas de vida son mucho mayores y a partir de 55 años aumentan los factores de riesgo, especialmente en la mujer cuando desaparece la menstruación, ya que según parece ser en la edad fértil dispone de ciertos factores en su organismo que la protegen de sufrir ictus.

Asimismo, en la actualidad las personas más jóvenes han incrementado notablemente el ritmo y los hábitos de vida.

M.E.: ¿Qué tipo de control y rehabilitación debe llevar a cabo una persona que ha padecido un ictus?

M.N.: Debe controlar todos sus factores de riesgo con el soporte de su médico de Atención Primaria y los especialistas implicados en su atención. Sabemos también que el ictus es una recurrente, por este motivo una persona que ya lo padecido debería ser controlado por su neurólogo al menos una vez al año. La rehabilitación no sólo es recomendable, sino vital y desde luego debe ser precoz, continuada y específicamente dirigida al área neurológica, su aplicación debe ser compartida con el personal sanitario, sus cuidadores o familiares.

M.E.: ¿Qué le piden a la Administración sanitaria?

M.N.: En primer lugar, dar a conocer la FEI cómo interlocutor ante la Administración y las asociaciones de afectados, formando parte en las decisiones de ambos. También pedimos formar parte en el desarrollo de la Plataforma de Atención al Ictus, que la Administración esta llevando a cabo y que muy pronto se va a empezar a elaborar. Por supuesto, apoyo en las campañas divulgativas de información y en las guías que irán saliendo para la atención de afectados y cuidadores, y soporte para la inclusión de éstos en todas las iniciativas sociales y sanitarias que tengan que ver con la atención del ictus. ■

Somos líderes en la detección precoz y tratamiento integral del cáncer

POR 5 GRANDES RAZONES:

- El Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC) está unido al nuevo hospital general médico-quirúrgico Madrid Norte Sanchinarro y es comparable a los mejores cancer center de EEUU.
- Contamos con urgencias las 24 horas para resolver de forma inmediata las complicaciones que puedan surgir en estos enfermos, dentro del máximo confort.
- El paciente es tratado por un equipo de oncólogos expertos en cada tipo de tumor, liderados por el Dr. Manuel Hidalgo (Hospital John Hopkins), con un consejo asesor para canalizar segundas opiniones.
- Está dotado de una tecnología oncológica completa y puntera, como por ej. el acelerador lineal para radiocirugía de tumores intra y extra craneales, segundo de la Comunidad de Madrid, PET-TAC... y de una tecnología convencional, única en la sanidad privada, como son las dos resonancias abiertas de alto campo y la resonancia vertical abierta y dinámica.
- Por primera vez en España, se dispone de un Laboratorio de investigación y desarrollo, con banco de tumores y modelos experimentales para el diseño de tratamientos personalizados.

Consejo Asesor:

Dr. D. David Sidransky
Director of Research
ORL Department
John Hopkins University

Dr. D. Zvi Fuks
Department of Radiation Oncology
Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Dr. D. Daniel D. Von Hoff
Physician in Chief
Senior Scientist
Translation Genomics Research Institute

Dr. D. Carlos Cordon
Vice Chair of Pathology
Columbia University

Dr. D. Eugenio Santos
Centro Investigación del Cáncer
Campus Unamuno
Universidad de Salamanca

Dr. D. Eduardo Díaz-Rubio
Catedrático y jefe Servicio Oncología Médica
Hospital Clínico San Carlos
Servicio de Oncología Médica

Cuando de verdad la cercanía es importante, nosotros estamos más cerca



HOSPITAL DE MADRID NORTE SANCHINARRO
C/Oña, 10 - 28050 Sanchinarro - Madrid - Tlf. 91 756 78 90

CENTRO INTEGRAL ONCOLÓGICO CLARA CAMPAL
C/Oña, 10 - 28050 Sanchinarro - Madrid - Tlf. 902 107 469

Cómo llegar

Vehículo particular

Desde A-1 Salida Sanchinarro Sur
Desde M-40 Salida Sanchinarro



ML1-Virgen del Cortijo



150 - Desde Puerta del Sol
173/174 - Desde Plaza de Castilla

A 10 min. del aeropuerto de Barajas. Hoteles cercanos



Gestión Profesional

Contenido y continente de la gestión

En este artículo voy a comentar la evolución de esta columna de gestión profesional en estos cinco años transcurridos, en su contenido (texto desarrollado) y en su continente (entorno), de forma diferenciada.

Al ostentar el privilegio de ser la columna decana entre todas las de la revista y la que ha sufrido menos cambios, ni de autor, ni casi de formato o extensión, cualquiera de los fieles lectores que la ha leído puede enjuiciar su evolución al menos de forma uniforme. Sólo hubo que renovar la foto del experto, pues se estaba quedando anticuada o, mejor dicho, demasiado joven.

Hay dos hitos que han influido en estos cinco años de continua aparición en todos los números: haber sido la columna mejor valorada con gran diferencia en la encuesta de satisfacción que se realizó entre los lectores habituales de la revista al finalizar el primer año de publicación, y las numerosas referencias positivas que éstos han hecho, plasmadas en cartas al editor y en invitaciones a distintos foros, y que he procurado responder basándome en mi larga experiencia en gestión sanitaria y siempre contemplando el sentido más ortodoxo de ésta, sin añadirle otros componentes políticos o de otro tipo que la hubieran deformado de su sentido formativo por el tradicionalmente cariz sesgado de quien lo emite.

A veces me ha servido este diálogo, fuera del contenido de la revista, para aprender yo mismo y hacer algún nuevo amigo.

En este tiempo, se ha procurado ir dando prioridad a aquéllos temas que son más prácticos, de aplicación inmediata y no de macro gestión aunque quizás algún sector de lectores haya quedado algo marginado, al referirme menos a la medicina pública o a grandes hospitales que a consultas individuales o policlínicas de tamaño bajo o medio, pero

también he pensado que éstos estaban más desprotegidos y tendrían más dificultad para adaptarse a los nuevos tiempos y tecnologías aplicadas a la moderna gestión de la salud.

En muchos casos he tratado, en la parte práctica, de incluir temas atractivos, originales, para amenizar la columna y coordinarla con otros expertos compañeros que escribían en áreas tan importantes para la gestión como la calidad integral, la enfermería, el medio ambiente o el capital riesgo, e incluir referencias a aspectos negativos de la actividad diaria, pero que un experto en gestión debe saber manejar para cambiar su sentido y volverlos positivos, por ejemplo las quejas y reclamaciones, entre otros. De igual manera, he aliviado algunos temas de una carga teórica innecesaria, salvo para un superespecialista en alguna de las disciplinas que integran el concepto de gestión, como es el caso de aspectos económico-financieros o contables.

La columna no ha sido nunca, por tanto, noticia de actualidad, al menos en ese momento de escribirla. Si más tarde, como en algunos casos de gestión de la malpraxis o en la introducción de determinadas técnicas informáticas, pero es que, realmente, nunca fue el objetivo al iniciarla, y sí el de poner en manos de los profesionales sanitarios de cualquier rango un tratado, una herramienta de fácil consulta en caso de necesidad.

Si en esta primera página he dado mi opinión sobre cómo creo que ha transcurrido el contenido de la columna en estos cinco años, ahora me toca hacerlo sobre cómo ha evolucionado y evolucionará el concepto de gestión sanitaria o de la salud en general, en la actividad profesional correspondiente y, por tanto, referirme a la figura fundamental: el gerente.

La gerencia y su estructura actual en la mayoría de las clínicas actuales y venide-



Jose María Martínez García*

>> El futuro de las clínicas depende esencialmente de la capacidad de los gestores de mejorar sus posiciones en la trama de relaciones de la organización.

>> Ningún modelo de cambio, y estamos ahora en ello, es viable para las clínicas si no es realizado por un agente competente.

ras, ha surgido ante la necesidad de hacer rentables instalaciones modernas y tecnología avanzada, en continua evolución y, por tanto, en busca de captar pacientes (medicina preventiva, otras oportunidades y competitividad y masificación profesional). Hacen falta profesionales, de cualquier disciplina y titulación, que cubran eficazmente las tareas a desarrollar y éste es el proceso actual. Los gerentes y aspirantes a serlo, se están formando a marchas forzadas en técnicas de empresa, similares a las utilizadas en otros servicios no sanitarios, o acuden ya preparados desde multinacionales.

Es un proceso, afortunadamente, imparable, donde cualquiera tiene cabida, médicos o no, con tal de que se abandonen sectarismos políticos en el caso de algunas designaciones "a dedo" en la medicina pública y que se imparta la disciplina como obligatoria en las facultades de Medicina. En estos cinco años se ha evolucionado lentamente y existen muy pocos lugares donde aprender de forma profesional estas materias.

El modelo ideal de gestión para los próximos años en las clínicas es algo sobre lo que cada responsable actual debe reflexionar. Existen muchas fórmulas y razonamientos que paso a resumir, desde la base de que sea descentralizada, en cinco líneas básicas:

- Eficiencia en lo económico, pero también en términos de salud. Despertar, si no se puede garantizar, la puesta en marcha de franquicias en clínicas integrales, pues hasta ahora ninguna de las existentes ha ofrecido igual calidad que el centro base. Ni siquiera cercana.
- Situar al paciente como eje de la clínica, proporcionándole el máximo confort, aunque sea al más alto precio y desarrollando una red hostelera adecuada (cafetería, restaurante, guardería e, incluso, peluquería y tienda de recuerdos).
- Tratar siempre de ser líderes en la implantación de tecnología.
- Dedicar una parte de la actividad a la investigación, sería, con un comité ético de ensayos clínicos asociado

y unas líneas de búsqueda científica que añadan valor. El personal (médico y no) deberá ser el principal recurso siempre.

- Mejorar la comunicación y el acceso a la información mediante la aplicación de sistemas informáticos apropiados.

Próximos años

El cambio en las clínicas, como empresas de servicio que son, sobre todo el cultural de los próximos años, dependerá más de la consolidación de los gestores que de la elaboración de un modelo de cambio que fije con rigor sus objetivos y sus métodos.

Ningún modelo de cambio, y estamos ahora en ello, es viable para las clínicas si no es realizado por un agente competente, pues todo cambio implica incertidumbres que exigen rectificaciones y sólo son posibles de evitar en el caso de que quienes lo impulsan tengan capacidad de aprendizaje.

Los cambios impulsados por sujetos que elaboran un modelo y se encasillan ante los acontecimientos desfavorables, intentando defender sus argumentos, muy frecuente todavía, siempre se bloquean.

El futuro de las clínicas depende esencialmente de la capacidad de los gestores para mejorar sus posiciones en la trama de relaciones de la organización y de que su cultura pueda penetrar en el sistema ya antes establecido, ganando influencias y poder, no de forma impositiva, sino captando la confianza de los propietarios (públicos o privados) y siendo un buen compañero que dignamente realiza su trabajo sin tener acceso a la propiedad.

Esa simbiosis, que complementará culturas diferentes, será la que permitirá un desarrollo profesional de las clínicas a medio plazo y evitará, en gran medida, amenazas de inversores ajenos al conocimiento sanitario, que tratarán de nuevo de conceder el poder a personas ajenas no formadas en este sector, optimizando los hábitos de comportamiento en beneficio de los pacientes. ■

NUTRICIA

Advanced Medical Nutrition



Gestión de Calidad

Hablar con el corazón



Victoria de No*

Un buen amigo muy comprometido con esta revista me ha ofrecido escribir una columna para conmemorar el V Aniversario de *Medical Economics*, como colaboradora que fui en sus comienzos. ¡Cómo negarme! Los dedos se me hacen huéspedes sobre el teclado de mi ordenador cuando vuelvo a ponerme en contacto con ustedes.

¡Cuánto hemos mejorado! Empezando por esta revista, que se nos ha puesto de largo con un diseño novedoso y muy grato, y una frescura en sus contenidos que denotan la apuesta de todo su equipo por una revista ágil, amena, formativa e informativa, y sobre todo, de calidad.

Comencé mi colaboración para la columna Consultoría en Gestión de Calidad cuando ya no tenía sentido hablar de infraestructuras e instalaciones (éstas eran, en general, ya extraordinarias); la tecnología tampoco fue motivo de más atención que la que en su momento se prestó a la gestión de los recursos, ya que lo que se utilizaba hoy pasaba a ser obsoleto mañana, tan rápido viaja la ciencia. La pericia de los profesionales implicados nunca se cuestionó: somos pioneros y maestros muy demandados en todos los campos y en el mundo entero. ¿Qué nos quedaba, pues? Como muchos recordarán, nuestra asignatura pendiente entonces era algún aspecto novedoso de la atención al paciente.

¡Cómo hemos aprendido todos y cuántos esfuerzos en esa dirección se han ido haciendo en la asistencia sanitaria a lo largo de este lustro! Hemos mejorado ostensiblemente la información al paciente, dado pasos de gigante en la canalización de sus necesidades con el objetivo primordial de satisfacerlas, hemos aprendido a valorar y utilizar el lenguaje corporal como parte de una comunicación necesaria, y no se han escatimado esfuerzos para garantizar la seguridad integral del paciente.

Sin embargo, existe un aspecto que siempre ha llamado mi atención y lo sigue haciendo cinco años después, en el que todavía cabe ejercitarse, y no es otro que el de hablar con el corazón cuando nos dirigimos a los pacientes. Permítanme que me explique: cuando un paciente acude a una consulta (la que sea, por lo que sea), llega mediatizado por su problema de salud y por tanto en inferioridad de condiciones frente a una saludable señorita de recepción, por ejemplo.

La importancia de una buena atención

Es a partir de entonces cuando debemos desplegar todos nuestros sentidos para hablarles y escucharles no sólo con la razón, sino también y sobre todo, con el corazón; sólo así lograremos alcanzarle y que él nos alcance.

Les pongo un ejemplo. No hace mucho tiempo una amiga acompañó a su padre a una consulta con el fin de facilitarle información al médico sobre su dolencia y para evitar que el anciano se perdiese con las explicaciones que iba a recibir por el personal.

Se trataba de algo muy simple. A lo largo de la visita, mi amiga me comentó cómo el médico comenzó a hablar con toda la razón, sin reparar siquiera en la cara de susto primero, pena después, que se le iba poniendo a su padre a medida que le iban desgranando una información necesaria y profesional de los aspectos más relevantes. Al final la pregunta lacónica: ¿Alguna duda? El doctor recibió un silencio por respuesta. La enfermera que muy amablemente le acompañó a la puerta tampoco reparó en que había entrado a un paciente animoso y el que sabía estaba, al menos, perplejo.

Toda la razón, pero faltó corazón. Y ahora pregunto yo: ¿Tanto le hubiera costado a ese doctor decir: "Veo que está usted preocupado Don Carlos, pero yo le

» Lograr escuchar los silencios del paciente es difícil, es un trabajo arduo pero muy satisfactorio cuando se alcanza el objetivo.

» Hay que hablar y escuchar al paciente, no sólo con la razón, sino también con el corazón. Sólo así lograremos alcanzarle y que él nos alcance.

voy a decir en qué le puedo ayudar y qué podemos hacer para su mejora". Y a continuación desgranar todos sus conocimientos de una manera comprensible. ¿Cuánto tiempo más creen que sería necesario para hablarle con la razón del corazón?

Y qué decir de la escucha atenta, tantas veces alerta a los silencios. Escuchar lo que el paciente dice es lo lógico y lo razonable, escuchar lo que quiere decir, va más allá e implica al corazón. Cómo si no llegaremos a entender por qué a un paciente crónico de entre 35 y 45 años lo que más le preocupa es conocer qué repercusiones sociales y laborales puede tener su dolencia. O por qué es tan importante para un anciano el tono de voz pausado y claro, el control de movimientos en su entorno. También en esta ocasión quiero ilustrarles mis sugerencias con una anécdota real como la vida misma. Me la aportó otra amiga (yo tengo tendencia a aprender de los ajenos) que acudió a consulta con su abuela de 94 años. La anciana es una viejecita pizpireta, con una mirada incisiva y una mente alerta.

Cuando el doctor le preguntó qué le pasaba, la mujer empezó a hablar aportando toda clase de detalles sólo al alcance de una inteligencia muy viva; evidentemente, al doctor le había taladrado la edad de la anciana y cada vez que informaba se dirigía a su nieta, hasta que cuando llegó a la medicación, y harta de ser ninguneada, la anciana le espetó: "Mire doctor, cuando hable diríjase a mí y míreme a los ojos, que yo soy la enferma y la que debe saber cuándo y cómo tomar la medicación que me está aconsejando". ¿Lo comprenden?

El doctor escuchó lo que la anciana le estaba diciendo, de hecho lo entendió tan bien que sólo necesitó unos minutos para diagnosticarla acertadamente, pero era evidente que, no reparó en que estaba ante una anciana especialmente dotada en su intelecto: no escuchó con el corazón sino con la razón que le indicaba la referencia de la edad.

Y una última reflexión al respecto del tema que nos ha traído a esta columna es

la que en calidad asistencial yo llamo la gestión de los silencios. Todo aquello que el paciente calla y que debemos aprender a "escuchar". ¡Cuánto corazón hay que poner para entender los silencios ante preguntas a veces comprometidas, íntimas, de difícil asunción, aún cuando sean sencillas de contestar con un simple sí o un no, por ejemplo! Por no hablarles de los silencios dolorosos de los pacientes que han sufrido maltrato físico o psicológico, mucho más común de lo que nos pueda parecer.

Escuchar al paciente en todo momento

Lograr escuchar los silencios del paciente es difícil, es un trabajo arduo en el que no caben la imaginación ni el desánimo, pero muy satisfactorio cuando se alcanza.

Permítanme una licencia lingüística: "gástense", como dicen en algunos países latinos, cuando hablen o escuchen a sus pacientes.

Sólo así rozarán la excelencia.

Pero hay más: poner el corazón allí donde nos sea requerido por el paciente conlleva unos beneficios tales que la labor común de médicos, enfermeras, auxiliares y demás se ve favorecida sobremedida, facilita la confianza en el equipo, fideliza al paciente e incrementa la percepción de calidad del servicio prestado. Sólo trabajando en ese camino alcanzaremos niveles impensables de comunicación con nuestros pacientes, esa colaboración y entrega tan necesarias y una satisfacción personal que nos hará entrar en nuestros trabajos como lo hacen a la salida los toreros después de una buena faena: por la puerta grande.

Sé, me consta, que muchos de ustedes ya tiene incorporado este sano ejercicio (me he permitido hacer mi propia valoración preguntando a todos mis conocidos y familia que han ido a consulta recientemente, y he concluido que algo más del 50 por ciento de todos los profesionales implicados); si esos mismos me preguntan qué más se puede hacer, les diré que, en la búsqueda de la excelencia como en la película *Casablanca*, siempre nos quedará París. ■



Dermatología

Trasplantes

Urología

Una nueva estrella

Astellas Pharma S.A.

Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo 1, Bloque 14, 2ª Planta, 28223 - Pozuelo de Alarcón (Madrid)
www.astellas-europe.co.uk Tf. 914 952 700 Fax 914 952 702

Gestión de Calidad: Medio Ambiente

Hacia el desarrollo sostenible

La cultura actual de la humanidad se ha forjado con la incorporación de valores diversos que han ido evolucionando con el devenir de los tiempos. De este modo, desde ya hace varias décadas, el medio ambiente ha llegado a alcanzar la categoría de “valor incuestionable” que merece gozar de la máxima protección.

Esta dimensión medioambiental, que progresivamente ha ido calando en la conciencia de las sociedades, implica la existencia de un compromiso social con el medio ambiente, y se busca así la fórmula magistral para solucionar y acometer con éxito el llamado “desarrollo sostenible”, como proyecto de alcance mundial.

El problema de la sostenibilidad

La importancia de este principio reside en que pretende integrar dos valores esenciales para la humanidad: el crecimiento económico y la protección del medio ambiente. En suma, la “sostenibilidad”, entiende que el actual progreso económico debe tratar de satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer y perjudicar a las generaciones futuras.

Con tan ambicioso proyecto y los indiscutibles escollos que debe salvar, es entendible, si se me permite la expresión, “invasión medioambiental”, que vivimos. A tal punto ha llegado la cuestión que hoy día, en los foros europeos e internacionales, se utiliza una terminología, que sin duda a nuestros lectores les puede resultar, cuando menos, curiosa, nos referimos a la llamada “sanidad ambiental”.

El ciudadano, sensibilizado y concienciado, se plantea el medio ambiente como preocupación social y exige a los poderes públicos y a las empresas un “comportamiento medioambiental adecuado”. Así pues, las empresas sanitarias,

obviamente, no pueden vivir al margen de estas exigencias, muy al contrario deberían ser, a mi entender, promotores de mejoras ambientales debido a la dualidad sanidad/medio ambiente, que ya hemos comentado.

Sin embargo, me entristece haber comprobado que la realidad del sector sanitario está lejos de lo que cabría esperarse, pues no está “suficientemente empapado” de esa preocupación ambiental, cuando lo lógico es que, precisamente, al dedicarnos a la salud, el medio ambiente ocupara en nuestra actividad un papel primordial. No en vano se ha comprobado que el medio ambiente está directamente relacionado con el bienestar humano.

Por otro lado, es un hecho cierto y constatado por informes del sector medioambiental que el control y minimización de los impactos ambientales derivados de las actividades del sector industrial, también afectan a la actividad sanitaria.

La generación de residuos sanitarios, las emisiones atmosféricas, el mantenimiento de equipos, y los vertidos, son sólo un ejemplo de los posibles impactos de la actividad sanitaria sobre el medio ambiente.

Tampoco nos podemos olvidar de que, definitivamente, el medio ambiente es un factor estratégico en la gestión empresarial, y un centro sanitario, ya sea público o privado, no dejar de ser, en el fondo, una empresa, aunque su objeto de actividad sea cuidar de la salud de sus clientes.

La atención de los aspectos ambientales en la empresa es una actitud nueva que surge en los últimos veinte años, pero, como mencionábamos anteriormente, en el sector sanitario, esta actitud crece con extrema lentitud.

Bien es verdad que en la última década, especialmente en los últimos cinco años, ha aumentado la demanda de ser-



Elisa Herrera Fernández*

» Los centros de atención de la salud, ya sean públicos o privados, como encargados de reducir y prevenir los problemas de salud de la población usan productos catalogados por la legislación como tóxicos y peligrosos.

» Se deben garantizar unas condiciones óptimas de seguridad laboral ambiental, prestando especial atención a las características de los locales, instalaciones, equipos, productos, etcétera.

vicios ambientales en las empresas del sector sanitario, ya sean éstas públicas o privadas.

Fundamentalmente esto es debido a la publicación de una legislación ambiental mucho más exigente procedente de la Unión Europea, a las mejoras en el sistema de vigilancia y control por parte de las Administraciones Públicas y a la incorporación de criterios ambientales que se tienen muy en cuenta a la hora participar como licitador en los concursos públicos.

Por último, debemos también considerar la necesidad de responder a las exigencias de los clientes, a la vez pacientes, en relación con su preocupación ambiental.

Algunas de las Consejerías de Sanidad y de las Consejerías de Medio Ambiente, en el ámbito de sus competencias en las diferentes comunidades autónomas de nuestro territorio, han creado instrumentos destinados a fomentar la introducción del enfoque ambiental en la sanidad para la consecución del desarrollo sostenible, línea seguida por cierto por el vigente VI Programa de Acción Europeo (2002-2010). Precisamente este programa es el marco en el que ha de moverse la política ambiental de la Unión Europea, y por ende la de sus Estados Miembros (España entre ellos).

Resulta imprescindible destacar que el Sexto Programa se centra en cuatro importantes áreas de actuación, dos de ellas son precisamente la salud y el medio ambiente, se insiste además en la importancia de una economía basada en el conocimiento, y en la importancia de implicar a los ciudadanos y las empresas mediante fórmulas innovadoras. Para la Unión Europea la protección del medio ambiente plantea problemas, pero también oportunidades. No sólo hay que tener en cuenta la aspiración de las personas a vivir en un medio ambiente sano y sin contaminar; es preciso reconocer también que los costes y los daños que provocan la contaminación y el cambio climático son considerables, y en ese sentido se van a fomentar propuestas de mejora para las empresas sanitarias.

Pero, ¿qué evolución ha tenido en los últimos años el medio ambiente en la sanidad? Los factores señalados en el párrafo anterior han permitido que en el territorio nacional haya aumentado significativamente la implantación de sistemas de gestión ambiental, de acuerdo con la UNE-EN-ISO serie 14000, y con menor repercusión, aplicando el Reglamento EMAS de ámbito comunitario.

Cumplir la normativa ambiental existente

Esencial en el cambio de mentalidad hacia la vertiente ambiental es la preocupación de los centros por cumplir la normativa ambiental, cada vez más exigente y abrumadora, que ha permitido la incorporación de esta vertiente en la gestión.

El aumento de congresos y conferencias promovidos por algunos hospitales, principalmente públicos, también está jugando un importante papel en la evolución hacia una mayor presencia del medio ambiente en el sector sanitario.

Lo cierto, lamentablemente, es que, a pesar de todo, el sector sanitario no está acomodándose adecuadamente a las verdaderas necesidades ambientales del sector, y su desarrollo, aunque ha mejorado en los últimos años, es excesivamente lento.

La adecuación al criterio de la “sostenibilidad” podemos traducirlo en un objetivo final: alcanzar “centros sanitarios sostenibles”, pero las empresas sanitarias no acaba de asumir plenamente los conceptos de “desarrollo sostenible” y “ecoeficiencia”, cuando sin embargo, la empresa sanitaria debería ser una de las que debería llevar a cabo importantes intervenciones en la materia medioambiental, precisamente por la indiscutible conexión del binomio medio ambiente-salud.

Cabe, no obstante, destacar que comienza a repuntar una mejora del comportamiento medioambiental en el empresario sanitario, lo que permite prever un futuro más esperanzador, que permita hablar en términos de ecoeficiencia ambiental en la sanidad en los próximos años. ■



No solo
somos **cuerpo**,
también somos
emociones

**El cuerpo y la mente
son inseparables.**

Y porque entendemos así la salud
te ofrecemos el seguro médico
más completo.

Con los servicios médicos más
avanzados y especializados.

Porque la salud avanza,
y la forma de tratarla también.

- Programas de medicina preventiva
- Psicología clínica
- Red exclusiva de especialistas
- Cobertura en EE.UU.
- Asesoría médica 24 horas

901 100 210
www.sanitas.es

Sanitas 

Gestión en Atención Primaria

¿Qué vendemos en Primaria?



Manuel A. Blanco Ramos*

» Todos los que trabajamos en el mundo de la salud tenemos clara la importancia del mensaje sanitario, conocemos mejor que nadie al receptor del mismo, puesto que trabajamos día a día a su lado.

» Las campañas de publicidad bien estructuradas dirigidas a la sociedad refuerzan nuestra imagen como servicio público y fortalecen también el posicionamiento social de la Atención Primaria.

Cuando un profesional sanitario se enfrenta a la palabra “vender” lo primero que nos genera es incomodidad, malestar, cuando no, un rechazo frontal. No es cómodo hablar de vender porque inmediatamente pensamos en transacciones, dinero, marketing... Todos ellos conceptos que parecen no tener cabida en nuestra organización, especialmente en nuestra organización sanitaria pública.

Diferentes experiencias y circunstancias ocurridas en los últimos tiempos me han hecho reflexionar sobre esta cuestión. Por poner un ejemplo, hace unas semanas en esta misma sección el doctor Antonio García Quintáns escribía un interesante artículo sobre la necesidad de hacer partícipe e incluso trasladar al paciente la necesidad de su implicación y responsabilidad en su enfermedad, profundizaba más allá, afirmaba que esta tarea no parece que sea posible que el propio profesional pueda afrontarla a nivel individual y que deben ser otros niveles, como el gestor o incluso el político el que deba trabajar esta tarea. Todos hablamos del probable uso inadecuado de los servicios de urgencias, con un abusivo uso de la urgencia hospitalaria por cuestiones banales; hablamos del equívoco mensaje lanzado desde diferentes estamentos pregonando que los profesionales sanitarios, especialmente los de la Atención Primaria, debemos resolver todo, sean temas administrativos, sociales o “incluso clínicos”, sin demora a cualquier hora y en cualquier lugar. También nos vemos desbordados en muchas ocasiones, por esa sensación reinante de que la medicina lo cura todo, no hay lugar a la muerte, al dolor, a la insatisfacción, al sufrimiento, tal vez nunca se han diagnosticado tantos trastornos del ánimo

ni nunca hubo tanta medicalización de los mismos. Es que el ciudadano exige una solución médica a todos sus problemas independientemente de su origen y determinados medios se encargan de transmitir a la sociedad que nosotros somos los poseedores de la solución.

Cualquier profesional sanitario podría añadir ejemplos a los previos, algunos personales, elaborando una larga lista de lo que podríamos llamar disfunciones en el mensaje de salud. El mensaje sanitario es sensible, complejo y codiciado; sensible ya que afecta a un área íntima del ser humano que además tiene una repercusión directa en el entorno, complejo puesto que debe estar dotado de rigor, evidencia y veracidad y codiciado ya que son muchos a los que les gusta apropiarse del mismo para colocarse en una posición relevante ante la sociedad.

Todos los que trabajamos en el mundo de la salud tenemos clara la importancia del mensaje sanitario, conocemos mejor que nadie al receptor del mismo, puesto que trabajamos día a día a su lado, conocemos y compartimos sus esperanzas, sus expectativas, sus miedos y sus deseos; pero, sin embargo dejamos que el emisor del mensaje sea ajeno al mundo sanitario, desconecedor de la salud y de la enfermedad y decida en la mayoría de los casos, basándose en sus experiencias unipersonales o en fuentes diversas, el contenido del mismo, el formato y el objetivo.

Es el momento de que nosotros, los trabajadores de la salud, echemos mano de una herramienta poco utilizada, en general, en el sistema público sanitario: el marketing. El marketing entendido como herramienta de difusión y comunicación del conjunto de actuaciones que se toman de cara a la población,



hacer cosas, tomar decisiones y ser capaces de transmitir las a la población. Esto nos facilitará un mayor posicionamiento y una mejor imagen de nuestros servicios y de nuestro trabajo.

Las campañas de publicidad bien estructuradas dirigidas a la sociedad refuerzan nuestra imagen como servicio público y fortalecen también el posicionamiento social de la Atención Primaria. El marketing es una herramienta de sobrada eficacia y contrastado resultado; hoy, por poner un ejemplo, la sensibilización de la población en los últimos años hacia el cuidado del medio ambiente ha crecido espectacularmente, todo es ya más verde y todos los estamentos, (empresas, colectivos, asociaciones) sean públicos o privados lo tienen presente en sus campañas de comunicación como un elemento de prestigio. Sin embargo, dentro de nuestras propias organizaciones estamos poco acostumbrados a utilizar el marketing, es fácil comparar en un tema que tanto nos preocupa como es el gasto farmacéutico la estrategia utilizada por la Administración y la estrategia utilizada por la industria farmacéutica. No nos equivoquemos, la información tiene muchos componentes y el marketing si conocemos el mensaje y el objetivo permite llegar de una forma más directa.

Volviendo al concepto “vender”, al mensaje y al marketing, me gustaría desde estas líneas reclamar para el colectivo sanitario un papel más activo y directo en la política de comunicación a la población para clarificar y orientar esta sensible tarea. Debe existir una planificación estratégica de la misma donde debemos participar los profesionales sanitarios, la Administración pública sanitaria y probablemente las organizaciones profesionales. En esa planificación estratégica es seguro que nos pondremos de acuerdo en las grandes líneas de actuación, ya que hoy por hoy nos preocupan a todos. Es importante que en ese entendimiento diferenciamos dos ámbitos de discusión, uno centrado en la controversia científica, importante para el desarrollo de la Medicina y del conocimiento pero que cuando trasciende a la sociedad genera inquietud y controversia;

y otro, dirigido a la divulgación sanitaria a la población que deberá ser clara, concisa y consensuada. Podemos poner ejemplos en ambos casos, temas como la vacunación del neumococo, el cribado del cáncer de próstata o más recientemente la vacuna del virus del papiloma humano que han generado una controversia en la sociedad que no beneficia a la coherencia del mensaje.

Una línea de actuación importante en la que debemos trabajar es en el prestigio. Afortunadamente el desarrollo de la Atención Primaria es desde hace años sólido, el modelo está implantado con unos excelentes resultados tanto clínicos como sociales. Una muestra de ello es la satisfacción que genera entre los ciudadanos siendo muy alta en todo el estado. Sin embargo, no es menos cierto que debemos reivindicarnos más, medirnos más y comunicarlo a la sociedad y también en los medios y foros científicos, cuando lo hacemos siempre salimos bien parados, nuestro trabajo es de calidad, pero lo comunicamos poco. No obstante, existen enormes bolsas de desconfianza hacia la Atención Primaria desde el mundo hospitalario y desde otras especialidades. Es seguro que esa desconfianza se debe en gran medida al desconocimiento, pero no es menos cierto que parte de ese desconocimiento es culpa nuestra y debemos poner en marcha esas estrategias conjuntas de comunicación y marketing que nos permitan ocupar a los ojos de la sociedad el puesto que de hecho ya estamos ocupando.

Entre otras líneas de actuación también prioritarias estarían el uso adecuado de los recursos sanitarios, el dar a conocer el papel de los profesionales de Enfermería de la Atención Primaria a la sociedad, divulgar campañas de salud pública coordinadas con los profesionales de primera línea. Los ciudadanos deben conocer el sistema de salud que tienen y las expectativas que puede cumplir, pero también las que no puede cumplir.

La salud interesa y mucho. Si nosotros, los profesionales sanitarios, no nos implicamos en su venta, lo harán otros. No lo permitamos, o al menos, no los dejemos solos. ■

Sección patrocinada por:

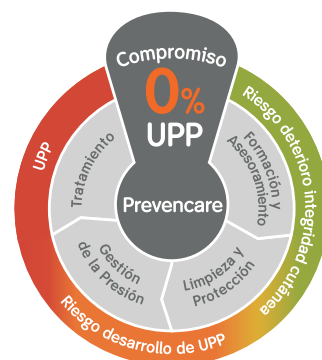


Por un mundo más sano™

Compartimos contigo la pasión por la prevención

En Smith & Nephew hemos apostado, a través del concepto **Prevenicare**, por el compromiso con los pacientes y usuarios, ofreciendo soluciones integrales, innovadoras, efectivas y rentables para la prevención y el tratamiento de las **úlceras por presión (UPP)** y de las **lesiones por incontinencia**.

www.prevenicare.org



Un claro y decidido compromiso con la calidad de vida

Las **UPP** constituyen, hoy en día, un importante reto con serias repercusiones tanto en las personas que las sufren (estado de salud, calidad de vida) y sus entornos inmediatos, como para el Sistema de Salud y los profesionales que trabajan en él (costes, tiempo de profesionales, utilización de recursos asistenciales, incremento de estancias, aspectos legales, etc)

Una gran parte de la UPP son prevenibles, con el consiguiente impacto tanto a nivel de los pacientes y sus entornos familiares, como para el Sistema de Salud. **Prevenicare** es la solución **integral e integrada** que ofrece Smith & Nephew como compañía líder en la prevención y el tratamiento de las heridas crónicas para conseguir los mejores resultados posibles en la prevención de las UPP.

Formación y asesoramiento

Smith & Nephew dispone de una serie de recursos específicos para facilitar la valoración de la situación de partida en las instituciones en cuanto al problema de las UPP, para de esta manera poder proponer a las mismas planes específicos de intervención orientados a un efectivo control de dicho problema. Estos planes incluyen propuestas de dotación, control y óptima utilización de recursos materiales, metodología de trabajo, integración de la evidencia en la práctica clínica, formación de los diferentes profesionales implicados en la prevención de las UPP, seguimiento epidemiológico y evaluación de los planes de intervención.

Gestión de la presión

La presión ejercida sobre las zonas de apoyo es un factor fundamental para el desarrollo y agravamiento de las UPP. Una adecuada gestión y control de la presión es fundamental, tanto para la prevención como para el tratamiento de las UPP.

La gama de productos **AEROCARE**, con productos adecuados a diferentes niveles de riesgo y de severidad de las lesiones, tanto para pacientes domiciliarios, como sociosanitarios y hospitalarios, permite una óptima **gestión sistémica de la presión**.

Por otra parte, la gama de apósitos hidrocélulares **ALLEVYN**® permite conseguir una óptima **gestión local de la presión** en localizaciones como los talones, codos, o zonas en contacto con dispositivos que ejercen presión local.

Limpieza y protección

La gama de productos **TRIPLE CARE**® de Smith & Nephew aporta a los profesionales y a los usuarios los recursos adecuados para minimizar el impacto de la incontinencia, y sus efectos en la piel, como causa favorecedora de lesiones cutáneas y de UPP.

Mediante técnicas y productos específicos para la **limpieza** de las zonas expuestas a incontinencia, y la **protección** de las mismas con cremas barrera, se ponen en marcha elementos orientados a una prevención efectiva de las lesiones por incontinencia, exudado u otros líquidos corporales.

Tratamiento

Cuando la prevención no es posible, o no se ha desarrollado de una manera efectiva, el tratamiento precoz con productos de cura en ambiente húmedo, como la gama **ALLEVYN**, es fundamental para reducir al máximo el sufrimiento de los pacientes y optimizar los recursos asistenciales. La gama **TRIPLE CARE** permite el tratamiento de las lesiones por incontinencia en su fase inicial. La gama **ALLEVYN** permite combinar una adecuada preparación del lecho de la herida junto a un abordaje local de la presión y la gama **AEROCARE** permite optimizar la gestión sistémica de la presión en el tratamiento de las UPP.

El concepto Prevencare

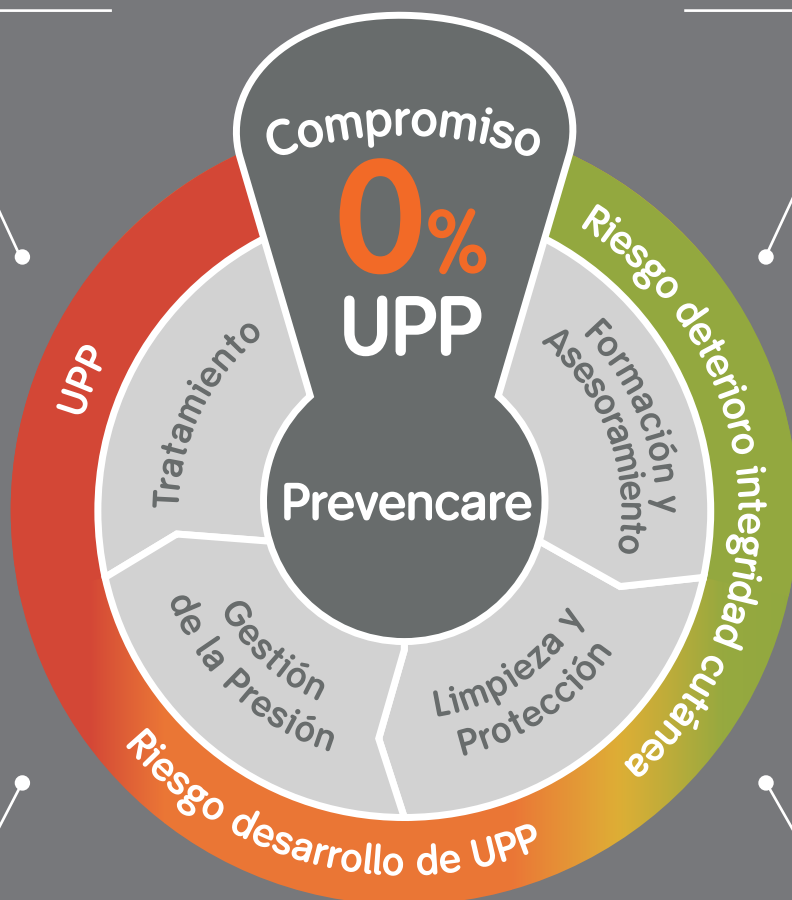
Soluciones integrales, innovadoras, efectivas y rentables para la prevención de las úlceras por presión (UPP) y de las lesiones por incontinencia

Tratamiento

Medidas eficaces de tratamiento que reduzcan el tiempo necesario para la resolución del problema de las UPP

Formación y Asesoramiento

La formación y el asesoramiento como elementos fundamentales para poder proponer planes específicos de intervención orientados a un efectivo control del problema de las UPP



Gestión de la presión

Gestión local y sistémica de la presión reduciendo el impacto del principal factor causal de las UPP

Limpieza y protección

Limpieza efectiva y no traumática de las zonas expuestas a incontinencia. Protección efectiva de las mismas para disminuir el riesgo de lesiones cutáneas

Curación de Heridas

Smith & Nephew, S. A.
Frutuós Gelabert, 2-4
08970 Sant Joan Despí (Barcelona)
Tel.: 902 303 161, Fax: 902 303 170

educacion.awc@smith-nephew.com
www.smith-nephew.com/es/
www.prevencare.org

Normativa

La responsabilidad del médico



Ofelia De Lorenzo Aparici*

» La apreciación de una responsabilidad derivada del funcionamiento del servicio exige la concurrencia del nexo causal en su doble vertiente práctica y jurídica.

» La duda diagnóstica puede ser clave a la hora de determinar si un acto médico es o no ajustado a la *lex artis*.

Las causas que han contribuido al actual fenómeno de la litigiosidad en el mundo sanitario son muy diversas: la existencia de una sociedad más informada y convencida de sus derechos, la evolución del acto médico —de individual a colectivo—, los progresos médicos que, si bien tienen efectos claramente beneficiosos, entrañan en numerosas ocasiones un aumento de riesgo para los usuarios, y, en fin, la relevancia de bienes jurídicos en juego: la vida, la integridad física y la salud, explican la preocupación, no sólo de los ciudadanos, sino de un personal sanitario verdaderamente abrumado ante las constantes reclamaciones de daños y perjuicios.

Por otra parte, el paciente exige calidad y eficacia, incluso cae en el convencimiento de que, ante los actuales adelantos técnicos, la ciencia tiene solución para todas las enfermedades sin que su práctica implique riesgo alguno. Pero la ciencia médica no es exacta. Por ello, la confrontación médico/paciente está servida.

Ante este conflicto, el Derecho debe proporcionar la necesaria seguridad jurídica. Se reclama una respuesta clara, una delimitación expresa del conjunto de derechos y deberes que afectan a todos los involucrados en los procedimientos de reclamación de daños ocasionados por el ejercicio de la asistencia sanitaria pública y privada, lo que conlleva una evolución jurisprudencial constante, que es conveniente seguir por las partes implicadas.

Por lo que se refiere a la responsabilidad profesional, deben destacarse los siguientes extremos:

1. Con carácter general, desde la culminación del proceso de transferencia de las funciones y servicios del Insalud a las comunidades autónomas, operada en fecha de 1 de enero de 2002, los juzgados y tribunales de las comunidades autónomas han continuado con la doctrina sentada por la Sala de lo Contencioso Administrativo de la Audiencia Nacional, resolviendo que, en las profesiones sanitarias no se puede declarar la responsabilidad patrimonial sin que previamente quede

acreditada la infracción de la *lex artis ad hoc* por parte de los profesionales sanitarios.

De este modo, específicamente en el campo de la responsabilidad patrimonial dimanante del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos sanitarios, se mantiene la doctrina judicial tendente a apreciar algún tipo de culpa o negligencia en la actuación de los profesionales sanitarios para declarar, a consecuencia de ella, la responsabilidad patrimonial de los servicios sanitarios.

Así, aspectos tales como la incertidumbre diagnóstica, resultan esenciales a la hora de la declaración de la responsabilidad patrimonial.

En efecto, la duda diagnóstica puede ser clave a la hora de determinar si un acto médico es o no ajustado a la *lex artis* y, en consecuencia, si de esa actuación cabe imputar responsabilidad objetiva a la Administración.

Así han continuado pronunciándose las sentencias, en el sentido de declarar que la Administración debe ser juzgada por los datos clínicos existentes cuando se produjeron los hechos. Es decir, se exige que la Administración sea juzgada “a la luz del conjunto de datos analíticos, síntomas, pruebas y reacciones orgánicas que acaecían en el momento [de producirse los hechos]”, ya que “es fácil *a posteriori*, una vez fallecido el paciente y realizando el estudio necrópsico, diagnosticar a qué respondía el cuadro que presentaba”.

2. La línea doctrinal anteriormente expuesta con relación a la responsabilidad patrimonial se ha mantenido igualmente en los juzgados y tribunales del orden judicial penal (responsabilidad penal), junto a la regla general de que el error en el diagnóstico no es tipificable como infracción penal salvo que, por su entidad y dimensiones, constituya una equivocación inexcusable. Igualmente queda también fuera del ámbito penal, por la misma razón, la falta de pericia cuando ésta sea de naturaleza extraordinaria o excepcional.

En definitiva, la jurisprudencia penal viene exigiendo, no sólo que la conducta del médico se desenvuelva fuera de la denominada *lex artis*, sino que exista una adecuada relación de causalidad entre ese proceder descuidado y

el mal o resultado antijurídico sobrevenido. Esto impone la traducción del peligro potencial entrevisto o debido prever en una consecuencia real, debiendo hacer hincapié en la relevancia jurídico penal de la relación causal. El caso es que precisa, centro ya de la propia relación de antijuricidad, que el resultado hubiese podido evitarse con una conducta cuidadosa o, al menos, no se hubiera incrementado el riesgo preexistente.

3. En la jurisprudencia civil es conveniente destacar, en cuanto se refiere a las actividades de los médicos, que, aunque el fin perseguido por la actuación de estos profesionales "es la curación del paciente, tal fin permanece fuera de la obligación del facultativo por no poder garantizarlo, y el objeto de la obligación del médico es una actividad diligente y acomodada a la *lex artis* (sentencia del Tribunal Supremo, Sala I, del 16-4-2007). Sin embargo, en medicina o cirugía satisfactiva (operaciones de cirugía estética, operaciones de vasectomía y cirugía refractiva), se exige un plus de responsabilidad al facultativo, con dos consecuencias para el médico: la distribución del riesgo y el concepto del incumplimiento total o parcial del contrato.

No podemos olvidar que en este apartado la 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, por la exigencia del documento de consentimiento en la práctica médica dentro de la relación médico-paciente, pasa de ser un principio de beneficencia a sustentarse en un principio de autonomía del paciente.

Desde el punto de vista del derecho de la responsabilidad, la doctrina jurídica del consentimiento implica, por un lado, que el médico ya no responde sólo por negligencia o mala práctica en la realización del tratamiento, sino también por el hecho de prescindir del consentimiento del paciente para el diagnóstico o intervención que implique riesgos.

El tratamiento médico es el resultado de una relación jurídica entre el médico y el paciente; la legitimación para que el profesional sanitario actúe en el cuerpo del paciente se encontraría en la previa existencia de esa relación jurídica que, por tanto, requiere como elemento indispensable el consentimiento del paciente.

Igualmente son cada vez más las sentencias que versan sobre reclamaciones fundadas en una deficiente atención hospitalaria en aplicación del artículo 28 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios. No obstante, tales sentencias suelen versar sobre casos de infecciones contraídas o reactivadas en el propio medio hospitalario o a consecuencia de transfusiones de sangre, de fallos en determinados dispositivos de implantes o en el instrumental quirúrgico de una intervención o, en fin, de daños desproporcionados en relación con el caso riesgo atribuible en principio a una determinada intervención.

Deficiente atención

En ese sentido, esta responsabilidad de carácter objetivo cubre los daños originados en el correcto uso de los servicios, cuando por su propia naturaleza, o estar así reglamentariamente establecido, incluyen necesariamente la garantía de niveles determinados de pureza, eficacia, o seguridad, en condiciones objetivas de determinación, y supongan controles técnicos, profesionales o sistemáticos de calidad, hasta llegar en debidas condiciones al usuario.

En cualquier caso, la apreciación de una responsabilidad derivada del funcionamiento del servicio exige la concurrencia del nexo causal, en su doble vertiente, fáctica y jurídica, entre el daño producido y el defecto experimentado en el referido funcionamiento del servicio.

4. La jurisprudencia laboral ha quedado circunscrita a los litigios entre el personal laboral y la Administración Pública, ya se trate de las entidades gestoras o de otras instituciones, incluidas las autonómicas y, obviamente, las relaciones laborales entre particulares y empresas privadas.

La competencia para conocer de las reclamaciones por intereses lesionados con ocasión de la asistencia sanitaria, ha pasado a la jurisdicción contencioso-administrativa, como hemos comentado en el punto 1.

En cuanto a las relaciones de trabajo de los profesionales, a raíz de la entrada en vigor del Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud, desde la fecha de entrada en vigor de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, han pasado igualmente a la jurisdicción citada. ■

Siempre que lo necesites, estamos preparados...
Dándote la mejor respuesta, velando por tu salud.
Cuidando de lo que más quieres.

Porque pase lo que pase...
Aquí estás siempre en buenas manos...

Profesionales sanitarios de Castilla-La Mancha

siempre **preparados** *para ti*



Castilla-La Mancha



Impuestos

Las principales modificaciones

Hace más de 300 años Adam Smith se quejaba de la poca estabilidad de las normas tributarias, llegando incluso a manifestar que en materia de impuestos podría aceptarse un poco de injusticia a cambio de una mayor estabilidad. La certeza ordenadora, el saber con seguridad qué está vigente y qué no en materia de impuestos, es un objetivo largamente incumplido, incumplimiento del que no se han escapado estos últimos cinco años.

No obstante, hay una materia que ha gozado de una cierta permanencia entre nosotros, y que, por su carácter fundamental en nuestro ordenamiento, ha sido un punto de referencia que ha hecho posible el desarrollo ordenado del sistema tributario español. Me refiero a la Ley General Tributaria (LGT), publicada en el ya muy lejano 1963, todo un hito de nuestro ordenamiento tributario cuyo cuarenta aniversario coincidió con su derogación: el 18 de diciembre de 2003 se publicaba la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, General Tributaria, que, en contra de lo acostumbrado en esta materia, tuvo la delicadeza de retrasar su entrada en vigor hasta el 1 de julio de 2004.

Son muchos los objetivos de la nueva LGT, pero resaltaremos tres muy importantes: concentrar en una sola ley la normativa tributaria anteriormente muy dispersa, adecuar el funcionamiento de la Administración a las nuevas tecnologías y reducir la conflictividad en materia tributaria. Pronto vamos a cumplir cuatro años de vida de esta nueva LGT y los que nos dedicamos a esta bella materia ya podemos decir que nos está dando bastante seguridad como norma de referencia y nos ha otorgado un mayor margen de maniobra a la hora de relacionarnos con la Administración.

Un cambio fundamental que hemos experimentado estos últimos años es que, dejando al margen el País Vasco y Navarra, por fin, el resto de las comunidades autónomas (CC.AA) se han dado cuenta de que realmente tenían capacidad normativa relevante en los impuestos cedidos por el Estado y en el

tramo autonómico del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF). Este despertar de nuestras CC.AA, además de complicarnos la vida a los asesores fiscales, ha potenciado la competencia fiscal entre comunidades. Es cierto que los cambios empezaron en el Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados (ITPyAJD), y que, con el tiempo, todas las CC.AA menos Canarias han elevado un punto (del 6 al por ciento) el tipo general que grava las transmisiones patrimoniales onerosas de inmuebles. Pero estas modificaciones apenas han generado cambios en la actuación de los contribuyentes, no sólo por lo exiguo de las diferencias sino fundamentalmente por la imposibilidad de trasladar un inmueble de una comunidad a otra. Para desenterrar el hacha de la competencia fiscal había que actuar con impuestos con mayor recorrido de tipos y cuyo punto de conexión fuera la residencia de las personas, que puede trasladarse con cierta facilidad de una comunidad autónoma a otra. Es lo que ocurre con el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD), cuyo tipo marginal máximo en las mejores condiciones es el 34 por ciento. Empezó la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), en 2006, reduciendo a un gravamen testimonial el que giraba sobre las donaciones entre parientes de la línea directa, y en un solo año se realizaron tantas que la recaudación, aún con la reducción, superó la suma de la de los cinco años anteriores. A Madrid siguieron en seguida Baleares y Comunidad Valenciana. Un año más tarde también Madrid protagonizó el cambio aplicando la misma medida a las adquisiciones por herencia de parientes en línea directa cuando los herederos tenían más de veinte años.

En el ámbito del IRPF las CC.AA habían limitado sus modificaciones a las deducciones en cuota aplicables al tramo autonómico, fundamentalmente introduciendo nuevas deducciones, pero ninguna comunidad se había atrevido a modificar la tarifa autonómica. Fue, una vez más, la CAM la pionera en este punto. Así, para el año 2007 se anunció una



José Ignacio Alemany*

>> Las modificaciones iniciadas por la CAM y continuadas por otras comunidades han originado un mapa de tributación autonómico muy diverso.

>> En cuanto al IVA la LMPFF ha establecido un sistema especial de responsabilidad para intentar atajar los fraudes denominados trucha y carrusel.

rebaja de un punto en la escala autonómica de tipos, rebaja que en realidad, fue sólo de una décima de punto en el tipo marginal máximo. Las modificaciones iniciadas por la CAM y continuadas por otras comunidades han originado un mapa de tributación autonómica tan diverso que a duras penas puede mantenerse el mandato constitucional de igualdad de trato en materia tributaria. Son tantas y tan distintas las normas que muchas veces se han levantado para que desde el Estado se promueva una modificación radical de la ley estatal y la creación de un sistema que permita reducir las diferencias sin cerceñar la autonomía financiera autonómica, cuestión esta última de difícil puesta en práctica. Muestra de este movimiento ha sido el acuerdo en el primer Consejo de Ministros de esta nueva legislatura de suprimir el Impuesto sobre el Patrimonio con efectos desde 2008, precisamente el año en el que la CAM, esta vez de verdad, había reducido un punto su tipo marginal de gravamen.

Respecto al IRPF, muchos han sido los cambios en estos cinco años. Hemos pasado de un tipo marginal máximo del 48 por ciento en 2002 al 43 por ciento en 2007 y 2008. Pero la base a la que se aplican estos tipos no ha sido siempre la misma: bajó de 67.433 euros en 2002 a 45.000 euros en 2003 y subió de 46.818 euros en 2006 a 52.360 euros en 2007. Entre tanto sólo ha habido tres actualizaciones de la tarifa al 2 por ciento. La nueva ley del IRPF, en vigor desde el 1-1-2007, modificó el cálculo de la renta disponible sometida a tributación de manera que los mínimos personales y familiares no se restan ya de la base imponible para hallar el importe que se lleva a la tarifa, sino que se aplican como si fueran una deducción fija en cuota.

Otro aspecto a destacar en la nueva ley del IRPF es que consolida el carácter dual del impuesto, de manera que, si antes las ganancias patrimoniales netas a más de un año se escapaban de la aplicación de la tarifa y tributaban a un tipo fijo del 15 por ciento, ahora hay dos componentes de renta que eluden esa tarifa: los rendimientos del capital mobiliario y las ganancias y pérdidas patrimoniales derivadas de ventas de elementos patrimoniales independientemente del plazo de generación.

En cuanto al Impuesto sobre Sociedades (IS), la reforma de 2006 se ha centrado en reducir los tipos de gravamen, pasando el general del 35 al 32,5 por ciento en 2007 y al 30 por ciento en 2008, cinco puntos menos para los primeros 120.202,42 euros de base imponible de las empresas de reducida dimensión, reduciendo progresivamente, hasta su eliminación en 2013, el importe de las deducciones en cuota que tenían por objeto incentivar alguna actividad, con la única excepción de la deducción por reinversión.

También en este período hemos asistido al nacimiento, auge y desaparición de las sociedades patrimoniales (sustitutas en 2003 de las sociedades transparentes) que resultaron muy atractivas para las grandes fortunas pero que dieron muchos problemas en su aplicación práctica.

Prevención del fraude

Por otro lado, la Ley de Medidas para la Prevención del Fraude Fiscal (LMPFF), que entró en vigor en diciembre de 2006, modificó radicalmente el régimen de las operaciones vinculadas, obligando a computarlas siempre por su valor de mercado, y exigiendo la confección de un dossier completo que describa el grupo, las operaciones realizadas entre las sociedades del grupo y el método utilizado para valorarlas. A partir de ese momento, además, la facturación que un socio hiciera a su sociedad profesional no sería ya aceptada, como antes, como valor de mercado de sus servicios, exigiéndose aumentar la base imponible para el caso de que fuera inferior a su valor de mercado.

Por lo que se refiere al IVA hay que mencionar que la LMPFF ha establecido un sistema especial de responsabilidad para intentar atajar los fraudes denominados trucha y carrusel y ha creado el régimen especial de tributación de los grupos de sociedades a efectos de este impuesto. Por último, conviene señalar que esa misma LMPFF ha dado nueva redacción al famoso artículo 108 de la Ley del Mercado de Valores, que es el que regula la tributación por el ITPyAJD de las ventas de acciones o participaciones de sociedades cuyo activo se compone fundamentalmente de inmuebles, aclarando determinados aspectos que estaban sujetos a discusión y ampliando los supuestos de aplicación. ■

Cuando se buscan respuestas,



lo importante es encontrarlas.

Lilly busca respuestas a través de la investigación, la innovación y el desarrollo de nuevos fármacos y tratamientos que ayuden a salvar, prolongar y mejorar la vida de las personas.

www.lilly.es

Lilly

Respuestas que importan.

Tecnología

Gestión e integración de sistemas



Oscar Gil García*

» En los próximos años los esfuerzos, sin duda, se seguirán focalizando en lograr un entorno interoperable donde la información clínica se pueda compartir, tanto dentro de una comunidad autónoma, como en el conjunto de sistema nacional y europeo.

» La evolución de los sistemas de diagnóstico por imagen soportados en aplicaciones RIS/PACS está permitiendo la posibilidad del trabajo en red.

Hace aproximadamente cinco años andaba yo por tierras murcianas viendo cómo íbamos a informatizar sus diez hospitales públicos, partiendo de aplicaciones que, aunque eran ciertamente antiguas y sólo eran utilizadas por personal administrativo, cumplían de forma austera pero correcta con lo que se esperaba de ellas. El reto era poner en marcha una nueva solución que materializara la visión de lo que debería ser un sistema de gestión clínica, y que de tanto oírlo y leerlo con el paso del tiempo, acaba casi por parecer que pierde valor. Me estoy refiriendo a la creación de una historia clínica electrónica de pacientes única y compartida por todos los profesionales de distintos hospitales, que se integrara perfectamente con los sistemas departamentales y con Atención Primaria.

Durante estos años, la revolución tecnológica que se ha vivido en el sector sanitario se ha materializado en una serie de líneas de trabajo relativamente independientes que convergen necesariamente en un sistema de integración.

La renovación de los sistemas de gestión de pacientes y creación de historias clínicas electrónicas, lanzada de forma independiente por las diferentes comunidades autónomas, ha configurado el mapa actual donde existen tres grandes proveedores de soluciones comerciales, como son Siemens (Selene), Hewlett Packard (HCIS) y SAP (ISH), y donde otras cuantas han decidido desarrollar su propia solución a medida. Comunidades como Castilla-La Mancha, Murcia, Asturias, La Rioja o Baleares son ejemplos de la primera opción, y otras como la Comunidad Valenciana, País Vasco, Cantabria o Navarra, lo son de la segunda.

Los compromisos políticos en torno a las garantías de demora en las listas de espera también han sido tuno de los mo-

tores de toda esta renovación, y han dado lugar a la construcción de otros sistemas informáticos que fueran capaces de integrar la información de los diferentes centros y presentarla de forma homogénea y comparable. Algunos ejemplos son el sistema RULEQ (Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica) en la Comunidad de Madrid o el sistema SIGILE en la Región de Murcia.

Para hacer visible el cumplimiento del compromiso, además se dotó a estos sistemas de un canal *web* con su correspondiente portal en Internet y de un canal telefónico con su correspondiente centro de llamadas (*call center* o *contact center*), donde los ciudadanos podían encontrar información relativa a su intervención.

Otra de las líneas de actuación donde se ha trabajado en estos años han sido los sistemas de receta electrónica, que permiten conectar informáticamente todo el proceso desde la prescripción que se realiza en Atención Primaria, a la dispensación en las oficinas de farmacia, incluyendo el envío de toda la información para control de calidad y facturación a los colegios profesionales y al Servicio de Salud correspondiente. Si bien es verdad, que este tipo de sistemas se han desarrollado bastante menos que los comentados anteriormente, para hacer justicia, hay que mencionar al Servicio Andaluz de Salud (SAS) que sin duda ha sido pionero y su sistema (desarrollado principalmente por la empresa Indra), al contrario de lo que ha pasado con los sistemas hospitalarios, está siendo tomado como modelo de referencia por muchas otras autonomías.

La creación de centros de llamadas, que acerquen los servicios de la sanidad pública a los ciudadanos, ha sido también otro de los principales tipos de proyectos que se están acometiendo. Como en el caso anterior, también se podría mencionar al SAS, que tiene en producción y funcionando con éxito un centro

de llamadas que permite dar cita previa en Atención Primaria sobre las agendas de cualquier centro de salud de toda la comunidad.

La evolución de los sistemas de diagnóstico por imagen soportados en aplicaciones RIS/PACS está permitiendo la posibilidad del trabajo en red, donde pueden participar sobre un mismo estudio diferentes profesionales de diferentes centros. De los múltiples proyectos de éxito que ha habido en este ámbito, mencionaré el proyecto Ykonos de Castilla-La Mancha, y muy recientemente la creación del “anillo radiológico” en los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid, donde las ubicaciones físicas del médico que pide la prueba, el lugar donde se realiza, y la del radiólogo que la informa, serán solamente aquellas que mejor se adapten a las necesidades del paciente o que redunden en un mejor servicio para el mismo.

Si tuviera que hacer un balance, diría que aunque se ha avanzado mucho y sobre todo con un gran esfuerzo por parte de los responsables públicos, lo cierto es que los resultados esperados tal y como fueron concebidos siguen tardando en llegar.

Esto es así por diferentes motivos. En orden inverso de importancia, diría que el primero de ellos es la situación de partida tan precaria que existía desde el punto de vista informático, con instalaciones independientes en cada centro de salud u hospital y prácticamente sin la existencia de un estándar común, en arquitecturas informáticas totalmente obsoletas, que no tanto supone una complejidad técnica en sí mismo, pero sí que hace que sean muchos los pasos que hay que dar.

Como segunda causa, que además será la cuestión más importante a resolver en los proyectos de futuro para hacer que los sistemas sean interoperables, diría que el lanzamiento de iniciativas de forma independiente por parte de las diferentes autonomías ha propiciado el entorno actual donde existe una gran diversidad de soluciones (comerciales o a medida) y arquitecturas, y donde, al menos

en los primeros años, no se han sabido aprovechar posibles sinergias entre proyectos de diferentes autonomías.

Avance informático

El tercer motivo y tal vez el más importante, es el tremendo salto conceptual que ha dado la informática en el entorno sanitario donde ha dejado de ser únicamente soporte a los procesos administrativos, y donde se ha visto la necesidad de que sea una herramienta diaria en las labores asistenciales, lo que sí añade una gran complejidad funcional en el diseño de las soluciones para dar respuesta a las necesidades reales de los profesionales y lo que añade mayores exigencias en las tareas de gestión del cambio y de gestión de proyectos en su conjunto.

La falta de conocimiento de la importancia de involucrar a los profesionales desde la concepción del proyecto, hasta la implantación, pasando por el diseño y adaptación del producto a las necesidades reales; la no identificación de interlocutores clave entre los usuarios que lideren desde el punto de vista funcional la implantación y otros problemas relacionados con la gestión y las expectativas y necesidades de los profesionales, han sido por desgracia una de las causas comunes de fracaso en muchos de los grandes proyectos informáticos que se han tratado de poner en marcha.

Se potenciarán sistemas de atención al paciente basados en nuevos canales de comunicación, llevando muchos servicios que actualmente se prestan en centros sanitarios a portales *web* o a centros de llamadas, desde los cuales se tenga acceso a los sistemas clínicos y administrativos que hagan posible ofrecer el servicio que demanda el paciente.

En los próximos años los esfuerzos, sin duda, se seguirán focalizando en lograr un entorno interoperable donde la información clínica se pueda compartir, tanto dentro de una comunidad autónoma, como en el conjunto de sistema nacional y europeo. También veremos cómo se potencian otro tipo de proyectos sobre todo relacionados con la telemedicina y la movilidad de los profesionales. ■

Tribunales

Crecimiento de la conflictividad



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Civil, Sección 1
Sentencia de 19 de julio de 2007

En materia de responsabilidad médica, la conflictividad en los últimos cinco años ha crecido de manera sorprendente. Si este tema no había sido motivo de especial estudio doctrinal, a partir de 1985 empezó a ser estudiado por diferentes tratadistas. También es cierto que con este motivo las resoluciones judiciales en esta materia comenzaron a proliferar de manera paulatina hasta el punto que empezamos a tener en España gran número de demandas y querellas que nos recordaban lo que habíamos oído de que en Estados Unidos cualquier paciente acudía a los tribunales por presunta malpraxis sanitaria, y ya tenía mos este problema a las puestas de nuestra propia casa.

En los últimos cinco años, este problema, ya instalado en nuestros tribunales, ha ocasionado una numerosa jurisprudencia de los distintos órdenes judiciales y jurisdicciones, que han venido a estudiar la responsabilidad médica desde el punto de vista civil, penal, contencioso administrativo y social.

También contribuyó a este aumento de resoluciones jurisprudenciales el incremento y cambio de numerosas leyes, como, por ejemplo, la Ley 29/98 de Regulación de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, la Ley 4/99 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, que vinieron a regular las reclamaciones contra la sanidad pública y, por tanto, la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Al ser pública en su mayoría la sanidad española, se hizo necesario canalizar estas reclamaciones en dicha jurisdicción para, entre otras cosas, no acumular en la ordinaria un

grandísimo número de demandas y procedimientos que se hacían largos y repetidos. Esto, a mi juicio, no se consiguió del todo, pues el aumento no ha parado y en este momento en todos los órdenes jurisdiccionales se acumulan reclamaciones por responsabilidad profesional y malpraxis de los profesionales sanitarios.

Por lo tanto, podemos decir sin miedo a equivocarnos que desde 1998 hasta nuestros días, es decir, diez años, es cuando comienzan a dictarse por el Tribunal Supremo sentencias sobre responsabilidad civil del médico y demás personal sanitario, siendo en estos últimos cinco años, quizás, el período donde más se han incrementado. Esto es lo que ha sucedido en otros países de nuestro entorno. En Francia, por ejemplo, donde entre 1962 y 1970 las demandas por malpraxis han aumentado en un 82 por ciento.

Llegados a este punto es necesario preguntarnos cuáles han sido la causas de este desmesurado aumento. La primera causa ha sido el reconocimiento expreso del derecho a la salud como derecho constitucional, lo que ha traído consigo todo un desarrollo legislativo de este precepto, que ha motivado que haya muchas razones de choque y de intereses encontrados entre los pacientes y los trabajadores de la sanidad.

En segundo lugar, la Medicina ya no se ejerce de forma paternalista, sino que al paciente se le reconocen unos derechos frente a la organización sanitaria como usuario de la misma, antes impensables. El ciudadano no se resigna, como antiguamente, a permanecer en pasividad ante la muerte o cualquier infortunio y tiende a buscar causas para poder reclamar y exigir cuantiosas indemnizaciones. Esto es, en definitiva, una consecuencia de los tiempos modernos en donde se ha mentalizado al paciente de que no debe haber un daño sin reparación.

En tercer lugar, los tiempos han traído una nueva forma de ejercer la Medicina. Ahora es normal la proliferación de grandes hospitales con toda clase de adelantos, frente a la anterior concepción de la misma como

» Desde 1998 hasta nuestros días, han comenzado a dictarse por el Tribunal Supremo sentencias sobre responsabilidad civil del médico y demás personal sanitario.

» La responsabilidad médica es una responsabilidad subjetiva, donde la carga de la prueba corresponde al paciente.

beneficencia, con todo lo que de precariedad llevaba consigo. En definitiva, es el desarrollo de los tiempos modernos. El enfermo no se encuentra como antes ante un médico particular al que reconoce desde siempre, sino que acude a una institución sanitaria anónima ante la que no importa el reclamar.

En cuarto lugar, no hay que desconocer las grandes y cuantiosas indemnizaciones que se pagan por parte de las compañías de seguros por responsabilidad médica profesional.

Y en quinto lugar, la responsabilidad médica es una responsabilidad subjetiva, donde la carga de la prueba corresponde al paciente. Esto ha hecho que cambie el signo de las reclamaciones ante los tribunales por actividad médica, encontrándonos en las relaciones entre médico y paciente ante un contrato de servicios, desplazándose la responsabilidad desde la contractual a la extracontractual, fundamentándose en la acción aquiliana del artículo 1.902 del Código Civil, con la particularidad de que siempre hay una institución pública a la que demandar.

Llegados a este punto, debemos citar una cuestión de suma importancia, que es la determinación de la jurisdicción competente para las reclamaciones por responsabilidad civil derivada de actuaciones médicas. Esto, que en principio no debería suscitar dudas, en la práctica sí que las plantea, sobre todo cuando es la Administración o cualquier otro organismo público titular del centro asistencial al que se le exige responsabilidad, lo cual ha originado y sigue originando, incluso, sentencias contradictorias de las diferentes jurisdicciones en las que se autodeclaran competentes para conocer de estos casos.

Por tanto, al reclamante el primer problema que se le plantea es a qué tribunal acude, o bien si ha sido citado por un tribunal competente o si ha sido citado por su presunta malpraxis. Este problema debe solucionarse de forma definitiva y clarificadora, lo que no se ha hecho en la actualidad, a pesar de la ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo. La prueba de que esto es así, la tenemos en que en estos últi-

mos años se han dado toda clase de demandas ante todas las jurisdicciones y que en la gran mayoría han sido aceptadas por las mismas. Como ejemplo señalamos que de las reclamaciones habidas contra la Seguridad Social del País Vasco, el 63,1 por ciento lo fueron ante la jurisdicción penal, el 18,8 por ciento ante la jurisdicción civil, el 16,9 por ciento ante la jurisdicción social y el 1,2 por ciento ante la jurisdicción contencioso-administrativa. Lo cual clarifica que hay un gran predominio de la vía penal y una muy pequeña incidencia en la vía contenciosa.

Responsabilidad patrimonial

En la jurisdicción contencioso-administrativa se puede reclamar por responsabilidad patrimonial de la Administración, donde la acción de responsabilidad es objetiva, y cuando se produce una muerte es irrelevante que el agente encargado del servicio haya obrado con diligencia o con descuido, ya que entra en funcionamiento la aplicación del resarcimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración; mientras que, cuando se trata del acto médico, lo primero que hay que dilucidar es si el daño se produjo por causas naturales, en cuyo caso no procede la indemnización, o si fue la conducta negligente del facultativo la que lo originó, en cuyo caso sí que procederá resarcir el daño ocasionado.

Hay que señalar también que se acude a la vía penal con preferencia no porque el paciente quiera que al sanitario se le imponga una pena o una sanción, sino porque la responsabilidad penal lleva también consigo la responsabilidad civil y esta jurisdicción es mucho más rápida.

Todo esto ha generado que se incrementa el número de litigios de forma espectacular. Y es que el número de condenas es cada vez más bajo. Ello se debe a la dificultad de la prueba y la inexistencia de presunción de culpa. También, y en consecuencia, se ha incrementado la llamada medicina defensiva para tratar de no asumir riesgos jurídicos; lo que ocurre es que ésta es muy costosa y hace que el profesional, ante el temor de ser encausado por malpraxis, ordene una serie de pruebas en la gran mayoría de las veces innecesarias para no asumir riesgos. ■

Inversiones

Del crecimiento económico a la crisis



Natalia Aguirre Vergara*

» Los inversores han permanecido atentos a las posibles implicaciones del encarecimiento del precio del crudo y otras materias primas.

» Las políticas monetarias de los principales países se han hecho más previsibles, lo que a su vez ha permitido a los inversores anticipar futuros movimientos de tipos de interés.

En los últimos cinco años, la economía mundial ha disfrutado de la fase de crecimiento más sólida y equilibrada de su historia reciente, un contexto propicio para una favorable evolución de los mercados financieros en general y de las bolsas en particular.

Así, el estallido de la burbuja tecnológica al inicio del nuevo siglo (por el que los principales mercados bursátiles del mundo llegaron a acumular pérdidas desde los máximos anteriores de más del 50por ciento y en algunos casos cercanas al 70por ciento) dio paso a una nueva fase expansiva, que se ha extendido hasta bien entrado el 2007. Esta fase expansiva ha estado caracterizada por un sólido crecimiento económico, claramente superior a la tendencia de largo plazo, y lo que es más importante, un crecimiento equilibrado, en la medida en que todas las áreas geográficas han contribuido a este clima de bonanza económica. Y no sólo eso, sino que hablamos de un crecimiento libre de presiones inflacionistas de entidad, lo que ha permitido el mantenimiento de unos tipos de interés relativamente bajos, tanto por parte de las autoridades monetarias como en los mercados secundarios de deuda. Asimismo, las políticas monetarias de los principales países se han hecho más previsibles, lo que a su vez ha permitido a los inversores anticipar futuros movimientos de tipos de interés y, por tanto, incorporar sin sobresaltos estas expectativas en sus procesos de decisión.

Aún con todo, este escenario de crecimiento económico estable se ha producido en un contexto en el que sí hemos visto movimientos importantes en los mercados de divisas. Así, el propio dólar ha pasado de cotizar en niveles de 1,0336 dólares/euro al inicio del 2003 a los mínimos históricos cercanos a 1,60 a los que cotizaba en abril pasado, lo que supone una depreciación del billete verde del

35por ciento. Pero lo más relevante es que este notable debilitamiento de la divisa estadounidense se ha producido también de forma progresiva, permitiendo, una vez más, a los diferentes agentes económicos adaptar sus decisiones sin problemas a esta tendencia.

Esta positiva evolución de la economía mundial no ha estado, sin embargo, exenta de riesgos y factores de incertidumbre. Al margen de los consabidos riesgos geopolíticos, los inversores han permanecido atentos a las posibles implicaciones del encarecimiento del precio del crudo y otras materias primas, el proceso de normalización de los tipos de interés y los signos de crisis en algunos mercados inmobiliarios. Pero lo cierto es que todos estos factores de riesgo se han ido digiriendo sin grandes traumas por parte de las economías y los mercados financieros del mundo.

Como ya hemos anticipado, este entorno de fortaleza en el crecimiento y de estabilidad nominal, que a su vez se ha traducido en una etapa de sólidos resultados empresariales, es sin duda el contexto propicio para un favorable comportamiento de los mercados financieros en general y de las bolsas en particular. Así, tomando el período 2003-2007, vemos cómo en los últimos cinco años los principales mercados bursátiles del mundo han acumulado plusvalías que van desde el 67por ciento del S&P 500 (índice más representativo de la bolsa estadounidense) hasta revalorizaciones superiores al 360por ciento en el caso de los mercados emergentes europeos o de Latinoamérica. Especial mención merece el mercado español, sin duda el más rentable entre los desarrollados, con una revalorización acumulada del 151por ciento en el Ibex 35, frente a avances del 84por ciento en el Eurostoxx 50 (principal referencia europea) o del 78por ciento en el Nikkei japonés.

¿Y a qué cabe achacar este mejor comportamiento relativo de nuestra bolsa? Varios han sido los factores determinantes

del mismo, pero quizá los más destacables sean el apoyo que ha supuesto el diferencial de crecimiento a favor de nuestra economía, la prima positiva por la exposición de nuestros principales valores cotizados (Telefónica, Santander, BBVA, Endesa, Repsol...) a Latinoamérica y la abundancia de movimientos corporativos, impulsados por unas favorables condiciones de financiación. Otros elementos de apoyo en las subidas bursátiles han sido los incrementos de beneficios empresariales superiores al 20por ciento anual (impulsados por una elevada tasa de crecimiento de los ingresos y por una contención de los gastos) y unas atractivas rentabilidades por dividendo, apoyadas por una sostenida mejora de las políticas de retribución al accionista. En este contexto, el dinamismo de la actividad de OPVs (ofertas públicas de venta) también ha sido un factor estimulante para un mercado que acogía la nueva oferta de papel con alegría.

Claramente por detrás de los rendimientos de la renta variable se encuentran los de la renta fija: en torno al 15 por ciento acumulado en 2003-2007 para el tramo corto de la curva (desde un día hasta tres años), y cercano al 30por ciento para el tramo largo (más de 10 años). Por último, señalar el buen comportamiento registrado también por las compañías inmobiliarias cotizadas en los mercados bursátiles hasta 2006, recogido por una revalorización del índice EPRA (índice inmobiliario en Europa) del 120por ciento, lo que representa un buen reflejo del buen momento vivido también durante esos años por el sector inmobiliario, si bien esta situación se ha revertido de forma drástica en el año 2007, con caídas superiores al 30por ciento.

¿Y dónde estamos ahora? Centrémonos en 2007, un ejercicio en el que podemos diferenciar dos etapas claras en los mercados bursátiles. Así, el comportamiento de los principales índices fue muy distinto en la primera y en la segunda parte del año, con el inicio de la crisis *subprime* como desencadenante del inicio de las bajadas bursátiles. De esta forma, se vivió una primera parte del año con todos los índices en positivo, con sólo algún mo-

mento puntual de incertidumbre en torno al mes de febrero, motivado por dudas sobre el crecimiento económico en Estados Unidos y posibles cambios regulatorios en la bolsa china. Tras alcanzar máximos en torno al verano, las noticias sobre problemas en el sector financiero llevaron a los primeros recortes bursátiles a partir de junio-julio, en un escenario de fuerte incertidumbre en los mercados de crédito en torno a la valoración de múltiples activos, provocando una importante crisis de liquidez. Tras una recuperación inicial de las cotizaciones, apoyada por una reacción inmediata de los bancos centrales (especialmente de la Reserva Federal, inyectando liquidez a los mercados), las bolsas iniciaron en octubre/noviembre de 2007 una tendencia a la baja que les ha llevado a acumular recortes importantes hasta los mínimos marcados en el primer trimestre de 2008.

Crecimiento más lento

De esta forma, desde principios de 2008 se ha producido un deterioro importante del escenario macroeconómico, y las implicaciones que puede llegar a tener una ralentización del crecimiento económico global en los resultados empresariales han sido recogidas con fuertes caídas en las cotizaciones. En los momentos de máxima tensión, las principales plazas bursátiles han llegado a acumular recortes desde los máximos marcados en 2007 de en torno al 25por ciento. Sin embargo, una rápida actuación de la Reserva Federal norteamericana, bajando tipos de forma drástica e inyectando liquidez al mercado (ampliación de colaterales, etcétera), ha permitido una notable recuperación de los índices, del orden del 10-15 por ciento desde mínimos, cuya continuidad dependerá de que se vaya normalizando el mercado de crédito, se establezca el escenario macroeconómico (con las medidas de estímulo económico traducéndose en una recuperación de las economías) y los resultados empresariales se adecúen a un entorno de menor crecimiento (posibles revisiones a la baja de previsiones de resultados, lógicas en un escenario de menor crecimiento como el actual). ■

DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Adalat® OROS 30, comprimidos. Adalat® OROS 60, comprimidos. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Adalat® OROS 30: Nifedipino 30 mg. Adalat® OROS 60: Nifedipino 60 mg. **FORMA FARMACÉUTICA:** El comprimido OROS consiste en un sistema de liberación prolongada durante 24 horas, que actúa como una bomba osmótica liberando el nifedipino a través de un orificio practicado al comprimido por tecnología láser. Una vez difundido todo el principio activo, el comprimido OROS, indeformable, se excreta íntegramente por las heces. **DATOS CLÍNICOS:**

Indicaciones terapéuticas: - Angina de pecho crónica estable (angina de esfuerzo) en tratamiento combinado. - Tratamiento de la hipertensión arterial. **Posología y forma de administración:** El tratamiento se realizará de forma individual según la gravedad de la enfermedad y la respuesta del paciente. La dosis terapéutica debe ser establecida de forma gradual. **Angina de pecho crónica estable:** El tratamiento deberá realizarse en combinación con otros antianginosos. La dosis de inicio es de 30 mg al día, aumentándose la dosis, en caso necesario, de 30 en 30 mg, hasta un máximo de 120 mg al día. Se administrará en una sola toma. Los pacientes que hayan estado correctamente controlados con formas de liberación rápida pueden también ser tratados con comprimidos retardados. **Hipertensión arterial:** En general, el tratamiento se iniciará con 30 mg al día aumentándose la dosis, en caso necesario, de 30 en 30 mg, hasta un máximo de 120 mg al día. Se administrará en una sola toma. Los comprimidos deben tragarse enteros y sin masticar con ayuda de un poco de líquido, independientemente de las comidas. La ingesta simultánea de alimentos retrasa, pero no reduce, la absorción. Los comprimidos OROS no deben partirse ya que perderían su propiedad de liberación sostenida. En caso de precisar suspender el tratamiento, se recomienda disminuir la dosificación de forma gradual. **Contraindicaciones:** Antecedentes de hipersensibilidad al nifedipino y shock cardiovascular. No se utilizará en el embarazo y la lactancia. No se administrará concomitantemente con rifampicina ya que la inducción enzimática de la misma reduce los niveles plasmáticos de nifedipino. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Debe administrarse con precaución en los casos de hipotensión marcada (hipotensión severa con una presión sistólica <90 mmHg), insuficiencia cardíaca manifiesta y estenosis aórtica severa. Deberá administrarse con precaución en pacientes con antecedentes o clínica de estenosis gastrointestinal, al igual que con cualquier otro material no deformable (ver instrucciones de uso y manipulación). En casos aislados se han descrito síntomas obstructivos sin historias previas de trastornos gastrointestinales. En pacientes sometidos a diálisis, con hipertensión maligna e insuficiencia renal irreversible, así como en pacientes con hipovolemia, deben tomarse precauciones ya que puede originarse una hipotensión debida a vasodilatación. Se recomienda un especial control en pacientes con la función ventricular deprimida y en los que es necesario asociar betabloqueadores o digoxina, dado que en estas situaciones es mayor el riesgo de insuficiencia cardíaca. Los pacientes con función hepática alterada deberán ser vigilados estrechamente, pudiendo ser necesaria una reducción de la dosis. El uso del nifedipino en pacientes diabéticos puede requerir el ajuste de la medicación hipoglucemiante. No debe ser utilizado en pacientes con bolsa de Kock (ileostomía después de proctocolectomía). Al realizar exámenes radiológicos de contraste con bario, puede provocar falsos positivos (por ej. defectos de llenado interpretados como pólipos). **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** El efecto hipotensor del nifedipino puede ser potenciado por la acción de otros medicamentos antihipertensivos. En caso de administración simultánea de nifedipino y betabloqueadores, debe vigilarse atentamente la situación del paciente, ya que pueden producirse casos de hipotensión grave. Asimismo, en casos aislados se ha observado empeoramiento de una insuficiencia cardíaca previa. Nifedipino se metaboliza a través del sistema del citocromo P450 3A4, localizado tanto en la mucosa intestinal como en el hígado. Por ello, los fármacos que influyen en este sistema enzimático, pueden alterar el metabolismo (tras la administración oral) o bien el aclaramiento de nifedipino. En estudios realizados se ha demostrado que la administración concomitante de fármacos inductores o inhibidores del citocromo P450 3A4, modifican –reduciendo o aumentando– la biodisponibilidad del nifedipino. Por lo tanto, se deberá controlar la respuesta clínica y en consecuencia ajustar la dosis del mismo. Como con otras dihidropiridinas, el zumo de pomelo puede ocasionar una inhibición duradera del metabolismo del nifedipino, ocasionando un aumento de las concentraciones plasmáticas y una potenciación de los efectos farmacológicos. Los pacientes tratados con Adalat® OROS no deberían tomar zumo de pomelo. **Interacciones potenciales:** Sustancias que inhiben el sistema del citocromo P450 3A4. No se han realizado estudios específicos de interacción entre nifedipino y estos fármacos, pero debido a su efecto inhibidor sobre el sistema del citocromo P450 3A4, cimetidina, eritromicina, fluoxetina, indinavir, ritonavir, saquinavir, amprenavir, nelfinavir, delarvidine, diltiazem, quinupristina, dalfopristina, tacrolimus, ketoconazol, itraconazol, fluconazol, nefazodona y ácido valproico pueden incrementar los niveles plasmáticos de nifedipino. Sustancias que inducen el sistema del citocromo P450 3A4. Los barbitúricos como fenobarbital, carbamazepina y fenitoína inducen al citocromo P450 3A4, por lo que en caso de administrarse simultáneamente cabe esperar una reducción del nivel plasmático de nifedipino. **Otras interacciones:** La administración simultánea de cisaprida y nifedipino puede producir un aumento de la concentración plasmática de nifedipino. Si se administran conjuntamente, deberá controlarse la tensión arterial y en caso de necesidad, considerar una reducción de la dosis de nifedipino. Efectos de nifedipino sobre el metabolismo de otros fármacos. La administración simultánea de nifedipino y digoxina puede producir una disminución de la eliminación de la digoxina y, en consecuencia, un incremento de los niveles plasmáticos de ésta. En estos casos, se debe considerar el diagnóstico de intoxicación digitalítica y, en caso de necesidad, ajustar la dosis de digoxina en función de los niveles plasmáticos observados. En casos de administración simultánea de nifedipino y quinidina se ha observado una disminución de los niveles plasmáticos de quinidina, que aumentan notablemente tras la suspensión del tratamiento con nifedipino. Por este motivo, tanto si se añade como si se retira un tratamiento con nifedipino a un paciente previamente tratado con quinidina deben monitorizarse los niveles plasmáticos de esta última y, en caso necesario, ajustar la dosis de este fármaco. **Otras formas de interacción:** El nifedipino puede alterar falsamente la determinación espectrofotométrica de ácido vanililmandélico en orina; sin embargo, no influye en su determinación mediante HPLC. **Embarazo y lactancia:** No existen estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas. El nifedipino está contraindicado durante todo el embarazo. En ratas y conejos se ha observado que el nifedipino puede producir efectos teratogénicos incluyendo malformaciones digitales. Estas malformaciones digitales posiblemente sean el resultado de alteraciones del flujo sanguíneo uterino. La administración de nifedipino se asoció con diversos efectos embriotóxicos, placentotóxicos y fetotóxicos, incluyendo fetos atróficos (ratas, ratones, conejos), placentas pequeñas y falta de desarrollo de las vellosidades coriónicas (monos), muertes embrionarias y fetales (ratas, ratones, conejos) y prolongación de la gestación/disminución de la supervivencia neonatal (ratas, no evaluado en otras especies). Todas las dosis asociadas con la aparición de defectos teratogénicos, embriotóxicos y fetotóxicos en animales eran tóxicas para la madre y varias veces superiores a las recomendadas como dosis máximas en humanos. **Fertilidad:** En casos aislados de fertilización in vitro, se ha asociado a los calcioantagonistas como el nifedipino con cambios bioquímicos reversibles en la cabeza de los espermatozoides que pueden llegar a producir una alteración de la función espermática. En hombres en los que existen antecedentes de fracaso repetidos de paternidad mediante fertilización in vitro y en los que no pueda encontrarse otra explicación, los calcioantagonistas como el nifedipino deben ser considerados como una razón posible. **Lactancia:** El nifedipino se excreta con la leche materna. Como no existe experiencia de sus posibles efectos en los niños lactantes, como primera medida deberá interrumpirse la lactancia materna, si es preciso el tratamiento con nifedipino durante la misma. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** El nifedipino puede limitar la capacidad de reacción. Especialmente al inicio del tratamiento, debe tenerse precaución al conducir automóviles u otros vehículos y en el manejo de máquinas peligrosas. El riesgo se acentúa si se ingieren simultáneamente bebidas alcohólicas. **Reacciones adversas: Incidencia entre 1% y 10%:** Generales: astenia (cansancio), edema, cefalea. Sistema cardiovascular: edema periférico, vasodilatación, palpitación. Sistema digestivo: estreñimiento. Sistema nervioso: mareo. **Incidencia entre 0,1% y <1%:** Generales: dolor abdominal, torácico y en extremidades, malestar. Sistema cardiovascular: hipotensión, hipotensión ortostática, síncope, taquicardia. Sistema digestivo: diarrea, sequedad de boca, dispepsia, flatulencia, náusea. Sistema músculo-esquelético: mialgia. Sistema nervioso: insomnio, nerviosismo, parestesia, somnolencia, vértigo. Sistema respiratorio: disnea. Piel y anejos: prurito, exantema, eritema. Sistema urogenital: aumento de la frecuencia urinaria. **Incidencia entre 0,01% y <0,1%:** Generales: reacción alérgica, dolor retrosternal, escalofríos, edema facial, fiebre. Sistema cardiovascular: angina de pecho (excepto angina inestable), alteraciones cardiovasculares. Sistema digestivo: anorexia, eructos, molestias gastrointestinales, hiperplasia gingival, aumento de GGT, alteraciones de las pruebas de función hepática, vómitos. Sistema músculo-esquelético: dolor y trastornos articulares, mialgia. Sistema nervioso: hiperestesia, trastornos del sueño, temblor. Sistema respiratorio: epistaxis. Piel y anejos: angioedema, eritema macupopular, pustular o vesiculobullosa, sudoración, urticaria, dermatitis por fotosensibilidad. Órganos de los sentidos: visión anormal, molestias oculares, dolor ocular. Sistema urogenital: disuria, poliuria. **Incidencia <0,01%:** Generales: reacción anafiláctica. Sistema digestivo: bozorro, disfagia, esofagitis, alteraciones gingivales, obstrucción intestinal, úlcera intestinal, ictericia, aumento de SGPT. Sistema sanguíneo y linfático: leucopenia, púrpura. Alteraciones metabólicas y nutricionales: hiperglicemia, pérdida de peso. Sistema músculo-esquelético: calambres musculares. Piel y anejos: dermatitis exfoliativa, ginecomastia, dermatitis por fotosensibilidad. Órganos de los sentidos: visión borrosa. En pacientes bajo diálisis con hipertensión maligna e hipovolemia puede producirse un notable descenso de la presión sanguínea debido a la vasodilatación. **Sobredosis:** Síntomas: Se han observado los siguientes síntomas en caso de intoxicación por sobredosificación con nifedipino: alteraciones de la consciencia hasta el coma, hipotensión súbita, bradicardia o taquicardia y alteración del ritmo cardíaco, hiperglucemia, acidosis metabólica, hipoxia, colapso cardíaco con edema pulmonar. Tratamiento de la sobredosis: La eliminación de la sustancia activa y la restauración de las condiciones cardiovasculares estables tienen prioridad. Se aconseja lavado gástrico con irrigación del intestino delgado, para prevenir la absorción subsecuente del principio activo. La hemodilisis no resulta de utilidad puesto que el nifedipino no es dializable, aunque la plasmaféresis es aconsejable (unión elevada a proteínas plasmáticas, volumen de distribución relativamente bajo). Las alteraciones del ritmo cardíaco (bradicardia) deben ser tratadas sintomáticamente con beta-simpatomiméticos, y en casos de alteraciones muy graves del ritmo cardíaco puede ser aconsejable una terapia con marcapasos de forma temporal. La hipotensión, consecuencia del shock cardiogénico y de la vasodilatación arterial, puede ser tratada con calcio (10-20 ml de una solución de gluconato cálcico al 10%, administrada lentamente por vía i.v., que puede repetirse si es necesario). Como resultado, los niveles séricos de calcio pueden alcanzar valores iguales o ligeramente superiores al límite máximo normal. Si se consigue un aumento insuficiente de la presión arterial con calcio e isoprenalina, se administrarán adicionalmente simpaticomiméticos vasoconstrictores como la dopamina o la noradrenalina. La dosis de dichos fármacos se determina sólo por el efecto obtenido. Deberán administrarse líquidos adicionales para restaurar el volumen, pero con precaución, debido al peligro de sobrecarga cardíaca. **PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS: Propiedades farmacodinámicas:** El nifedipino es un calcioantagonista del grupo de las dihidropiridinas que inhibe el flujo de iones calcio al tejido miocárdico y al tejido muscular liso de las arterias coronarias y de los vasos periféricos. De ello resultan los siguientes efectos farmacológicos y terapéuticos: El nifedipino dilata las arterias coronarias mejorando el suministro de oxígeno al miocardio al aumentar el flujo sanguíneo coronario. Al mismo tiempo, reduce las necesidades de oxígeno del miocardio por disminución de la postcarga. Con el empleo continuado de nifedipino puede prevenirse el desarrollo de nuevas lesiones ateroscleróticas. El nifedipino dilata los vasos arteriales periféricos, reduciendo la resistencia periférica y disminuyendo la presión arterial elevada. El nifedipino previene y revierte el vasoespasmo digital. En un estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego (INSIGHT) que incluyó 6.321 pacientes hipertensos con, al menos, un factor de riesgo adicional y de 3 a 4,8 años de duración, Adalat® OROS (Nifedipino de liberación sostenida) redujo de forma comparable a la de una combinación de diuréticos estándar (hidroclorotiazida 25/50 mg + amilofr 2,5/5 mg) la suma de mortalidad cerebro o cardiovascular, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus o hemorragia subaracnoidea. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Óxido de polietileno, hipromelosa, estearato de magnesio, cloruro de sodio, óxido de hierro rojo, acetato de celulosa, macrogol, Opadry [hidroxipropilcelulosa, propilenglicol, dióxido de titanio (E-171) y óxido de hierro negro (E-172)]. **Incompatibilidades:** No se han descrito. **Plazo de validez:** 4 años. **Precauciones especiales de conservación:** Conservar el producto en el envase original para preservarlo de la luz y la humedad. **Naturaleza y contenido del envase:** Blister de aluminio / PP - envases con 28 comprimidos. **Instrucciones de uso y manipulación:** El nifedipino es fotosensible. Por ello, los comprimidos están recubiertos por una capa protectora de la luz y de la humedad dentro y fuera del envase. Sin embargo, los comprimidos sólo deben extraerse de su envase inmediatamente antes de su uso. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** QUIMICA FARMACEUTICA BAYER, S.L. Av.Baix Llobregat, 3-5 - 08970 St.Joan Despi, Barcelona. Concesionaria en España de: Bayer Leverkusen, Alemania. **PRESENTACIONES Y PRECIOS:** ADALAT OROS® 30 mg: Estuche con 28 comprimidos. P.V.P. IVA: 15,69€. ADALAT OROS® 60 mg: Estuche con 28 comprimidos. P.V.P. IVA: 23,18€.

FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO: Junio 2004.

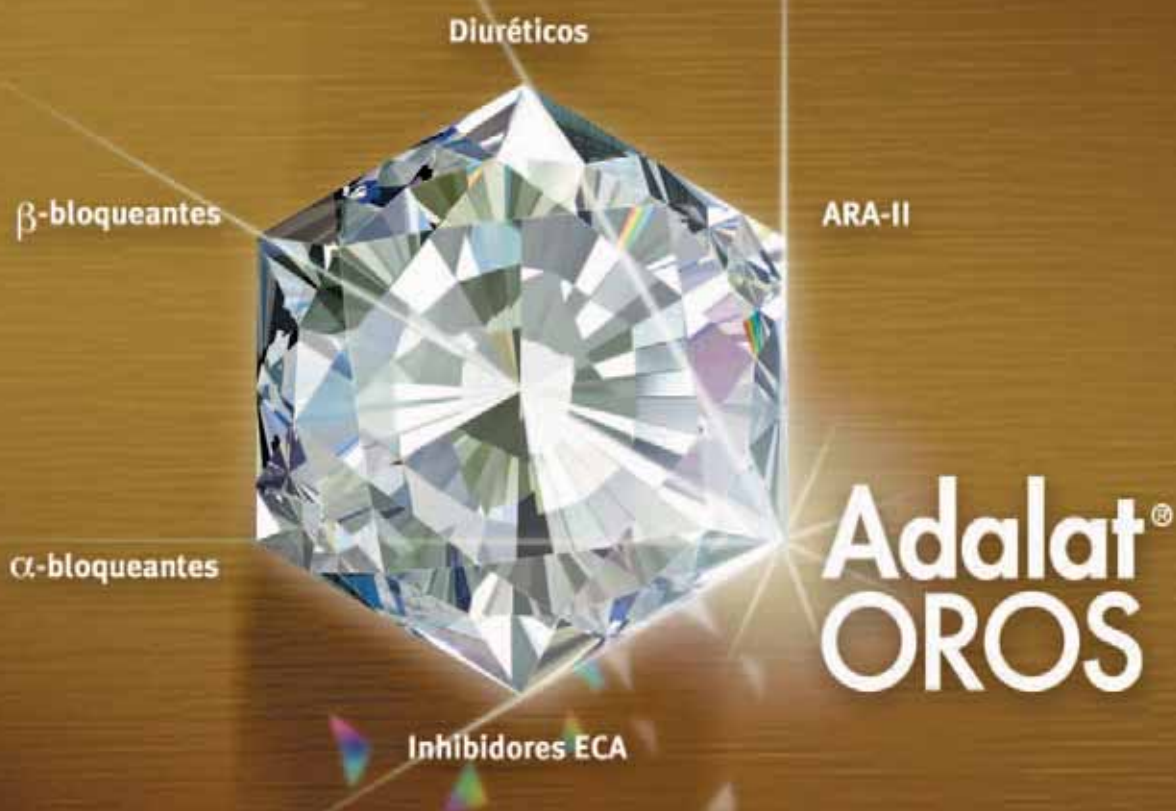


La galénica OROS ofrece control de la presión arterial durante 24 horas con menos efectos secundarios



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Química Farmacéutica Bayer S.L.
Av.Baix Llobregat 3-5 - 08970
St.Joan Despi, Barcelona
www.bayerscheringpharma.es



**En combinación, Adalat[®] OROS
es el diamante de la HTA**

Internet y medicina

Una revolución imparable



Marcial García Rojo*

» Es necesario mejorar los sistemas de información clínicos para que se ajusten mejor a las necesidades del profesional de la salud y tengan como verdadero objetivo la mejora de la salud del paciente.

» Los pacientes se han visto beneficiados en los últimos años de la puesta en marcha de servicios web orientados a facilitar gestiones.

La tecnología de comunicaciones y la informática ha comenzado su fase de asentamiento y expansión en Medicina. Los profesionales ya trabajan con ordenadores personales conectados en red, utilizando sistemas de información orientados al uso clínico, que permiten recoger datos de la historia clínica del paciente, incluso cuando provienen de fuentes muy diversas, aunque aún no hayamos entrado de pleno en la era de la historia clínica totalmente informatizada.

Por su parte, los pacientes se han visto beneficiados en los últimos años de la puesta en marcha de servicios *web* orientados a facilitar gestiones, como la citación vía Internet o el envío de mensajes cortos SMS para el recordatorio de citas.

Los centros de salud y los hospitales de nuestro país han sido dotados de la tecnología necesaria para comenzar una nueva fase de desarrollo de sistemas de información que optimicen el *software* disponible actualmente.

Los avances tecnológicos que están detrás de las mejoras que hemos vivido en Medicina en el último lustro son, fundamentalmente, las mejoras en las redes de comunicaciones y los avances en los equipos informáticos. De esta forma, los países desarrollados han vivido una expansión de conexión de banda ancha (ADSL, cable) a Internet, que supera a los usuarios de Internet con conexión vía módem.

En los países en desarrollo, la evolución más significativa en comunicaciones ha sido la aparición de la telefonía móvil. De hecho, la tercera generación (3G) de telefonía móvil, llamada 3.5G (HSDPA) o 3.75G (HSUPA) se ha convertido en una alternativa ampliamente utilizada de acceso a Internet, llegando a competir incluso con la tecnología de redes inalámbricas (*wifi*). Ambas tecnologías han hecho realidad el concepto de Internet móvil.

En el último lustro, el disco duro ha cumplido años. Este invento de IBM cumplió los 50 años en septiembre de 2006. Los discos duros han reducido notablemente su tamaño e incrementado exponencialmente su capacidad de almacenamiento y su velocidad de transferencia de datos. De esta forma, es posible encontrar a precio muy asequible discos de 2,5 pulgadas de más de 200 GB y 15.000 revoluciones por minuto (rpm) que mantienen tasas de transferencia superiores a los 100 megabytes por segundo.

Algunos centros han comenzado a utilizar dispositivos de radiofrecuencia (RFID) para garantizar la seguridad en la administración de fármacos o el análisis de muestras de laboratorio. Sin embargo, el uso de RFID en sanidad es aún escaso en nuestro país.

La "guerra de los navegadores" parecía haber sido ganada por Microsoft Internet Explorer, en su lucha frente a Netscape Navigator, hasta que en 2002 surge un nuevo proyecto (Phoenix) que dio lugar al conocido Mozilla Firefox, un navegador mutiplataforma muy eficiente.

La plataforma Windows ha vivido también intensos cambios, como el lanzamiento de Windows Server 2003, un sistema operativo para servidores y, en 2006, Windows Vista.

Este último ha supuesto un cambio importante en la interfaz del usuario, que se ha extendido también a las nuevas versiones de las aplicaciones ofimáticas de este fabricante; un cambio que aún no ha sido ampliamente aceptado por todos los usuarios. Sus competidores no se han quedado atrás y en 2007 el sistema operativo Linux consiguió una amplia base de implantación incluso en la informática de consumo, consiguiendo que la empresa Dell comenzara la distribución de portátiles con el sistema operativo Ubuntu Linux preinstalado. Por su parte, Apple, lanzó al mercado en 2007 la nueva versión el Mac OS Leopard 10.5.

En este tiempo, la empresa Adobe Systems ha consolidado su presencia en el mercado con la adquisición, el 18 de abril de 2005, de Macromedia, propietaria de productos multimedia tan conocidos como Flash, Shockwave o Dreamweaver.

En cuanto a tecnología web 2.0, el éxito alcanzado por la enciclopedia Wikipedia animó a muchos desarrolladores a crear sitios *web* colaborativos (*wikis*) con MediaWiki, el motor para wikis bajo licencia GPL, creado y desarrollado para Wikipedia.

Un nuevo proyecto de Google, llamado Google Earth ve la luz en 2005, convirtiéndose desde entonces en un sistema de información geográfica (SIG) de referencia, con numerosas aplicaciones en sanidad, como el seguimiento de la gripe aviar (<http://declanbutler.info/>).

Los nuevos sistemas de información son capaces de gestionar imágenes de gran tamaño (de varios gigabytes cada una), permitiendo la digitalización completa de preparaciones histológicas o citológicas, lo que tendrá una repercusión significativa en especialidades como Anatomía Patológica, Hematología y Microbiología.

En cuanto a los programas informáticos de uso clínico, como los sistemas de información hospitalarios (HIS) o los sistemas de información clínicos departamentales, en los últimos cinco años hemos sido testigos de una expansión de la tecnología *web*, aún incompleta, que ha ido reemplazando los programas cliente-servidor y, sobre todo, se ha mejorado mucho en el uso de estándares (HL7, DICOM, SNOMED CT) que ha permitido la interoperabilidad de entre los diversos sistemas de información, con la ayuda de iniciativas como IHE, "integrando la empresa sanitaria" (<http://www.ihe-e.org/>).

Los proyectos de informatización de historia clínica tanto en centros de salud como en hospitales son complejos y algunos han pasado por fases difíciles donde los médicos y enfermeras se quejan de lentitud, pantallas poco intuitivas o diseño no orientado al uso durante el pase de visita o la consulta ambulatoria. La creación de grupos de tra-

bajos específicos con participación de usuarios finales, la aplicación de técnicas de modelado de proceso de negocio y las mejoras tecnológicas son algunas de las soluciones propuestas. Adicionalmente, el proyecto Historia Clínica Digital del SNS, que se centra en que la información clínica relevante de cada paciente pueda estar disponible en todo el territorio nacional (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic02.htm>), puede servir para evitar duplicar esfuerzos entre las diversas comunidades autónomas.

Firma digital

La firma digital, ampliamente extendida en la Administración, aún no se utiliza de forma rutinaria en salud, lo que requiere un esfuerzo adicional para identificar de forma segura, tanto al paciente que solicite el acceso a sus datos clínicos, como al médico que accede y genera esa información.

Otro de los temas que podríamos considerar pendiente de mejora es lograr un mayor impacto en la sociedad del uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en Medicina. Es necesario mejorar los sistemas de información clínicos para que se ajusten mejor a las necesidades del profesional de la salud y tengan como verdadero objetivo la mejora de la salud del paciente y no sólo la gestión de fragmentos de información. También es preciso disponer de planes globales de formación de profesionales en nuevas tecnologías.

Por su parte, es posible que en los próximos cinco años veamos aparecer nuevas soluciones tecnológicas, como la energía inalámbrica que permita romper el cordón umbilical de nuestros ordenadores con la red eléctrica.

Existen diversas empresas como Powercast (energía a través de radiofrecuencia, <http://www.powercastco.com/>), Fulton Innovation (energía a demanda, a través de emisión inalámbrica, <http://www.ecoupled.com/>) y WildCharge (sistemas de recarga por contacto, <http://www.wildcharge.com/>) trabajando en el sueño de la movilidad total, el acceso a la corriente eléctrica sin cables. ■

*Especialista de Anatomía Patológica. Coordinador de Sistemas de Información del Hospital General de Ciudad Real y vocal de Castilla-La Mancha de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Informática de la Salud.

Para contactar: marcial@cim.es

Capital Riesgo

Llegaron los emprendedores



Luis G. Pareras*

El nuestro es un país de una sólida investigación sanitaria, pero con un relativo bajo índice de conversión de estas ideas en patentes y posteriormente en modelos de negocio que permitan el avance de la sanidad. De esta circunstancia no podemos hacer responsables a los médicos e investigadores, existen numerosas barreras organizativas que no sólo no promueven, sino que dificultan la innovación. Nuestras ideas se suelen quedar en eso, en buenas ideas, que no generan valor.

Y es que el talento no es suficiente. Se necesitan unas infraestructuras adecuadas sin las cuales es difícil que la innovación emerja.

Pero en los últimos cinco años algo está cambiando. Una nueva ola de emprendedores está llegando a la sanidad. Son médicos que quieren aprovechar el valor de sus ideas. En Estados Unidos, por ejemplo, empieza a ser frecuente ver a médicos rodearse de equipos, liderarlos y perseguir las oportunidades desde dentro del sistema. Y es que los médicos estamos en una posición magnífica para innovar y emprender. Vemos las necesidades clínicas de primera mano, detectamos los problemas y las soluciones, y generamos continuamente oportunidades.

Gracias a un esfuerzo coordinado muy prometedor por parte de la Administración y diferentes instituciones, España se está posicionando en Europa como un entorno competitivo en investigación, biotecnología e innovación sanitaria. El Programa Ingenio 2010, el impulso de Planes Estratégicos de Innovación de diversas comunidades autónomas (Cataluña, Galicia, Andalucía...), la creación de la BioRegión en Cataluña, el impulso de diversos centros de investigación en biomedicina (Centro Nacional de Investigación Oncológica –CNIO–, Centro Nacional de Investi-

gación Cardiovascular –CNIC–, Centro de Investigación de Enfermedades Neurodegenerativas –CIEN–, entre otros), el desarrollo del Parque de Investigación Biomédica de Barcelona (PRBB), etcétera, todo contribuye positivamente a crear un clima muy adecuado para la innovación sanitaria. Parece que por fin nos hemos dado cuenta de la importancia de promover la innovación en el sector sanitario.

De un escenario sin inversores especializados en el sector, hemos pasado a un ecosistema donde han aparecido los primeros fondos de capital riesgo especialistas en sanidad. España se está posicionando como una de las capitales europeas de la biotecnología y la innovación sanitaria.

Todos estos cambios son muy útiles, pero falta aún el más importante. Los médicos deben abrazar la nueva cultura emprendedora, deben liderar la innovación en el sector sanitario. La ciencia es un motor cada vez más importante de la economía.

Hoy en día se innova mucho en el campo sanitario, pero frecuentemente no son los médicos quienes lideran esta innovación, sino los emprendedores que ven las oportunidades que los médicos dejan encima de la mesa al permanecer encerrados exclusivamente en su mundo científico. Desafortunadamente sólo un porcentaje muy reducido de profesionales sanitarios participa en el proceso. Es bien cierto que los profesionales de la sanidad hemos adquirido unos conocimientos muy especializados durante largos años de estudio en la facultad y durante la residencia. Nos ha costado mucho llegar hasta donde estamos. En nuestro día a día necesitamos igualmente seguir adquiriendo conocimientos para mantenernos actualizados en el cambiante mundo de la medicina. Nuestra ocupación habitual requiere de una concentración máxima y de toda nuestra

» El doble beneficio social y personal, mejorar la sociedad en su conjunto por un lado, y obtener una justa recompensa por nuestro esfuerzo por otro, convierte a la sanidad en un sector especialmente gratificante.

» La responsabilidad de los médicos no acaba con el ejercicio de la Medicina frente a los pacientes. Ésta puede y debe promover también una actividad no asistencial, innovadora y emprendedora.

energía, con el objetivo de mejorar las vidas de los ciudadanos. Investigar y publicar es un reto de enorme complejidad, para el que hay que ser competitivos a nivel mundial.

La presión asistencial es enorme, y se nos exige cada día mas esfuerzo y dedicación. Nos parece a veces impensable saber de otras cosas. Todo ello es bien cierto, pero sin embargo, no debemos olvidar que aunque la investigación y la asistencia son esenciales, la innovación no puede ayudar a los pacientes si no llega al mercado.

La responsabilidad de los médicos no acaba con el ejercicio de la Medicina frente a los pacientes. Ésta puede y debe promover también una actividad no asistencial, innovadora y emprendedora, cuyo objetivo sea el de impulsar mejoras, permitir el progreso.

Otras profesiones han avanzado en este terreno antes que nosotros. Aunque hoy es frecuente encontrar abogados o ingenieros que han fundado empresas a partir de sus propias ideas, hace un tiempo no lo era tanto. Esos colectivos han reclamado el protagonismo que les pertenece evitando que sus ideas sean explotadas por otros. Llama la atención el número y la calidad de las publicaciones de la comunidad médica, pero cuando confrontamos este dato con el número de patentes o de compañías generadas a partir de nuestras ideas vemos que no somos un colectivo emprendedor. Es hora de cambiar todo esto. Es hora de reclamar el fruto de estas ideas, siendo más conscientes de su valor y tomando entre todos una actitud más proactiva a la hora de perseguirlas.

El sector sanitario presenta grandes oportunidades para los emprendedores. Lo cierto es que ese doble beneficio social y personal, mejorar la sociedad en su conjunto por un lado, y obtener una justa recompensa por nuestro esfuerzo por otro, convierte a la sanidad en un sector especialmente gratificante en este sentido. En todo el mundo, las personas aspiran a tener una sanidad de mejor calidad y con un acceso más universal. Dados los elevados costes sanitarios, varios mi-

les de millones de personas no disponen más que de los servicios y productos más rudimentarios. Incluso en aquellos países con un sistema sanitario de calidad, los países de nuestro entorno, la sanidad no ofrece las mismas oportunidades a todos por igual, y en muchas ocasiones los usuarios del sistema (público o privado) se quejan respecto a su eficiencia. Los costes van en aumento, al igual que las expectativas de los ciudadanos, y todo ello inquieta a los gobiernos, las empresas proveedoras de servicios sanitarios y a los propios usuarios que pagan por ella.

Grandes avances

A pesar de la magnitud de la oportunidad —la sanidad mueve billones de euros al año en el mundo entero—, y la intensidad e importancia de las necesidades del sistema, los médicos no nos sentimos atraídos por este reto. ¿Por qué?

Entre todos debemos esforzarnos por acercar la distancia que existe entre las ideas y su ejecución, entre los médicos y los inversores, entre la concepción fundamentalmente asistencial de la profesión médica y una concepción de médico como líder de la innovación del sector. Siempre me ha parecido enriquecedor conocer otras áreas del saber distintas de la medicina. Las buenas oportunidades suelen estar en las áreas frontera entre disciplinas. ¿Acaso no es enriquecedor para un médico que se dedica a la asistencia y que continuamente detecta problemas y oportunidades aprender a hablar el lenguaje del mundo emprendedor? ¿No es enriquecedor también entender mejor la dinámica económica de los centros sanitarios?

Obviamente, no todos los médicos necesitan profundizar en el tema, está claro, pero un subgrupo de ellos con la mente preocupada por estas cuestiones está demostrando más que nunca que los profesionales sanitarios queremos reclamar este protagonismo al que antes hacíamos referencia para liderar la innovación en nuestro sector, igual que otras profesiones lo han hecho antes.

Ya era hora. ■

(*) Médico Gerente de MediTecnología-Área de Incubación de Proyectos Empresariales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Para contactar: www.healthonomics.com. E-mail: lluis.parreras@comb.es

Feliz Aniversario **Medical Economics** *saber cuidar*



**Más de 1.500.000 de pacientes al año. Más de 3500 profesionales.
42 centros asistenciales en España, Portugal y Marruecos.**

Centros USP Hospitales en España: Barcelona . USP Institut Universitari Dexeus . USP Institut Oftalmològic de Barcelona | **La Coruña** . USP Hospital Santa Teresa | **Madrid** . USP Hospital San Camilo . USP Hospital San José | **Marbella** . USP Hospital de Marbella | **Murcia** . USP Hospital San Carlos | **Palma de Mallorca** . USP Clínica Palmaplanas | **Sevilla** . USP Clínica Sagrado Corazón | **Tenerife** . USP Hospital La Colina . USP Hospital Costa Adeje | **Torrevieja** . USP Hospital San Jaime | **Vitoria** . USP Clínica La Esperanza . USP Mediplan Sport

Presencia en Portugal a través de Hospitales Privados de Portugal (HPP) y asesoría de sus centros:

Hospital Privado de Santa Maria de Faro (Faro) . Hospital Privado de S. Gonçalo de Lagos (Lagos) . Hospital Privado Boavista (Oporto) . Hospital Privado dos Clérigos (Oporto) . Hospital Privado de Misericórdia de Sangalhos (Sangalhos) . Hospital de Cascais (Cascais) . Hospital dos Lusíadas (Lisboa)

Marruecos: USP Hospitales Maroc

www.usphospitales.com

Así que pasaron cinco años

5^o ANIVERSARIO

*Desde su puesta de largo en 2003,
hasta hoy, MEDICAL ECONOMICS
ha publicado 92 números. Lo que sigue
es un recorrido por este primer lustro de vida
de la revista líder de su género en el mercado
español a través de sus portadas.*

Por Gonzalo San Segundo

La obra onírica y surrealista de Federico García Lorca *Así que pasen cinco años* tiene en común con el título que antecede que trata del tiempo. En el texto lorquiano, el tiempo se presenta en forma de leyenda, parábola, sueño. El tiempo que aquí se describe gira en torno a hechos, realidades, a una etapa que MEDICAL ECONOMICS ha cubierto y que, al mismo tiempo, es el punto de salida para, al menos, otro lustro. Todo ello, con el apoyo de nuestros lectores, anunciantes y colaboradores a quienes, y vaya por delante, agradecemos su colaboración en esta edición especial del V Aniversario de la revista.

Un aniversario que comenzó a gestarse allá por el mes de mayo de 2003, y que dio su primer alumbramiento en octubre del mismo año, con la publicación del primer número (una especie de número cero). Y la criatura echó a andar, ya con normalidad y sin faltar una sola vez a su cita periódica con los lectores, en enero de 2004. La crónica que sigue es un resumen de los 92 temas de portada, incluyendo la de este número, que MEDICAL ECONOMICS ha publicado desde entonces.

En estos cinco años, la revista ha celebrado 21 mesas redondas acerca de asuntos del máximo interés y actualidad para los



profesionales sanitarios. En ellas han participado, aproximadamente, 120 expertos que han abordado cuestiones relativas a los profesionales sanitarios, práctica médica, política sanitaria, formación, gestión, malpraxis, implantación de las nuevas tecnologías, relación médico-paciente y materias de índole económico-financiera, entre otras. Contenidos que la revista ha tratado, además, en forma de artículos, reportajes, informes, entrevistas o encuestas.

La primera portada (octubre de 2003) estuvo dedicada, en ese formato de mesa redonda, a analizar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). Los expertos que debatieron la LOPS, con expresión de los cargos que entonces desempeñaban, fueron: Carlos Amaya Pombo, secretario general de la Confederación Española de Sindicatos Médicos; Felipe Chavida García, presidente de la Fundación de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; José María Lobos Bejarano, vicepresidente de la Federación de Asociaciones Científicas y Médicas Españolas; Emilia Sánchez Chamorro, subdirectora general de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Educación, y Marc

Soler Fábregas, subdirector de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad. Los dos últimos fueron los redactores del proyecto de ley.

Nadie duda de que la LOPS fue un texto innovador que ha supuesto un importante avance en la calidad asistencial en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Sin embargo, a fecha de hoy aún se halla incompleta en su desarrollo debido, fundamentalmente, a que deja en manos de las comunidades autónomas la consecución de la mayoría de los objetivos que se propone.

Sea como fuere, el caso es que los asuntos relativos a la profesión médica se han visto reflejados en 16 portadas. En ellas los temas tratados han abarcado desde la problemática laboral hasta la feminización de la Medicina, pasando por las cuestiones éticas, la carrera profesional y la "movida" en Atención Primaria. He aquí algunos títulos: *Cuando el médico enferma*, *La profesión médica del siglo XXI*, *Medicina y Enfermería: condenados a entenderse*, *El éxodo de las batas blancas*, *Atención Primaria: Se acerca un otoño caliente* y *Carrera profesional: 18 formas de tratar a los médicos*.

Y no hay profesión médica sin ejercicio profesional. Éste presenta una doble



vertiente en cuanto a sus principales actores o protagonistas se refiere. Por un lado, la práctica médica en sí misma considerada, que la revista recogió bajo títulos como *¿Está seguro de su diagnóstico?*, *Protocolos clínicos: ¿Espada o escudo?*, *Ética y práctica clínica: Atrapados entre el deber, la ley y la conciencia* y *Cuando los médicos ponen en peligro a los pacientes*.

En el otro lado aparecen los pacientes, a los que la revista dedicó varias portadas, entre ellas las que llevan los titulares *Asociaciones de pacientes: Un poder que emerge frente al sistema sanitario*, *La seguridad de los pacientes* y *El paciente español: Cómo es y de qué se queja*. El colectivo de pacientes y sus familiares, impulsado por el reconocimiento legislativo de sus derechos y el acceso a la información sobre salud a través de Internet, ha dado un vuelco a la organización sanitaria y a la tradicional relación médico-paciente.

Esa relación (aunque parezca una perogrullada) se presenta como nexo de unión entre profesionales y pacientes y absolutamente indisoluble del acto médico. Asimismo, constituye uno de los pilares informativos sobre los que se asienta MEDICAL

ECONOMICS, y fue tratada, desde diversas ópticas, en al menos una decena de portadas. Títulos tan sugestivos como: *Cuando el paciente simula estar enfermo* y *Cuando el paciente no acude a la cita* se suman a otros de planteamientos y asunción de contenidos más modernos, tal que *La comunicación, clave en la relación médico-paciente* o *Doctor Web: ¿Moda, negocio o necesidad?*

Tan modernos como antiguos son los errores médicos, que tanta preocupación llevan no sólo a los profesionales, sino también a sus empleadores, instituciones médicas y compañías de seguros. La revista ha tratado esta candente problemática, que se ha agudizado en los últimos años, desde todos sus ángulos: el que se deriva de la propia práctica médica, el jurídico-legal y el cómo evitar ambos. Basten estos títulos como ejemplo de lo antedicho: *Errores médicos: Conocerlos para poder evitarlos*, *Hospital Severo Ochoa: ¿Malpraxis o irregularidades administrativas*, *Un sistema legal de acoso y derribo* y *¿Demandado? Evite llegar a un tribunal*.

Otro de los pilares informativos de la revista son los temas de gestión, contempla-



da ésta desde sus diversos ámbitos. Dan muestras de ello, por ejemplo, portadas como *Autogestión en Atención Primaria: Cuando el médico decide*, *La gestión en el siglo XXI: Médicos y gestores condenados a entenderse*, *Chequeo a los hospitales públicos con gestión privada* y *El médico emprendedor: La salud, un negocio en alza*.

En la gestión de la sanidad pública española existen, más allá de los modelos, dos fuerzas, en principio opuestas y a la vez complementarias, representadas por: los que abogan por introducir sistemas privados y los que defienden la autogestión de los profesionales, tanto en los hospitales como en los centros de salud. La balanza se inclina más a favor de una u otra opción según el color del partido político que en cada comunidad autónoma gobierne.

Y es que hay pocas cosas en este país tan descentralizadas, o sea, tan dependientes de las comunidades autónomas, como la Sanidad. De ahí que haya que apelar a las fuerzas políticas para saber por dónde va a res-

pirar España en materia de salud. Lo reflejan portadas como *La sanidad que viene: propuestas electorales de los principales partidos políticos* o *El copago sanitario o la polémica del euro*.

Dicha descentralización incluye competencias acerca de la formación postgrado, la formación continuada de los médicos y, cómo no, la implantación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Estos asuntos también han estado presentes en las portadas de MEDICAL ECONOMICS, no solamente desde puntos de vista descriptivos, sino también analíticos y críticos, pues, frente a la dispersión, los expertos y profesionales reclaman compatibilidad y unidad de criterios.

Pero no sólo de política sanitaria y práctica clínica se preocupa el médico. Una de sus inquietudes constantes son las retribuciones, aspecto éste que, amplia y reiteradamente, ha quedado constatado como el de más bajo nivel de los países de la Unión Europea de los quince. Y así lo han demostrado, entre otros informes, las encuestas realizadas y publicadas en exclusiva por esta revista, y que fueron las protagonistas de las portadas *Las remuneraciones de los médicos en España*, los informes de Eurogalenus



Los gallegos son los médicos mejor pagados de España y Los salarios de los médicos, por debajo de la inflación y Encuesta exclusiva: La mitad gana menos de 45.000 euros.

También forman parte de las preocupaciones de los profesionales las inversiones de sus ahorros, la jubilación y, cómo no, la marcha de sus negocios (consultas, clínicas o laboratorios) si ejercen la medicina privada. En todas esas situaciones las portadas de MEDICAL ECONOMICS han estado presentes con títulos como *Dónde invertir los ahorros: Se impone la renta variable, ¿Cuánto me da por mi dinero?, Piense en el futuro: Asegure los 80, El capital riesgo apuesta por el negocio sanitario y ¿Es usted un moroso?*

Mención especial merecen las jornadas de *Los jueves de Medical Economics*, un foro de debate sobre asuntos de candente actualidad desde la triple perspectiva de lo político, social y científico. Y, aunque no fueron el motivo central de las correspondientes portadas, sí se incluyeron en ellas de forma destacada.

La revista inició dicho foro de debate en 2006, con tres jornadas cada año. Hasta hoy, se han celebrado siete, en las que han participado una treintena de expertos y asistido un millar de profesionales de la Sanidad. En ellas se han abordado cuestiones relativas a la investigación y desarrollo en Sanidad, a la financiación y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, a la cohesión en el sistema autonómico español, a la prescripción por principio activo, a los pacientes, al *nuevo rol del profesional médico* y a la Atención Primaria.

Pasaron —o están a punto de transcurrir— los primeros cinco años, de los que aquí se ha transcrito un granado resumen, de la vida de MEDICAL ECONOMICS, edición española de la revista norteamericana del mismo nombre que lleva más de 80 años publicándose en Estados Unidos, mercado donde es líder. Hacia esa edad, que no meta, y desde este V Aniversario que nos consolida como líderes en el mercado español, nos encaminamos.

Sígnanos, por favor. ■



En ARA II, UN PASO MÁS



ONTARGET[®], el único estudio de morbilidad cardiovascular realizado con un ARA II, con más de **30.000 pacientes** y de mayor duración ⁽¹⁾

El único ARA II con **efectos metabólicos adicionales** ⁽²⁾



PRITOR[®]

Telmisartan
EL ARA II CARDIOMETABÓLICO



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

El esponsor de ONTARGET es Boehringer Ingelheim. El coesponsor en algunos países es Bayer Schering Pharma.



Pritor® 80 mg

1. DENOMINACIÓN DEL MEDICAMENTO: Pritor 20 mg comprimidos. Pritor 40 mg comprimidos. Pritor 80 mg comprimidos. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Pritor 20 mg comprimidos: Cada comprimido contiene 20 mg de telmisartán. Pritor 40 mg comprimidos: cada comprimido contiene 40 mg de telmisartán. Pritor 80 mg comprimidos: cada comprimido contiene 80 mg de telmisartán. Excipientes: povidona, metilcelulosa, hidróxido de sodio, sorbitol y estearato de magnesio. **3. FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos. Pritor 20 mg comprimidos blancos, redondos con el código 50H grabado. Pritor 40 mg comprimidos blancos, oblongos con el código GXE71 grabado. Pritor 80 mg comprimidos blancos, oblongos con el código GXE72 grabado. **4. DATOS CLÍNICOS:** **4.1. Indicaciones terapéuticas:** Tratamiento de la hipertensión esencial. **4.2. Posología y forma de administración:** Adultos: La dosis generalmente eficaz es de 40 mg una vez al día. Algunos pacientes pueden experimentar ya un beneficio con una dosis diaria de 20 mg. En aquellos casos en que no se consiga alcanzar la presión arterial deseada, puede aumentarse la dosis de telmisartán hasta un máximo de 80 mg una vez al día. Alternativamente, puede administrarse el telmisartán en asociación con diuréticos tiazídicos, tales como hidroclorotiazida, que han demostrado ejercer un efecto hipotensor aditivo con telmisartán. Cuando se considere un aumento de la dosis, debe tenerse en cuenta que el efecto antihipertensivo máximo se alcanza, generalmente, a las cuatro o cinco semanas del inicio del tratamiento. **Insuficiencia renal:** No se precisa un ajuste de la posología en pacientes con insuficiencia renal leve a moderada. Se dispone de una experiencia limitada en pacientes con insuficiencia renal grave o en hemodiálisis. En estos pacientes se recomienda una dosis inicial menor de 20 mg (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **Insuficiencia hepática:** En pacientes con insuficiencia hepática leve a moderada, la posología no debe superar los 40 mg diarios (ver Advertencias y precauciones especiales de empleo). **4.3. Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Segundo y tercer trimestre del embarazo y lactancia (ver Embarazo y lactancia). Trastornos obstructivos biliares. Insuficiencia hepática grave. **4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Insuficiencia hepática: Pritor no debe administrarse a pacientes con colestasis, trastornos obstructivos biliares o insuficiencia hepática grave (ver sección 4.3) ya que telmisartán se elimina principalmente con la bilis. Puede esperarse que estos pacientes presenten un aclaramiento hepático de telmisartán reducido. Pritor debe utilizarse con precaución en pacientes con insuficiencia hepática de leve a moderada. Hipertensión renovascular: En pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal o estenosis de la arteria de un único riñón funcional, tratados con medicamentos que actúen al sistema renina-angiotensina-aldosterona, existe un riesgo aumentado de hipotensión grave e insuficiencia renal. Insuficiencia renal y trasplante renal: Cuando se administra Pritor a pacientes con función renal insuficiente, es recomendable la monitorización periódica de los niveles séricos de potasio y creatinina. No se dispone de experiencia con respecto a la administración de Pritor en pacientes que han sufrido un trasplante renal reciente. Hipovolemia intravascular: En pacientes con depleción de volumen y/o sodio, ocasionada por un tratamiento intensivo con diuréticos, por una dieta restrictiva en sal, por diarreas o vómitos, puede producirse una hipotensión sintomática, especialmente después de la primera dosis. Estas situaciones deben ser corregidas antes de la administración de Pritor. La depleción de volumen y/o sodio debe corregirse antes de la administración de Pritor. Otras situaciones con estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona: En pacientes cuyo tono vascular y función renal dependen principalmente de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona (p.ej. pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva grave o enfermedad renal subyacente, incluyendo estenosis de la arteria renal), se ha asociado el tratamiento con fármacos que afectan a este sistema con hipotensión aguda, hipotensión, oliguria o, raramente, fallo renal agudo (ver sección 4.8). Aldosteronismo primario: Los pacientes con aldosteronismo primario no responden, generalmente, a los medicamentos antihipertensivos que actúan por inhibición del sistema renina-angiotensina. En consecuencia, no se recomienda el uso de telmisartán. Estenosis valvular aórtica y mitral, cardiomiopatía hipertrófica obstructiva: Como sucede con otros vasodilatadores, se recomienda especial precaución en pacientes con estenosis aórtica o mitral o con cardiomiopatía hipertrófica obstructiva. Hipertensión: El uso de medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona puede producir hipotensión. La hipotensión puede ser mortal en ancianos, pacientes con insuficiencia renal, diabéticos, en pacientes tratados de forma concomitante con otros medicamentos que puedan aumentar los niveles de potasio y/o en pacientes con otros episodios clínicos concurrentes. Debe evaluarse la relación beneficio riesgo cuando se valore la posibilidad de utilizar concomitantemente medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona. Los principales factores de riesgo a tener en cuenta en relación con la hipotensión son: Diabetes mellitus; insuficiencia renal; edad (> 70 años); La combinación con uno o más medicamentos que afectan al sistema renina-angiotensina-aldosterona y/o suplementos de potasio. Los medicamentos o grupos terapéuticos que pueden producir hipotensión son: sustitutos de la sal que contienen potasio, diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la ECA, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo inhibidores selectivos de la COX-2), heparina, inmunosupresores (ciclosporina o tacrolimus), trimetoprim. Otros episodios clínicos concurrentes, en particular deshidratación, compensación cardíaca aguda, acidosis metabólica, empeoramiento de la función renal, empeoramiento repentino de la enfermedad renal (por ejemplo, enfermedades infecciosas), ictus celular (por ejemplo ictus agudo de las extremidades, rabdomiolisis, traumatismo intenso). Se recomienda la estrecha monitorización de los niveles de potasio en suero en pacientes de riesgo (ver sección 4.5). Sorbitol: Una dosis diaria recomendada de Pritor 80 mg comprimidos contiene 338 mg de sorbitol. Los pacientes con problemas hereditarios de intolerancia a la fructosa no deben tomar Pritor. Otras: Al igual que sucede con los inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina, telmisartán y otros antagonistas de la angiotensina son, aparentemente, menos eficaces en la disminución de la presión arterial en la población de raza negra que en las demás, posiblemente, por una mayor prevalencia de niveles bajos de renina entre la población hipertensa de raza negra. Como sucede con cualquier fármaco antihipertensivo, un descenso excesivo de la presión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica o enfermedad cardiovascular isquémica, puede producir un infarto de miocardio o un ictus. **4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Los estudios de interacciones se han realizado sólo en adultos. Los medicamentos o grupos terapéuticos que pueden producir hipotensión son: sustitutos de la sal que contienen potasio, diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la ECA, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (incluyendo inhibidores selectivos de la COX-2), heparina, inmunosupresores (ciclosporina o tacrolimus), trimetoprim. La incidencia de hipotensión depende de los factores de riesgo asociados. El riesgo aumenta en caso de combinarse los tratamientos anteriormente mencionados. El riesgo es particularmente alto en combinación con los diuréticos ahorradores de potasio y al asociarse con sustitutos de la sal que contienen potasio, mientras que la combinación con inhibidores de la ECA o con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), por ejemplo, conlleva menor riesgo siempre y cuando se sigan de forma estricta las precauciones de uso. Uso concomitante no recomendado. Diuréticos ahorradores de potasio o suplementos de potasio: Los antagonistas de la angiotensina II disminuyen la pérdida de potasio debida a los diuréticos. Los diuréticos ahorradores de potasio, como por ejemplo espironolactona, eplerenona, triamtereno o amilorida, los suplementos de potasio, o los sustitutos de la sal que contienen potasio pueden conducir a un aumento significativo de los niveles de potasio en suero. Si está indicado el uso concomitante debido a hipopotasemia documentada, deben utilizarse con precaución y debe monitorizarse con frecuencia el nivel de potasio en suero. Litio: Se han descrito aumentos reversibles de las concentraciones de litio en suero y de la toxicidad durante la administración concomitante de litio con inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina, y raramente, con antagonistas de la angiotensina II. Si se

considera necesario el uso de esta combinación, se recomienda la estrecha monitorización de los niveles de litio en suero. Uso concomitante que requiere precaución. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): El tratamiento con AINEs (es decir, ácido acetilsalicílico administrado en dosis propias de un tratamiento antiinflamatorio, inhibidores de la COX-2 y AINEs no selectivos) pueden reducir el efecto antihipertensivo de los antagonistas de la angiotensina II. En algunos pacientes con la función renal alterada (por ejemplo pacientes deshidratados o ancianos con la función renal alterada), la administración conjunta de antagonistas de la angiotensina II y agentes inhibidores de la ciclooxigenasa puede resultar en un mayor deterioro de la función renal, incluyendo posible fallo renal agudo, que normalmente es reversible. Por lo tanto, la combinación debe administrarse con precaución, especialmente en ancianos. Los pacientes deben ser hidratados de forma adecuada, y debe considerarse la monitorización de la función renal al inicio del tratamiento concomitante y de forma periódica a partir de entonces. Diuréticos (tiazida o diuréticos del asa): Los tratamientos anteriores con altas dosis de diuréticos pueden producir depleción de volumen y riesgo de hipotensión al iniciar tratamiento con telmisartán. Uso concomitante a tener en cuenta. Otros agentes antihipertensivos: El efecto hipotensor de telmisartán puede verse incrementado por el uso concomitante de otros medicamentos antihipertensivos. En base a sus propiedades farmacológicas es posible que los siguientes medicamentos potencien el efecto hipotensor de todos los antihipertensivos incluyendo telmisartán: baclofeno, amifostina. Además, la hipotensión ortostática puede agravarse por el alcohol, los barbitúricos, los narcóticos o los antidepressivos. Corticosteroides (administración sistémica): Disminución del efecto hipotensor. **4.6. Embarazo y lactancia:** Embarazo (ver Contraindicaciones): No existen datos suficientes sobre la utilización de telmisartán en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no muestran efectos teratogénicos pero han mostrado fetotoxicidad. Por lo tanto, como medida de precaución, preferiblemente, el telmisartán no debe utilizarse durante el primer trimestre del embarazo. Antes de planificar un embarazo, se debe realizar un cambio a un tratamiento alternativo adecuado. En el segundo y tercer trimestre, los fármacos que actúan directamente sobre el sistema renina-angiotensina pueden provocar lesiones e incluso la muerte del feto en desarrollo, por consiguiente, el telmisartán está contraindicado en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Si se diagnostica un embarazo, el telmisartán debe interrumpirse lo antes posible. Lactancia (ver Contraindicaciones): El telmisartán está contraindicado durante la lactancia, ya que se desconoce si se excreta en la leche humana. **4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** No se han realizado estudios sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, al conducir vehículos o manejar maquinaria, debe tenerse presente que con el tratamiento antihipertensivo pueden producirse, ocasionalmente, mareos o somnolencia. **4.8. Reacciones adversas:** La incidencia global de acontecimientos adversos descrita con telmisartán (41,4%) fue, por lo general, comparable a la del placebo (43,9%), en ensayos controlados con placebo. La incidencia de los acontecimientos adversos no estuvo relacionada con la dosis y no mostró correlación con el sexo, edad o raza de los pacientes. Las reacciones adversas detalladas a continuación han sido recogidas de todos los ensayos clínicos en los que se incluyeron 5.788 pacientes hipertensos tratados con telmisartán. Las reacciones adversas han sido ordenadas según frecuencias utilizando la siguiente clasificación: Muy frecuentes (3/100); frecuentes (3/100, <1/10); poco frecuentes (3/1.000, <1/100); raras (3/10.000, <1/1.000); muy raras (<1/10.000). Las reacciones adversas se presentan en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Infecciones e infestaciones: Frecuentes: síntomas de infección (p. ej. infección del tracto urinario, incluyendo cistitis), infección del tracto respiratorio superior incluyendo faringitis y sinusitis. Trastornos psiquiátricos: Poco frecuentes: Ansiedad. Trastornos oculares: Poco frecuentes: Alteración de la visión. Trastornos del oído y del labirinto: Poco frecuentes: Vértigo. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes: Dolor abdominal, diarrea, dispepsia. Poco frecuentes: Sequedad de boca, flatulencia. Raras: Molestias de estómago. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Frecuentes: Eczema. Poco frecuentes: Hiperhidrosis. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: Frecuentes: Artralgia, dolor de espalda (p. ej. ciática), espasmos musculares o dolor de las extremidades, mialgia. Poco frecuentes: Tendinitis. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Frecuentes: Dolor torácico, enfermedad pseudogripal. Además, desde la introducción de telmisartán en el mercado, se han descrito casos de eritema, prurito, síncope, insomnio, depresión, vómitos, hipotensión (incluyendo hipotensión ortostática), bradicardia, taquicardia, función hepática anormal, trastorno hepático, insuficiencia renal incluyendo fallo renal agudo (ver sección 4.4), hipotensión, disnea, anemia, eosinofilia, trombocitopenia, astenia, insuficiencia del fármaco. Se desconoce la frecuencia de estas reacciones adversas. Como con otros antagonistas de la angiotensina II se han descrito casos aislados de edema angioneurótico, urticaria y otros acontecimientos relacionados. **Datos de laboratorio:** Raramente, se ha observado una disminución de la hemoglobina o un aumento del ácido úrico en sangre, los cuales se producen con mayor frecuencia durante el tratamiento con telmisartán que con placebo. Durante el tratamiento con telmisartán se ha observado aumento de la creatinina o aumento de los enzimas hepáticos, pero estas alteraciones de los datos de laboratorio se produjeron con una frecuencia similar o menor que con el placebo. Además, desde la introducción de telmisartán en el mercado, se han descrito casos de aumento de creatinina fosfoquinasa (CPK) en sangre. **4.9. Sobredosis:** No se han descrito casos de sobredosis. Las manifestaciones que con mayor probabilidad son de esperar de una sobredosis de telmisartán son hipotensión y taquicardia; también puede aparecer bradicardia. El telmisartán no se elimina por hemodiálisis. El paciente debe ser estrechamente monitorizado y el tratamiento debe ser sintomático y de soporte. El tratamiento depende del tiempo transcurrido desde la ingestión y de la gravedad de los síntomas. Entre las medidas sugeridas se incluye la inducción del vómito y/o lavado gástrico. El carbón activado puede ser útil en el tratamiento de la sobredosificación. Deben monitorizarse con frecuencia la creatinina y los electrolitos en suero. En caso de hipotensión el paciente debe ser colocado en decúbito supino, con administración rápida de sales y reposición de la volemia. **5. DATOS FARMACÉUTICOS:** **5.1. Incompatibilidades:** No aplicable. **5.2. Periodo de validez y precauciones especiales de conservación:** 3 años para Pritor 20 mg 4 años para Pritor 40 mg y Pritor 80 mg. Conservar en el embalaje original para preservarlo de la humedad. **5.3. Naturaleza y contenido del recipiente:** Blísters de poliamida/aluminio/PVC con 28 comprimidos. Instrucciones de uso y manipulación: Ninguna especial. **6. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Bayer Healthcare AG, D51368, Leverkusen, Alemania. **7. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN:** Con receta médica. **8. CONDICIONES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:** Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida de los beneficiarios. **PRITOR 20mg COMPRIMIDOS.** P.V.P. IVA: 20,81€. **PRITOR 40mg COMPRIMIDOS.** P.V.P. IVA: 23,78€. **PRITOR 80mg COMPRIMIDOS.** P.V.P. IVA: 33,26€. Fecha de autorización del texto: 02/07. Para más información, consúltese la Ficha Técnica completa del medicamento.

Bibliografía:

1. Teo K. et al. Rationale, design, and baseline characteristics of 2 large, simple, randomized trials evaluating telmisartan, ramipril, and their combination in high-risk patients: The ONTARGET/TRANSCEND trials. *American Heart Journal* 2004; Vol. 148, N° 1
2. S.C. Benson, T.W. Kurz et al. Identification of Telmisartan as a Unique angiotensin II receptor antagonist with selective PPARgamma-modulating activity *Hypertension* 2004; 43:1-10



El futuro de la sanidad pasa por la concentración

Los que ya llevamos muchos años viviendo el sector sanitario, miramos diez o quince años atrás y nos quedamos admirados. Si comparamos los recursos sanitarios disponibles en la Comunidad de Madrid (tanto públicos como privados) con los de hace cinco años, comprobaremos su gran crecimiento. El crecimiento está produciendo disfunciones. Así pues, nos encontramos con claro déficit de profesionales, tanto de médicos como de enfermeras, que sin duda nos debe llevar a plantearnos medidas de reorganización y gestión en el sector. Todo pasa por un mejor uso de los recursos disponibles para aprovechar al máximo las inversiones que

tanto el sector público como el privado están realizando en todo el país. Por ello se impone, independientemente del color político de cada una de las comunidades autónomas, una mayor y más fluida colaboración público-privada. Es imprescindible una armonización del sector ya que hay derroche de recursos, tanto humanos como económicos, por falta de coordinación entre comunidades y con el sector privado. El futuro en la sanidad privada pasa por la concentración. Ya desde hace unos años se ha producido la entrada del capital riesgo en el sector. Esto ha venido a acelerar el proceso de concentración tanto en el área de pruebas diagnósticas (análisis clínicos y radiodiag-

nóstico) como en hospitales y centros médicos especializados. Las especialidades de Oftalmología y Dermatología son buenos ejemplos. Pero no es difícil, (ya ha pasado en otros países), augurar que en los próximos años, no habrá en España más de ocho o diez compañías privadas dedicadas a la hospitalización. Todo el sector se está concentrando, tanto el asegurador como la provisión de servicios. ■



Enrique Catalán López
Director general
de Ileven Salud.

El médico, protagonista de su desarrollo profesional

Si la formación continua es un proceso inherente a todo adulto, sea cual sea su profesión, parece claro que en el caso de los profesionales de la Medicina cobra una importancia indiscutible. Es algo que cualquier ciudadano, por la cuenta que le tiene, estaría dispuesto a admitir y, consecuentemente, a exigir. También por parte del profesional de la Medicina habría acuerdo en reconocer la responsabilidad de sus actos como médico y el compromiso que adquiere con los pacientes que depositan en él su confianza.

Asimismo, podemos comprobar coincidencias con lo anterior cuando las decisiones judiciales hacen recaer en el médico la responsabilidad de sus intervenciones profesionales y condenan o absuelven en función de la adecuación con que hayan sido realizadas. Sin embargo, es sorprendente por otra parte la baja disposición de la Administración del Estado en sus diferen-

tes instituciones, y especialmente los servicios de salud, las empresas que contratan a la mayor parte de los médicos españoles, a reconocer la necesidad de que los profesionales protagonicen su propio desarrollo profesional, que tomen la iniciativa y dispongan de herramientas adecuadas para ello. Por un lado, en el ámbito de la Administración sanitaria se prodigan las iniciativas evaluadoras, con su componente sancionador evidente (últimamente oímos hablar frecuentemente de recertificación, reacreditación, requisitos para la adquisición de niveles en la carrera profesional, etcétera). Nunca oímos hablar de proporcionar a los profesionales herramientas o metodologías que les ayuden en su desarrollo como médicos, que les motiven a autodirigir su formación, que les hagan protagonistas del proceso, con todo el componente de motivación e iniciativa que podría conllevar. Por el contrario, los mensajes son desalentadores: la empresa de-

cide la formación que proporciona y los permisos que concede, siendo las necesidades distintas de unos a otros profesionales. Nos recuerda constantemente, y es cierto, que las necesidades sentidas no son las reales, con un sesgo evidente dirigido a mantenernos en el área confortable, y sin embargo utiliza como principal método para definir sus programas formativos las encuestas entre los profesionales. Parece haber llegado ya el tiempo en que se acepten nuevos planteamientos destinados a reconocer el papel protagonista del médico en su desarrollo profesional, abandonando visiones paternalistas y autoritarias del profesional como alguien sospechoso o a quien hay que dirigir, y promoviendo valores individuales como la responsabilidad y la profesionalidad. ■



Felipe Chavida García
Presidente de Idepro.

Apostar por la Atención Primaria

Los médicos de familia, cada vez reclaman mayor autonomía, no sólo para mejorar su actividad fundamental que es la atención a los pacientes y a sus familias, sino especialmente para afrontar con garantías los nuevos retos. En un entorno en el que la sostenibilidad del actual estado de bienestar es una preocupación creciente, y en el que los recursos serán más escasos, desde la Atención Primaria debemos apostar por arrinconar el discurso de la eficiencia y apostar por la implicación, el compromiso y los valores del profesionalismo.

Ahora nuestro sistema es de una enorme rigidez, no existe autonomía, los profesionales no son propietarios de su agenda, falla la coordinación con otros niveles y seguimos olvidándonos de la comunidad y los servicios sociosanitarios.

El actual sistema de provisión público a través de personal estatutario, muy centralizado y con poca separación real entre la función de compra y la provisión está dando muestras de agotamiento, aunque la enorme inercia de este sistema permitirá seguir durante años.

Para aumentar la implicación de los profesionales, debemos optar por empresas pequeñas, gobernadas por los propios profesionales, con mucha autonomía para permitir adaptarse a las realidades de cada centro y sobre todo a los cambios, con contratos por resultados, innovando constantemente sin miedo a los errores que nos serán de gran ayuda para aprender, sin romper el principio fundamental de nuestro modelo que es la financiación pública.

Debemos creer en la potencia de los instrumentos para el cambio, fundamentalmente un cambio radical en la financiación, una inversión acorde a lo que se espera de la Atención Primaria y empezar a transferir el presupuesto y la capacidad real de compra a los equipos.

La Atención Primaria actual tiene que hacer un esfuerzo para mejorar su accesibilidad, su capacidad resolutoria ofreciendo nuevas prestaciones, la atención al embarazo y los programas específicos, ya sean de atención a la mujer, al envejecimiento, la infancia, los cuidados paliativos, son áreas que debemos recuperar si queremos que nuestro discurso sea creíble.

Al mismo tiempo debemos erradicar de nuestras consultas actividades que no aportan ningún valor y que pueden ser realizadas por otros profesionales, sobre todo administrativos, para ello debemos recuperar un verdadero sistema de prescripción médica y apostar por las tecnologías de la información que nos eviten repetir pruebas, acceder a informes tanto desde Primaria como especializada, tenemos que promover la interacción del paciente en su historia clínica permitiendo que pueda introducir información de sus constantes biológicas, de la adherencia al tratamiento y de los síntomas percibidos.

Debemos facilitar una cultura de compromiso y confianza con los pacientes por encima de horarios, agendas rígidas y dificultades administrativas. ■



Jaume Sellarès Sallas
Médico de Familia
Director del EAP
de Sardenya (Barcelona).

¿Estamos entrando en un deterioro del sistema sanitario?

Parece que la Atención Primaria está inmersa en una importante crisis, con unos recursos insuficientes, lo que está generando una saturación y presión asistencial excesiva sobre los profesionales sanitarios.

El grado de satisfacción de los médicos españoles es bajo, y siguen siendo los profesionales peor pagados respecto a otros países europeos. Además, en los últimos años, se ha hecho una mala planificación de los médicos y enfermeros que el país necesita formar para incorporar al sistema, habiendo escasez de especialistas en algunas áreas.

Las comunidades autónomas están desarrollando su propio sistema sanitario de una forma individual, sin ninguna coordinación a nivel del Estado Español lo que está generando desigualdades entre las diferentes regiones. Así, en algunas hacen el cambio de sexo gratuitamente y vacunan del papiloma, y otras financian fármacos que otras no.

De investigación se ha hablado mucho pero se avanza poco. Es difícil mantener la actividad asistencial y compartirla con la actividad investigadora. Ser investigador en nuestro país es todavía un ejercicio de vo-

luntarismo y vocación, no tenemos una carrera definida para ser investigador. En esta nueva legislatura, que ahora se inicia, nuestros políticos se deberían sentar, reflexionar y definir cuál es la mejor sanidad que deben tener los españoles para los próximos años; la sanidad no es un gasto, sino una inversión. Hagamos de ella un gran pacto de Estado. ■



Manuel Martín Cortés
Director de Marketing y
Comunicación
de Webasistencial.

El seguro sanitario y la medicina privada

Las insuficiencias financieras del sistema público, incapaz por el momento de racionalizar la demanda ante una eclosión de expectativas sobre la capacidad de curar y cuidar de la Medicina, hacen difícilmente sostenible sus niveles actuales de crecimiento. Además de la mejor gestión del gasto, no tengo dudas de que la sociedad actual deberá aceptar la apertura de vías de financiación complementarias que puedan disminuir la actual presión que ejerce el gasto sanitario sobre la financiación pública, y así sobre la fiscalidad general.

Es evidente que el gasto sanitario crecerá, pero no parece lógico en este contexto que todos los tratamientos que la innovación sanitaria posibilita se suministren de manera indiscriminada y se financien a través de la imposición coacti-

va, no vinculada a la buena o mala utilización que se haga de los servicios. Aumentos adicionales de presión fiscal ponen hoy en peligro la competitividad del país y además, una secuencia como la mencionada de barra libre pagada por un fondo común desresponsabiliza a los ciudadanos del buen uso de los servicios, confundiendo en el concepto público el componente social con el estatalizante.

La justificación de la intervención pública en el sector de cuidados de salud recae en la mejora de bienestar que supone la obligatoriedad del seguro.

No hay una premisa teórica para que éste tenga que ser sólo público, ni omnicomprensivo en su alcance, ni gratuito, ni basado en servicios suministrados exclusivamente desde el sector público, ni producidos siempre de modo directo por

personal funcionario. Un país que se desarrolla en todas sus dimensiones, también lo ha de hacer buscando nuevos balances entre lo que ha de ser responsabilidad pública y lo que debe ser responsabilidad privada; entre otras razones, porque la sociedad del futuro no va a poder hacer frente exclusivamente desde la financiación pública a la satisfacción de todas las necesidades y aspiraciones colectivas al bienestar de las que es pivote, hoy, nuestro sistema sanitario. ■



Guillem López Casasnovas
Catedrático de Hacienda Pública. Universidad Pompeu Fabra.

La formación médica continuada y su acreditación

Desde que a mediados de los 90 se implantara el primer sistema global de acreditación de la formación médica continuada (FMC) en Cataluña, tras las iniciativas sectoriales de algunas sociedades científicas y de la propia OMC, este ámbito no ha parado de evolucionar y se han desarrollado los dos sistemas de más calado y trascendencia existentes en la actualidad: la Comisión de Formación Continuada del SNS y el Sistema Español de Acreditación de la FMC (Seaformec).

Hoy por hoy, España se halla a la cabeza de las iniciativas europeas, con las que mantiene estrecha colaboración y a cuyo desarrollo contribuye decisivamente, muy especialmente a partir de los convenios de colaboración y reconocimiento mutuo de créditos firmados por el CGCOM-SEAFORMEC y la UEMS-EACCME (Union Européenne des Médecins Spécialistes- European Accreditation Council for CME).

Los mayores retos a los que se enfrenta la FMC y su acreditación en nuestro país son de dos órdenes: la utilización de los créditos y la consideración de la FMC y su acreditación.

En cuanto al primero de ellos, en efecto queda por resolver de una manera satisfactoria los usos de los créditos de FMC, en beneficio de los médicos que los acumulan. En los baremos de las carreras profesionales de las distintas comunidades los créditos son contemplados de muy distinta manera y en algunas de ellas, de forma muy residual. Por otro lado, existe una gran confusión a la hora de llevar a la práctica los postulados del desarrollo profesional continuo (DPC) que contempla la LOPS. Por lo cual, habrá que hacer un esfuerzo de clarificación sobre estos puntos, si queremos que contribuyan a facilitar el encaje del médico en los sistemas sanitarios del país, uno de los

más arduos problemas pendientes y de más difícil solución.

Por lo que se refiere a la consideración de la FMC y su acreditación, hay que insistir, una vez más, en que deberían mantenerse los postulados iniciales del sistema de acreditación implantado, básicamente por lo que atañe al carácter no formal/reglado de la FMC, a su voluntariedad, a la responsabilidad mayor de los médicos y sus organizaciones en su provisión y a su traducción en los programas de DPC y de una eventual revalidación.

Hay que evitar a toda costa que la FMC se convierta en una educación reglada y burocratizada y en una herramienta en manos de los agentes gubernamentales para una regulación de la profesión más intervenida. ■



Helios Pardell Alenta
Director de Seaformec.

Hace tan sólo cinco años

Hace tan sólo cinco años, cuando empezó a publicarse *Medical Economics*, sobraban médicos. Contados eran los expertos que vaticinaban que estábamos al final de un ciclo en lo referente de oferta y demanda de profesionales de la Medicina.

Hace tan sólo cinco años, pocos eran los que preveían los efectos del envejecimiento y jubilación de estratos enteros de profesionales, de la aparición y desarrollo de nuevas subespecialidades, de la feminización de la profesión, etc.

Hace tan sólo cinco años eran centenares y no miles los médicos españoles que decepcionados por el sistema optaban por buscar su futuro fuera de nuestras fronteras.

Hace tan sólo cinco años eran centenares y no miles los médicos extranjeros que, por razones diversas, les resultaba atractivo venir a trabajar a nuestro país.

Hace tan sólo cinco años había en el país un sólo hospital público construido y gestionado por una entidad privada.

Hace tan sólo cinco años la homologación de títulos extranjeros de licenciado y de especialista era un proceso riguroso y exigente. Muchos médicos foráneos no conseguían ejercer en España.

Hace tan sólo cinco años los médicos de Atención Primaria, hartos de promesas vacías, no hubieran osado hacer huelga y plantarle cara a la Administración.

Hace tan sólo cinco años a ninguna Administración pública se le habría ocurrido la idea de legislar la jubilación forzosa de los profesionales a los 65 años, estuvieran o no en plenitud de facultades.

Hace tan sólo cinco años la presencia de inmigrantes en centros de salud y hospitales era todavía discreta, y no constituían un factor significativo de sobrecarga asistencial.

Hace tan sólo cinco años se creía que la carrera profesional iba suponer un estímulo y una aportación real al desarrollo profesional de nuestros médicos.

Hace tan sólo cinco años las aseguradoras privadas podían permitirse el mantener cuadros médicos cerrados, gracias al exceso de oferta de profesionales.

Hace tan sólo cinco años había miles de médicos en el limbo laboral de las interinidades *sine die* y de los contratos temporales concatenados.

Hace tan sólo cinco años, a nadie se le hubiera ocurrido proponer medidas heroicas, de efectividad más que dudo-

sa, tales como la creación de 14 nuevas facultades de Medicina.

Hace tan sólo cinco años había muchos más candidatos que plazas ofertadas por el sistema MIR. Hubiera sido impensable que pudiera quedar un número significativo de plazas sin cubrir.

Hace tan sólo cinco años hubiera sido anatema el plantear por parte de una Administración la posibilidad de que los médicos compaginasen dos cargos públicos.

Hace tan sólo cinco años se creía que construir nuevos hospitales era tan sólo cuestión de dinero y de voluntad política o empresarial, siendo los profesionales menos actores pasivos.

Hace tan sólo cinco años pocos veían venir que en el futuro, tanto la pública como la privada, no tendrán más opción que competir, cuantitativa y cualitativamente, para poder cubrir sus plantillas de médicos.

Hace tan sólo cinco años... ■



Julián Ruiz Ferrán
Socio director
de Medical Finders.

Felicidades a *Medical Economics*

M*edical Economics* cumple cinco años, tiempo suficiente para considerarla una revista madura, ya que muchas otras revistas del ámbito sanitario no logran llegar al quinquenio, y en este país nuestro, más dado a los crisantemos que a los laureles, quiero felicitar al editor, mi amigo Manuel García Abad, y a su consejo de dirección tanto editorial como de expertos por el continente, sobre todo por el contenido de nuestra revista *Medical Economics*, ya que el valor de una publicación no está en el tiempo que dura, sino en la intensi-

dad de sus contenidos y en ésta siguen siendo frescos y lozanos como el primer día, sintiéndola nuestra, por haber conseguido acrecentar nuestro conocimiento a lo largo de estos años gracias a su objetivos y actualizados contenidos.

También es el momento de felicitar por el trabajo bien hecho en los magníficos foros periódicos que organiza *Medical Economics* tratando temas de actualidad sanitaria, perfectamente orquestados por Guillermo Sierra, y donde he tenido el placer de participar activamente. Me despido con el convencimiento de que las cosas bien hechas

perduran en el tiempo, forjando uniones duraderas. De ahí mi convencimiento absoluto que celebraremos juntos el décimo aniversario —y los que Dios quiera—, donde *Medical Economics* seguirá siendo una fuente de conocimientos y satisfacción para todos. ■



Jesús Aguirre
Senador del PP
por Córdoba y ex-vicepresidente de la OMC.

antisepsia y desbridamiento

Curso *on-line*



Organizado por



Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por



COORDINADOR

Justo Rueda

Enfermero de Atención Primaria
CAP Terrassa Nord (Barcelona)
Miembro Director del GNEAUPP

AUTORES

Raúl Capillas. Enfermero. Adjunto de Enfermería ABS Sant Josep, L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Fernando Martínez. Enfermero. Vicepresidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Miembro Director del GNEAUPP. Miembro del Instituto de Investigación Clínica en Heridas Crónicas. Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores La Vega Mieres (Asturias)

José Luis Micó. Enfermero del Hospital Arnau de Vilanova (Valencia). Supervisor de Calidad e Higiene Preventiva

Jesús Portas. Enfermero del Centro de Curas de Úlceras Vasculares, Fontcoberta (Gerona)

Justo Rueda. Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord (Barcelona). Miembro Director del GNEAUPP

Teresa Segovia. Enfermera. Miembro Director del GNEAUPP. Supervisora de la Unidad Multidisciplinar de Heridas Crónicas del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid)

Jorge Vázquez. Facultativo Especialista de Área del Hospital de León. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Miembro del Capítulo Español de Flebología

TEMARIO

Unidad 1 Antisépticos

- . Definición de antiséptico-antisepsia
- . Objetivos de la utilización de los antisépticos en las heridas
- . Mecanismos de acción de los antisépticos
- . Conceptos relativos a los microorganismos
- . Proliferación bacteriana. Conceptos relacionados con las heridas cutáneas
- . Aspectos sobre los antisépticos que se deben considerar: espectro, indicaciones....

Unidad 2 Desbridamiento

- . Definiciones: desbridamiento, carga necrótica, tejido esfacelado...
- . Importancia de la limpieza y del desbridamiento de las heridas
- . Objetivos de la limpieza y del desbridamiento
- . Manejo de la carga necrótica en las heridas crónicas
- . Tipos de desbridamiento: quirúrgico, autolítico, enzimático, osmótico....
- . Consideraciones especiales

CALENDARIO

Periodo lectivo:

7 de mayo-10 de octubre

Periodo de examen:

Unidad 1: 7 de mayo- 30 de junio Unidad 2: 1 de julio-10 de octubre

ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN

ya puede inscribirse a través de la página web:

www.medicoes.com

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Cinco años de crecimiento continuo

En los últimos tres años el sector del seguro de salud se ha consolidado frente al resto de ramos no vida con crecimientos anuales cercanos al 10 por ciento. Estas cifras están respaldadas por el aumento de la confianza que se ha producido en la sociedad respecto a la asistencia sanitaria privada, y en mayor medida, por la irrupción de nuevos segmentos dentro del mercado. Estos son, por ejemplo las pymes y los profesionales autónomos, así como del continuo crecimiento de colectivos de grandes empresas, gracias a que este servicio se identifica como una forma de retribución altamente apreciada por los empleados. Pero dentro de este crecimiento destaca una característica fundamental por encima todo: la especialización.

A día de hoy, Adeslas lidera el grupo de compañías que controlan más del 50 por ciento del mercado —tres en total— y que gracias a esta experiencia han sabido ofrecer en cada momento lo que la sociedad ha demandado.

En el caso concreto de Adeslas, durante los últimos cinco años —que coinciden con el aniversario de *Medical Economics*—, hemos consolidado nuestro liderazgo en el sector español del seguro de asistencia sanitaria, alcanzando una cuota de mercado por primas del 20 por ciento y una cuota de mercado por número de asegurados (estimado) del 25 por ciento. Además, continuando con nuestro crecimiento estable, cerramos el pasado año con una

cifra de asegurados que roza los tres millones y unas primas estimadas de 1.069 millones de euros, que suponen un aumento del 10 por ciento.

En lo que se refiere a colectivos, Adeslas cerró el año con casi 5.000 pólizas, que dan cobertura general o dental a más de 830.000 personas. Este liderazgo cualificado se ha conseguido gracias a la estrategia de negocio desarrollada en los últimos años, y con la que pretendemos continuar durante los siguientes: el desarrollo y ampliación de nuestra gama de productos y de nuestra red asistencial.

En Adeslas aprovechamos toda nuestra experiencia y conocimiento del mercado para consolidar la oferta más amplia con el fin de que cada uno pague por la cobertura sanitaria que necesita.

En función del tipo de cliente y la prestación sanitaria que éste requiera, Adeslas pone a su disposición productos que satisfacen todas las demandas: desde las necesidades de los más jóvenes, hasta las de aquellas personas que prefieren optar por los servicios sanitarios más exclusivos, ya sea cobertura ambulatoria, cobertura integral o pólizas de reembolso, que se complementan con la asistencia dental.

En cuanto a la red asistencial, la misión principal de Adeslas ha sido ofrecer una solución a los problemas de salud del asegurado a través de los mejores profesionales y servicios médicos, ya sea en su residencia habitual o fuera de ella. Es por esto

que durante los últimos años hemos trabajado en el desarrollo de nuestros recursos humanos y materiales, consolidando así un cuadro médico de 33.000 facultativos en todas las especialidades, 33 centros médicos propios, un grupo hospitalario de 13 centros que suman más de 1000 camas, 13 clínicas dentales con 140 gabinetes, 300 clínicas y hospitales concertados, 700 clínicas dentales concertadas y 218 puntos de atención al público.

Nos encontramos en un momento de gran solidez del sector y de nuestra compañía, lo que nos permite seguir siendo líderes ante el nuevo ciclo que afrontamos.

La sociedad en su conjunto se ve beneficiada por la acción solidaria de algunos de sus ciudadanos, que a través de sus pólizas de seguro particular, reciben asistencia sanitaria desde consultas y centros privados, lo que sin duda reduce la presión sobre la sanidad pública, ahorrando costes al Sistema Nacional de Salud y liberando medios que en otros casos necesitaría, pudiendo así atender antes a aquellos ciudadanos que hoy acuden a los centros públicos. ■



Javier Murillo
Consejero Director
General de Adeslas.

Más que una mutua de seguros

Vaya por delante mi más sincera felicitación y la de todos los que representamos y trabajamos por Previsión Sanitaria Nacional (PSN) a Spanish Publishers Associates, a *Medical Economics* y a su editor, Manuel García Abad, por estos cinco años de actividad editorial en el sector sanitario, que les han llevado a conver-

tirse en referencia obligada de la prensa profesional. PSN lleva algo más de cinco años en una nueva y próspera etapa de su larga historia.

Con el inicio del nuevo siglo, nuestra entidad, tradicionalmente dirigida a cubrir las necesidades de previsión social de médicos, farmacéuticos, odontólogos y veterinarios, ha ido evolucionando hasta convertirse

en un grupo empresarial que ha trascendido el ámbito asegurador y que hoy es capaz de ofrecer servicios especia-



Miguel Carrero López
Presidente de Previsión
Sanitaria Nacional (PSN).

lizados al complejo y exigente mundo profesional universitario.

Nuestro cometido fundamental sigue siendo asegurar los ahorros y las pensiones de nuestros mutualistas, tarea en la que somos líderes en el sector sanitario.

El pasado año logramos cerca de 70 millones de euros de ingresos por primas, con un aumento de más del 14 por ciento respecto a 2006. Cada vez cubrimos a más profesionales con lo que nos acercamos poco a poco a la redonda cifra de 100.000 mutualistas, que da una idea muy aproximada del alcance —y también de la fidelidad— de nuestro colectivo. Pero sabedores de que los profesionales tienen otras muchas necesidades, relacionadas con sus familias, pero también con el desempeño de sus trabajos, PSN ha ido desarrollando, con la lógica prudencia a la que nos obliga

nuestra actividad aseguradora, una serie de divisiones y pequeñas empresas, especializadas en ofrecer servicios especializados y muy competitivos. Ya es posible —y en el futuro lo será mucho más— ligar el nombre de PSN a las residencias para personas mayores (vamos a transformar el centro que tenemos en San Juan, en Alicante, y abrimos otro en Madrid, de manera inminente); a las escuelas infantiles (tenemos un primer proyecto en marcha en A Coruña); a la consultoría en sistemas de gestión de calidad, responsabilidad social corporativa y medio ambiente, y al desarrollo de nuevas tecnologías e implantación de herramientas relacionadas con la sociedad de la información.

PSN es hoy más, mucho más que una mutua de seguros porque, de lo contrario, quizá su tarea fundacional de protección de los profesionales no

hubiera podido seguir cumpliéndose. El profundo cambio experimentado por la sociedad española en las últimas décadas y, muy especialmente, el del mundo profesional al que nos dirigimos y al que pertenecemos nos han obligado a encarar una serie de retos y nuevos proyectos que mantengan viva nuestra esencia: la vocación de servicio a los profesionales y a sus instituciones representativas, los colegios.

La transformación de PSN es ya claramente perceptible, pero no está concluida. Al hilo de nuevas necesidades y mejoras que vayan manifestando las profesiones —que también se encuentran en un continuo proceso de cambio—, PSN incorporará las herramientas y servicios que nos permitan seguir siendo un fiel aliado en la vertebración e impulso del mundo profesional. ■

La mutua del profesional sanitario

En primer lugar, mi agradecimiento, como presidente de A.M.A. (Agrupación Mutual Aseguradora), la Mutua de los profesionales sanitarios, por poder exponer en la edición española de *Medical Economics*, el papel que está desempeñando nuestra entidad en el mundo asegurador dentro del sector sanitario.

A.M.A. es la sexta mutua española en primas. No sólo ha experimentado un gran aumento en número de asegurados y de pólizas, sino que ha potenciado su capacidad de gestión y resultados económicos de nuestras oficinas y delegaciones de España y Portugal.

En estos momentos tenemos 521.941 mutualistas, en pólizas estamos en más de 484.900 y ahora movemos 183 millones de euros, todo este logro es gracias a la adecuada línea de gestión que hemos mantenido y reforzado en estos últimos años, respondiendo a la confianza de

nuestros mutualistas. La incorporación de nuevas herramientas tecnológicas de gestión, la potenciación de sus relaciones con los colegios, a través de la firma de numerosos convenios de colaboración, destacando la incorporación a la Mutua de los Colegios Profesionales de Enfermería y Consejos Sanitarios, hace que vayamos a empezar también con el colectivo de psicólogos que no lo habíamos tocado. Dado el volumen que está cogiendo esta empresa es fundamental que entren estos colectivos. En el año 2007 se ha presentado un balance de beneficios muy similar al del año pasado, de unos 23 millones de euros. Este año mejoramos las primas porque hemos devuelto más dinero por menor siniestralidad. A.M.A. sigue adelante, consolidando su estructura empresarial y muestra de ello es la compra de la nueva sede social de 11.000 metros cuadrados, ubicada dentro del Parque Cristal que será uno de los espacios más

emblemáticos y atractivos del nuevo Madrid empresarial, habiendo hecho la Mutua un desembolso a día de hoy cercano a los treinta y tres millones de euros y que espera poder inaugurar en septiembre de 2009.

Por cuarto año consecutivo el Consejo de Administración de AMA propondrá a la Asamblea General una derrama activa, es decir, un retorno económico a sus mutualistas de 8 millones de euros, y el resto a reservas voluntarias en la cantidad de 9.762.524,6 euros. Es la cuarta derrama que hace A.M.A., lo que supondrá la devolución a sus mutualistas de 37 millones de euros en los últimos años. ■



Diego Murillo Carrasco
Presidente
de Agrupación Mutual
Aseguradora (A.M.A.)

La mejor cobertura médica te la ofrece Xanit



Hospital

Camino de Gilabert s/n
29630 Benalmádena
Exit 222 Autovía del Mediterráneo

En Xanit, nos preocupas tú, los tuyos, tu calidad de vida, nuestra gente, nuestra salud. Hemos unido en un nuevo concepto la tecnología más avanzada con profesionales de la medicina de la más alta cualificación para ofrecerte una atención integral que comienza por la prevención. Nuestros profesionales, cuidadosamente seleccionados, forman un sólido equipo propio, que permite ofrecer una medicina de alta calidad, poniendo a su disposición todo su conocimiento y dedicación, enfocado, a lo más importante para nosotros, tú y los tuyos.

Ése es nuestro compromiso.



EL HOSPITAL DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

www.xanit.net

Clinicas y Centros Médicos Xanit:

CLÍNICA XANIT FUENGIROLA
Avda. Ramón y Cajal
Edificio Berce
T. 952 477 310 (cita previa)

CENTRO MÉDICO XANIT TORREMOLINOS
Complejo Carhueta Palace
Avda. Carlota Alessandri, 41
T. 952 372 451 (cita previa)

CENTRO MÉDICO XANIT NERJA
C/ Antonio Millón
Edificio Peñafar, bajo
T. 952 526 187 (cita previa)

Servicios Médicos y Ambulancias 24h:

900 407 407

Apuesta por la innovación

Durante los últimos años, el sector de los seguros sanitarios ha mantenido un crecimiento sostenido, de entre el 9 y el 10 por ciento, mientras que, un año más, la facturación de Sanitas ha crecido por encima de la media (un 12,5 por ciento frente a 9,9 por ciento del mercado), y nuestra cuota de mercado ha aumentado hasta alcanzar el 17 por ciento. Este crecimiento, conseguido en un contexto de fuerte competencia, es uno de los más altos del sector y consolida nuestra posición como líderes en clientes privados. La voluntad del Grupo Sanitas de velar por la salud y el bienestar de las personas exige de nosotros una atención extraordinaria para comprender las necesidades de nuestros clientes y satisfacerlas de forma adecuada a través de las diferentes compañías que forman el grupo: Sanitas Seguros, Sanitas Residencial, Sanitas Hospitales y Sanitas Servicios de Salud. En el área de seguros, proporcionamos atención médica a 1,87 millones de clientes, a través de 29.800 profesionales y 495 hospitales y

clínicas. En el área de provisión hospitalaria contamos con una red de 40 centros médicos propios y preferentes para nuestros socios (incluidos dos hospitales propios en Madrid), mientras que, a través de Sanitas Residencial ofrecemos una completa atención a los mayores a través de nuestras 43 residencias y cerca de 5.423 plazas, tanto privadas como concertadas con diferentes comunidades autónomas. Además de tener como objetivo prioritario ofrecer a nuestros clientes una atención de alta calidad, Sanitas destaca por su decidida apuesta por la innovación. Aunque la coyuntura económica actual no sea todo lo buena que nos gustaría, el mercado de los seguros de salud aún tiene un importante recorrido.

A lo largo de nuestra trayectoria, en Sanitas hemos demostrado nuestra capacidad de adaptación a las diferentes circunstancias y necesidades del mercado y nuestra intención de seguir creciendo mediante acciones tan innovadoras, en su momento, como la utilización de Internet como canal de ventas o el lanzamiento de

un seguro de asistencia sanitaria específicamente diseñado para personas con lesión medular adquirida y síndrome de Down, Sanitas Accesible.

Todas las empresas buscamos la forma de obtener el éxito duradero. En un entorno tan competitivo como en el que trabajamos, es necesario apostar por la calidad y por la excelencia. No hay que perder de vista que parte de la excelencia se basa en la capacidad de las empresas para adaptarse a la realidad cambiante del mercado y, en última instancia, de la sociedad, por lo que la innovación también tiene que formar parte de una estrategia excelente. No en vano, la innovación es uno de los elementos fundamentales que garantizan la competitividad y la supervivencia a largo plazo de cualquier compañía. ■



Pablo Juantegui
Consejero delegado
de Sanitas.

El seguro privado de salud

En relación a otros países europeos, el mercado español de seguros de asistencia sanitaria presenta algunas singularidades. El sector se ha desarrollado en tres ámbitos: los seguros privados, los colectivos y el aseguramiento de los funcionarios públicos del Estado, por lo que existe un doble marco de complementariedad y sustitución con respecto a la sanidad pública. En la actualidad, podemos afirmar que el ramo goza en líneas generales de “buena salud”. El ramo de salud se encuentra afectado por diversos factores pero, sobre todo, por el incremento de la siniestralidad y la colectivización. El primero de ellos, puede atribuirse a la escasez de profesionales sanitarios, tanto médicos como enfermeros; al incremento retributivo en el sector público, con la consiguiente repercusión en el sector privado, y al aumento del coste

de tecnologías cada vez más sofisticadas. El segundo, se debe a la mayor competitividad de las empresas. Por otro lado, estamos hablando de un sector sensible a la situación económica general por lo que es previsible que, en los próximos años, se atenúe el crecimiento en volumen de asegurados aunque también lo es que las primas sigan creciendo por encima la media de otros ramos aseguradores. Echando la vista atrás, en este año en el que celebramos el décimo aniversario de DKV en España, observamos el espectacular crecimiento experimentado en esta década en la que hemos multiplicado por cuatro tanto el volumen de negocio como el número de asegurados que confían en nosotros.

La Administración y las empresas colaboramos desde hace años de un modo efectivo y sin merma alguna de las garantías constitucionales. Como muestra de

ello, nos sirve el modelo MUFACE. Dos millones de personas se benefician de un sistema que garantiza la prestación de la asistencia sanitaria requerida sin esperas, con menos burocracia y con un alto nivel de satisfacción. Algo similar ocurre con el modelo concesional puesto en marcha por la Generalitat Valenciana. DKV apuesta decididamente por este ramo. La sanidad privada no sólo es necesaria, sino que seis millones de españoles disfrutan ya de este servicio con un alto nivel de satisfacción y esperan poder seguir haciéndolo. ■



Fidel Campoy
Director General de Salud
de DKV Seguros

Sólo entendemos las moléculas cuando las vemos de cerca.
Lo mismo ocurre con las personas.

En Esteve nos acercamos a la ciencia para estar más cerca de las personas.
Cerca de todos, en todo el mundo.

2.700 COLABORADORES EN TODO EL MUNDO
11% DE LAS VENTAS DESTINADO A INNOVACIÓN
PRODUCTOS PROPIOS EN TODO EL MUNDO
MÁS DE 100 PROYECTOS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL



Cubrir las necesidades ciudadanas

Agradezco esta invitación para participar en esta edición especial de la revista *Medical Economics* con motivo de su quinto aniversario. No quiero perder la ocasión de felicitar al equipo de profesionales por la labor informativa y divulgativa que desempeñáis en el sector sanitario.

La misión del departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón que dirijo es responder a las necesidades y a los derechos de los aragoneses en su doble condición de ciudadanos y usuarios de los servicios del sistema público de salud y también como consumidores. Mejorar la salud de los ciudadanos, aumentar su autonomía y responsabilidad respecto a su salud, garantizar los derechos de los usuarios, la suficiencia, cali-

dad y equidad de la oferta de servicios, hacer una oferta específica para pacientes crónicos y dependientes, la capacitación y suficiencia de los profesionales sanitarios y la autonomía y corresponsabilidad por parte de los profesionales, son las líneas estratégicas que conforman el guión en el que estamos trabajando. Desde el departamento de Salud y Consumo estamos convencidos de que la información, formación, educación, prevención y promoción de la salud son los elementos clave sobre los que se construye una sociedad más sana. De ahí que gran parte de nuestros esfuerzos se vayan a centrar en esta área, con especial hincapié en los factores de riesgo de determinado grupo de enfermedades como las cardiovasculares, la prevención de enfermedades oncológicas y la atención de

estos pacientes.

Debo destacar la puesta en marcha progresiva del Plan de Sistemas de Información y Telemedicina, que entre otras prestaciones relacionadas con las nuevas tecnologías aplicadas al servicio a los pacientes, se incluye un teléfono único del Servicio Aragonés de Salud, que permitirá contar con una gestión centralizada de las citas para consulta con todos los centros de salud de Atención Primaria. ■



Luisa María Noeno Ceamanos
Consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón.

El déficit de recursos humanos

Como consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias quiero felicitar a la edición española de *Medical Economics* por su trayectoria durante estos cinco años, así como animarles a continuar en la línea emprendida y trasladarles mis mejores deseos de futuro.

Agradezco la oportunidad que nos brindan al Gobierno de Canarias en este número especial para defender una vez más un Pacto de Estado por la Sanidad en el que se establezcan los acuerdos necesarios que aseguren una financiación sanitaria suficiente, la cohesión, la equidad y la gobernabilidad y sostenibilidad del sistema nacional de salud. En el escenario actual de transformación de los sistemas sanitarios, desde Canarias nos preocupa el déficit de recursos humanos, tema transversal a todas las comunidades autónomas pero que repercute aún más si cabe en nuestras islas. Desde la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias estamos tratando de paliar esta carencia a través

de cuatro líneas básicas de trabajo: incrementar la oferta de las plazas MIR; incentivación retributiva del personal facultativo; estabilidad en el empleo y carrera profesional.

Actualmente está en peligro la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Por ello, creo necesario solicitar al Ministerio de Sanidad una reforma integral del Sistema Nacional de Salud para hacerlo más atractivo, flexible, eficiente y adecuado para el ejercicio de la profesión.

El Gobierno de Canarias ha formulado en reiteradas ocasiones una serie de reivindicaciones que van en consonancia con la mejora continua de los profesionales sanitarios canarios y que, hasta el momento, no han obtenido respuesta por parte del Gobierno de España. Entre estas reclamaciones está la necesidad de incrementar el número de alumnos de Ciencias de la Salud en las dos universidades canarias así como la supresión de las actuales limitaciones para el acceso a dichas carreras. La re-

forma y modernización del actual sistema MIR es otra de estas demandas para conseguir que se adapte a las necesidades de profesionales de las comunidades autónomas, así como la previsión de aumentar el gasto sanitario público en un 1 por ciento del PIB para alcanzar el nivel de gasto de los países europeos de nuestro entorno. Finalmente, debo reclamar también el aumento de la financiación sanitaria para Canarias dando respuesta al incremento de la población, al coste de la insularidad y de la doble insularidad y al coste derivado de la asistencia que se presta desde Canarias a pacientes desplazados, a la población turística e inmigrantes. ■



Mercedes Roldós Caballero
Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias.

El sistema sanitario, más cerca

La asunción de las competencias sanitarias ha permitido a los castellanos y leoneses tener un sistema sanitario adaptado a las necesidades y características de Castilla y León, más cercano a los ciudadanos. Para ello, se ha hecho un gran esfuerzo para adecuar y mejorar las infraestructuras, en aumentar las prestaciones y mejorar dotación de los equipamientos.

Todo ello es posible gracias al importante esfuerzo presupuestario que desde la Junta de Castilla y León se lleva a cabo: en este año 2008 hay presupuestados más de 3.300 millones, lo que equivale a un incremento desde 2004 de más del 25 por ciento. Los grandes bloques marcan los grandes proyectos de la Consejería de Sanidad para la presente legislatura son la necesidad de culminar un Pacto profesional y social por la sanidad de Castilla y León; el problema del déficit de profesionales, que afecta a todas las comunidades autónomas; la elaboración del

Tercer Plan de Salud de Castilla y León, instrumento estratégico muy importante en la planificación y ordenación del sistema sanitario.

Importantes también son el Proyecto de Ley de Ordenación y Planificación del Sistema Sanitario de Castilla y León y el Proyecto de Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Serán leyes con visión de futuro, orientadas a la calidad y propiciarán la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas. La Consejería de Sanidad seguirá llevando a cabo un esfuerzo muy importante en inversión en infraestructuras sanitarias. Este año se invierten 276 millones de euros, un 57 por ciento más que en el año anterior. A lo largo de esta legislatura culminaremos todas las actuaciones previstas en el Plan de Infraestructuras Sanitarias 2002-2010 y estableceremos las líneas maestras del siguiente Plan (2011-2019), consiguiendo una

total modernización de nuestros centros asistenciales.

Y por último, tenemos un compromiso con el impulso a la Investigación, Desarrollo e Innovación en Ciencias de la Salud. Con una inversión este año de más de 18 millones de euros, un 65 por ciento más que en 2007, el impulso a la investigación será articulado a través de un Plan Estratégico de Investigación en Biomedicina para continuar fomentando el papel relevante de la investigación sanitaria y biomédica en Castilla y León, especialmente en el ámbito de la terapia celular y medicina regenerativa, entre otras. ■



Francisco Javier Álvarez Guisasola
Consejero de Sanidad de Castilla y León.

El auge de las nuevas tecnologías

El gran cambio que ha marcado la evolución de la sanidad en los últimos cinco años ha sido la evolución de la tecnología y, sobre todo, su aplicación a las comunicaciones en el sector sanitario. Por tanto, los sistemas de información son un elemento estratégico en la gestión sanitaria que realizamos cada día desde la Consejería de Sanidad. Y una muestra de ello es la puesta en marcha de la dispensación electrónica, que completa el sistema de receta electrónica. Esta apuesta va a suponer la eliminación del papel en las actuales recetas, lo que conllevará un ahorro de dos millones de euros anuales. En la Comunidad Valenciana la historia clínica informatizada también es una realidad, y ya se han abierto 4,5 millones. Además, las nuevas tecnologías permiten acercar la sanidad pública a todos los ciudadanos de la Comunidad.

De hecho, más de 770.000 valencianos han logrado concertar cita con su médico a través de la página *web* de y de los mensajes a móvil. Creo que tenemos un buen sistema sanitario, que está creciendo gracias al importante impulso de nuestro plan de infraestructuras "Construyendo Salud".

Prueba de ello, es que constantemente nos visitan delegaciones de expertos no sólo de otras comunidades, sino de otros países para conocer algunos programas de nuestra sanidad como las formas de gestión por concesión administrativa, el proyecto de construcción del nuevo Hospital La Fe. Además, algunos de nuestros programas de prevención como el cáncer de mama o el de cáncer colo-rectal han sido elogiados por las Comisiones Europeas.

Otro elemento que ha marcado la evolución de la sanidad en estos últimos años, es que el nivel de exigencia de los usuarios

ha crecido muchísimo, los pacientes conocen los avances tecnológicos y los exigen.

Quieren las pruebas diagnósticas más precisas y modernas, un trato cercano y humano, rapidez en la atención... y están en su derecho. Por ello, nos enfrentamos al reto futuro de afrontar problemas que son comunes a otras muchas autonomías y que precisan de una urgente coordinación y planificación, como es la falta de profesionales en algunas especialidades o una financiación estatal deficiente ante el crecimiento poblacional o la presión turística. ■



Manuel Cervera
Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Apostar por la calidad sanitaria

En primer lugar, quiero agradecerles la amable invitación para colaborar con este número de vuestra publicación, número que sirve para conmemorar el quinto aniversario de *Medical Economics*. Además de mi agradecimiento, también quiero manifestaros mis felicitaciones más efusivas por este aniversario toda vez que siempre es motivo de alegría contar con medios de comunicación especializados. Vuestra revista ha permitido realizar una gestión del conocimiento sobre la evolución de los sistemas sanitarios con un adecuado interfaz entre lo público y lo privado. Pero además ha permitido realizar aportaciones muy importantes con el desarrollo profesional, la financiación sanitaria y otros temas de bastante calado. Estos cinco años han coincidido, casi, con una época de mucha importancia para Extremadura en materia sanitaria. Han coincidido con la asunción de las competencias en materia sanitaria y gracias a ello, a la adaptación del sistema sanitario a la realidad de un

territorio como Extremadura. Esta adaptación se ha traducido en un incremento en las inversiones en infraestructuras sanitarias, y en la puesta en marcha de nuevos servicios en la cartera que siempre se ha realizado con escrupuloso respeto al resto del Sistema Nacional de Salud. Así, hoy disponemos de una red de Atención Primaria de Salud muy adecuada a las necesidades de la población y con la modernización que exige la sociedad actual. Pero también la red hospitalaria desde Extremadura es hoy mucho más adaptada al territorio y más moderna, lo que ha influido claramente en la calidad que perciben nuestros ciudadanos cuando hacen uso del sistema sanitario.

Todo esto podrían resultar palabras huecas si no hubiéramos medido la satisfacción con encuestas bien diseñadas y validadas, lo que nos ha supuesto una nota de notable para nuestros centros y servicios sanitarios. No obstante, nuestro futuro es más apasionante aún. Nos plantea el reto de la calidad bajo el lema de “no

hacer más, sino hacerlo mejor”. Ha llegado la hora, pues, de trabajar más que en “ladrillos”, en la “organización”, en el afianzamiento de las cosas alcanzadas. Ha llegado el momento de establecer, con nitidez, una cartera de servicios de calidad y adaptada a la sociedad. Pero tenemos otros retos muy importantes en lo que se refiere a la financiación sanitaria, la gestión de los recursos humanos y los sistemas de información. Y Extremadura está dispuesta a asumir ese reto, a trabajar de forma incansable para tener el mejor Sistema Nacional de Salud, ya que eso es seguridad de que el Servicio Extremeño de Salud será muy bueno. ■



María Jesús Mejuto Carril

Consejera de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

Excelencia y calidad del sistema

El esfuerzo en términos de inversión ha permitido en Cataluña finalizar el 40 por ciento y tener en ejecución el 30 por ciento de las actuaciones previstas en el Plan de Inversión en Infraestructuras Sanitarias (cuyo horizonte se sitúa en 2012). Sin embargo, para garantizar las 799 actuaciones previstas y adecuar las infraestructuras a una futura pero cercana población de 8 millones de habitantes, será necesario impulsar un nuevo modelo de financiamiento autonómico más justo y transparente. Éste será, sin duda, un tema prioritario y principal en la agenda de este año y del futuro próximo. Es el momento de la puesta en marcha del Plan de Innovación de la Atención Primaria y Salud Comunitaria, que supondrá un impulso para la integración de los servicios asistenciales, la mejora de la calidad del primer nivel de atención al ciudadano y la ordenación de la salud comunitaria. Asimismo,

incorporamos nuevas prestaciones en la cartera de servicios, como la salud bucodental para niños de 7 y 8 años, o la atención podológica a pacientes diabéticos con patología vascular periférica crónica, entre otras. La introducción de estas mejoras asistenciales irá acompañada del despliegue de la historia clínica compartida y la extensión de la receta electrónica por toda Cataluña (con la excepción de la ciudad de Barcelona). A lo largo de este año se desplegarán herramientas tan esenciales de planificación sanitaria como el Plan de Salud 2006-2010 y del Mapa Sanitario, Sociosanitario y de Salud Pública y los planes directores. Por otra parte tenemos previsto poner en marcha dos planes directores nuevos, uno centrado en enfermedades reumáticas y del aparato locomotor y otro en enfermedades respiratorias.

Por otro lado, continuaremos impulsando la investigación y la innovación en

ciencias de la salud, como área prioritaria. Cataluña es la comunidad autónoma líder en captura de recursos de programas europeos con más de la mitad del total capturados en todo el estado. Continuaremos trabajando para mantener este liderazgo y maximizar el retorno de estos fondos. En definitiva, queremos garantizar el mantenimiento de la excelencia y la calidad del sistema, apostar estratégicamente por reforzar la salud pública y comunitaria, mejorar la asistencia sanitaria en términos de accesibilidad y llevar a cabo la ampliación de la cobertura, y consolidar las reformas claves en la organización del sistema. ■



Marina Geli i Fàbrega

Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Una moderna asistencia sanitaria

Quiero en primer lugar felicitar a la edición española de *Medical Economics* en su V aniversario y expresarle mis mejores deseos para que siga siendo un referente de la gestión profesional y de la atención al paciente, referentes que compartimos desde la Comunidad de Madrid.

A través de la Consejería de Sanidad estamos llevando a cabo un ambicioso proyecto de mejora de la calidad de la asistencia sanitaria que reciben los madrileños. Nuestra región está inmersa en un proceso de adaptación de la sanidad madrileña al aumento tanto del número de personas a atender como de las expectativas de modernidad de todos los madrileños. Las actuaciones del Gobierno regional en materia sanitaria han sido considerables y están teniendo un impacto en la calidad de vida de los madrileños al aumentar la calidad asistencial y mejorar la

eficiencia del sistema sanitario madrileño. La inversión en infraestructuras, la política de los recursos humanos de la sanidad madrileña, la inversión en equipos o la prevención son medios que ponemos para trabajar en el compromiso y el objetivo del Gobierno de la Comunidad de Madrid con los madrileños, que es la calidad.

Es un claro ejemplo de la política de modernización y de mejora de la calidad, la apertura de ocho hospitales con los que acercamos la sanidad a más de 1,1 millón de madrileños, con centros próximos a sus domicilios y con unos medios tecnológicos y profesionales de vanguardia. Los madrileños de los municipios con nuevo hospital tienen la libertad de elegir centro. Los madrileños son los únicos españoles que han podido optar por esa libertad de elección.

Ésta es la respuesta del Gobierno de la Comunidad de Madrid para incremen-

tar la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios, dotar de mayor calidad la asistencia y a garantizar el acceso de todos los madrileños, incluidos los nuevos madrileños y aquellos que procedentes de otras comunidades autónomas requieren la experiencia de calidad de la sanidad madrileña.

Todos ellos son grandes proyectos, algunos ya convertidos en realidad, gracias al esfuerzo de los profesionales de la Consejería de Sanidad y de los madrileños que son quienes financian la atención sanitaria con los impuestos que paga. ■



Juan José Güemes
Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El problema de la financiación

Quiero expresar mi felicitación a todos los que hacen posible esta publicación en el panorama editorial.

El sistema sanitario español se basa en una serie de principios. Solidaridad en la financiación, universalidad en atención, eficacia, eficiencia y equidad, igualdad de acceso. Desde el punto de vista de la financiación, cuestiones como: ¿qué cuantía debe ser destinada a financiar el sistema sanitario?, ¿cómo debe producirse el reparto?, ¿cuánto debe crecer el gasto sanitario? y su corolario más evidente, ¿debe participar el ciudadano directamente en la financiación del coste de los servicios que consume. La financiación, no es motivo de discusión en España, es de hecho un mix público (71 por ciento en 2004, frente al 73 por ciento de media OCDE) y privado.

Un abordaje comparativo con los países de nuestro entorno, nos sitúa ligeramente por debajo de la media si miramos el gasto sanitario total (público y privado). Por persona y con el porcentaje del

PIB en 2004, la media de OCDE es 8,9 por ciento. En España un 8,1 por ciento. Objetivamente, el gasto es menor que la media y la financiación pública también lo es, en relación con los países de la OCDE. Por lo tanto, parece posible y en mi opinión deseable, que paulatinamente, se dediquen más recursos a la financiación sanitaria pública desde los Presupuestos del Estado. Mi posición ha sido y es contraria: dudo mucho de su eficacia en relación con una pretendida reducción del gasto público sanitario. Su introducción afectaría más a las capas sociales más débiles. Para los navarros su Sanidad, sigue siendo una seña de identidad. Ha sido el esfuerzo político, social y económico de una sociedad decidida tener un sistema sanitario de calidad.

Nuestro principal reto ha sido y lo es para el futuro, mejorar la salud de nuestra población. Navarra va a realizar un potente esfuerzo inversor en los próximos cuatro años. Acento especial para Investigación e Innovación: sólo en infraestructuras incluidas en el "Plan Navarra 2012",

se superan los 50 millones de euros (Centro de Investigación Biomédica y Centro de Investigación en Imagen Médica). La modelización de la atención en el nuevo Centro de Alta Resolución y el Centro Tecnológico, la implantación de nuevas TIC con nuevos usos, los acuerdos, firmados con entidades como la Universidad Pública de Navarra, para el fomento de la innovación en las ingenierías médicas.

En conjunto en estos cuatro años, las inversiones rondarán los 300 millones de euros en el área de la sanidad pública, en un esfuerzo público de la Hacienda Navarra de notable entidad, que supone destinar a inversiones más de un 7 por ciento del presupuesto sanitario, en los próximos cuatro años. ■



María Kutz Peironcelly
Consejera de Salud del Gobierno de Navarra.

Nuevos recursos, nuevos derechos

Calidad, cercanía, personalización, innovación tecnológica, eficiencia y excelencia son algunas de las metas por las que hemos estado trabajando en Andalucía en los últimos cuatro años. Cualidades que se sitúan como la base nuestro sistema sanitario y que se mantienen como nuestros retos de continuidad en el futuro.

Hablar de calidad en los servicios sanitarios públicos es apasionante en tanto responde al principio ineludible de cercanía y personalización de la asistencia. Situar las infraestructuras sanitarias más cerca de los usuarios y poner a su alcance los medios innovadores necesarios para mantener un contacto fluido con la administración es uno de los pilares de la sanidad andaluza. Pilar que se materializa no sólo con la puesta en marcha de nuevos centros sanitarios, sino con la complicidad de las nuevas tecnologías de la información, poniendo a disposición de usuarios y profesionales la historia clínica del paciente en cualquier punto de la comunidad gracias a la historia digital única; o hacer uso de la receta electrónica.

Nuevos recursos, y nuevos derechos. Y es que éste es otro de los pilares de la sanidad andaluza, ampliar los derechos ciudadanos y, sobre todo, seguir ampliándolos. El testamento vital; la segunda opinión médica; los tiempos máximos de respuesta para intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y primeras consultas con el especialista; la atención bucodental gratuita para niños de 6 a 15 años y para personas con discapacidad severa; el examen médico para mayores de 65 años; el diagnóstico genético preimplantatorio; la atención podológica gratuita para diabéticos y la ampliación del programa de detección precoz del cáncer de mama hasta los 69 años, son algunos ejemplos.

Contamos, además, con la mayor red de infraestructuras destinadas a la investigación biomédica del Estado y disponemos de tres programas de investigación concretos que conforman un triángulo perfecto (células madre y medicina regenerativa, genética y nanotecnología).

Todos estos recursos nos han permitido desarrollar ya más de 30 proyectos de

investigación con células madre, diez de ellos con células madre de origen embrionario, y elaborar el Plan Andaluz de Terapias Avanzadas para promover la realización de ensayos clínicos que permitan trasladar los resultados de la investigación básica en el ámbito de las células madre adultas al tratamiento de distintas enfermedades que carecen de cura efectiva en la actualidad.

Andalucía se ha convertido, por tanto, en un lugar que atrae científicos de fama internacional y que, como no podía ser de otro modo, se preocupa por formar a científicos propios.

Afianzar estas políticas y reforzarlas con nuevas iniciativas es nuestro reto para los próximos años. ■



María Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud de la Junta de Andalucía.

Un servicio de salud consolidado

Quiero aprovechar estas líneas para felicitar a *Medical Economics* por su V Aniversario y agradecer, como responsable sanitario y persona comprometida con la sanidad pública, su aportación indudable en el ámbito de la información y del análisis que nos ha ayudado a obtener una visión más precisa y detallada de la situación sanitaria de nuestro país. Si cinco años para una revista especializada como *Medical Economics* es un trecho profesional importante digno de resaltar, para el Gobierno de Castilla-La Mancha estos últimos cinco años, o mejor dicho, los últimos seis años y cinco meses han sido muy intensos; hemos cerrado el ciclo de consolidación de nuestro servicio de salud, un servicio de salud que nos encontramos cuando recibimos las transferencias descapitalizado en cuanto a recursos

humanos, infraestructuras y equipamiento. Como me gusta decir alguna vez hemos conseguido poner a Castilla-La Mancha en el mapa sanitario y, en algunas ocasiones, en un lugar destacado y ese hecho nos ha permitido contribuir con el resto de comunidades autónomas a la consolidación de un Sistema Nacional de Salud cohesionado y solidario. Porque ahora los castellano-manchegos nos sentimos parte realmente del Sistema Nacional de Salud en cuanto a que accedemos en las mismas condiciones que otro ciudadano español a los servicios y prestaciones sanitarias.

Y a partir de este año queremos dar un salto cualitativo de calidad, un salto cualitativo que tiene que ver mucho con el trato al enfermo, no sólo como paciente sino como persona, con más derechos, más confort y más información persona-

lizada y permanente a él y a sus familiares. Nosotros lo denominamos la política de las pequeñas grandes cosas, porque es aquella que nos afecta directamente como pacientes y como personas.

Por último, espero que dentro de otro lustro pueda *Medical Economics* celebrar su primera década en España como revista especializada y nos pueda informar que el Sistema Nacional de Salud sigue siendo uno de los mejores del mundo y que su sostenibilidad social y financiera está totalmente garantizada. ■



Roberto Sabrido Bermúdez
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha.



PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

**Garantizamos el presente
Aseguramos el futuro**

PSN es una empresa consolidada con más de 78 años de experiencia en el sector de seguros de vida y jubilación al servicio de los profesionales universitarios.

Más de 100.000 asegurados en España han depositado su confianza en el Grupo PSN, resultado de un proceso de desarrollo e innovación, así como de la solvencia que garantiza las prestaciones.

Nuevas Sedes en Portugal: Lisboa, Oporto y Coimbra.

Utilización eficiente de recursos

Durante los últimos años, España ha vivido un ciclo de bonanza económica, que sin duda ha favorecido su desarrollo y ha aligerado la gestión gubernamental. Pero iniciada una recesión que sin duda frenará la expansión económica, pueden aparecer problemas para lograr mantener el nivel de desarrollo logrado. Y en particular esto afectará al sector sanitario y especialmente al sector público. En un estudio publicado por nuestra institución (ACES) conjuntamente con PIMEC en el año 2004, que planteaba la sostenibilidad del sistema sanitario en la proyección del año 2015, se contemplaba como factores con incidencia negativa desde el punto de vista de sostenibilidad, la tendencia al encarecimiento en las prestaciones sanitarias, la tasa de envejecimiento con

una tendencia constante y mantenida a invertir la pirámide de edad, la demanda social de mayores prestaciones y de mayor calidad, con nuevas tecnologías, nuevos productos y nuevos medicamentos y el factor demográfico con un índice de inmigración, que en la actualidad ha superado las expectativas del año base.

Frente a esto ¿qué acciones debía esperar para contrarrestar esta situación? Desde el punto de vista de actuación pública debía elegirse entre elevar el peso del gasto sanitario sobre el gasto total público, elevar la presión fiscal o aumentar el déficit público. Probablemente cualquiera de estas soluciones sería bastante difícil de implantar. La sanidad no representa solamente gasto, puesto que el análisis real, nos sitúa en un sector que crea riqueza a través de innumerables

oportunidades. Lo que debe lograrse es que haya una utilización eficiente de todos los recursos y por tanto todo lo que aporte en este sentido el sector privado, representa un ahorro público. Frente a este panorama, el sector privado puede aligerar enormemente el peso del gasto sanitario, cuando con unas reglas bien establecidas, pueda aportar todas sus capacidades, tales como las de inversión, provisión, gestión y opciones de aseguramiento. ■



Josep Cararach i Ramoneda
President Grup
d'Empreses Sanitàries
Privades.

El futuro de la sanidad privada

Durante mi actividad como cirujano comprendí que los médicos debíamos de formar parte activa de los hospitales, y ello por tres razones, en primer lugar porque el médico tiene que ser libre para responsabilizarse de los medios que utiliza y para ello debe él escogerlos en segundo lugar, porque si cree en lo que hace, debe invertir en donde lo produce, y en tercer lugar, debe hacerse respetar profesionalmente con el logro de los mejores resultados médicos, auditados y publicitados periódicamente. Intentábamos conseguir un hospital donde yo había realizado parte de mi actividad profesional. Era el Hospital de San Pedro y una vez rehabilitado le pusimos el nombre de Hospital de Madrid, incorporándose al proyecto gran parte de esos médicos junto a otros accionistas particulares. Así en 1998 se funda el Hospital Madrid Montepíncipe, en 2003 el Hospital Madrid Torreloredones, y en el año 2007 se funda el Hospital de Madrid

Sanchinarro, que lleva anexo un Centro Oncológico Integral de nombre Clara Campal.

Referente a nuestro grupo, el Hospital Madrid Montepíncipe ha sido por su calidad acreditado por la Agencia Iain Entralgo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid como hospital universitario, siendo el segundo privado de España que consigue tal título.

Todos los hospitales del grupo son médicos quirúrgicos, centralizándose los enfermos más vulnerables, graves o malignos en los diferentes hospitales, para adquirir mayor experiencia los especialistas y por lo tanto mejores resultados.

Creemos que los hospitales deben ser independientes de cualquier organización, para no mediatizar el ejercicio del profesional, y al mismo tiempo estar abiertos a todos los pacientes, para garantizar en todo momento la calidad asistencial y su viabilidad.

El futuro de la sanidad privada en general, depende de la situación económi-

ca que atravesase el país, ya que en épocas de crisis como la presente, muchas familias que están afiliadas a la sanidad privada tienen que renunciar a ella, quedándose en la pública con la consiguiente reducción de la cartera de socios y por ende de ocupación de los hospitales. No obstante, estoy seguro que la Administración y en concreto nuestra comunidad, soslayará este déficit de la forma más adecuada. Afortunadamente ya hay regiones como Valencia, en las que el pago y elección de una sola sanidad se va imponiendo, y esperamos que en un futuro esta medida alcance a todo el país cumpliendo con la Constitución y ahondando más en la democracia. ■



Juan Abarca Campal
Consejero delegado del
Grupo HM Hospitales.

Diez años de vida

No sé si es casualidad o simplemente el destino, pero este año es el X aniversario de la creación de USP Hospitales (www.usphospitales.com) y el V aniversario de la primera edición de la prestigiosa revista *Medical Economics*. En cinco años pueden pasar muchas cosas, pero la realidad es que en USP Hospitales han pasado cosas muy importantes que no sólo nos han transformado, sino que nos han abierto nuevos caminos de futuro para poder seguir creciendo durante los próximos cinco, diez o quince años.

Nuestra juventud hace que la mirada atrás sea relativamente fácil. Los recuerdos son frescos, pero aún así, generan vértigo. Hace diez años iniciamos esta aventura tres personas y ahora somos ya seis mil los profesionales que todos los días tiramos adelante este proyecto. Contamos con 45 centros sanitarios y presencia en España, Portugal y Marruecos, aunque lo más importante es gozar de

la confianza de más de un millón y medio de pacientes al año.

El camino no ha sido fácil, pero sí apasionante. Éste es un proyecto muy nuestro, muy de los que lo fundamos e ideamos. Por el camino hemos contado con la ayuda de clientes, proveedores, aliados estratégicos y socios financieros que han permitido que la compañía pudiera crecer y llegar a donde está ahora. Nuestra historia ha sido recogida en un caso de estudio elaborado por el IESE y la compañía ha sido galardonada con premios y reconocimientos que nos llenan de orgullo.

En estos últimos cinco años hemos conseguido hitos que han marcado la corta historia de USP Hospitales. Protagonizar el MBO más importante del año en España, firmar una alianza estratégica con General Electric, conseguir que más de 100 directivos sean propietarios del 25 por ciento del capital de la compañía, crear USP Fundación Alex (www.fundacionalex.org), construir tres centros sanita-

rios en Madrid, Sevilla y Barcelona, éste último el nuevo USP Instituto Universitario Dexeus, y un largo etcétera.

Como decía al principio, nuestra historia, nuestra experiencia, lo que hemos aprendido de nuestros errores, lo que nos han enseñado nuestros éxitos, nos va a permitir afrontar el futuro, no sólo con esperanza, sino sobre todo, con ganas de seguir ofreciendo lo mejor de nosotros. Éste es mi deseo también para todos aquellos que hacéis posible que *Medical Economics* sea cada mes una revista útil, amena y llena de interés.

Muchas felicidades. ■



Gabriel Masfurrull Lacambra
Presidente y consejero delegado de USP Hospitales.

Docencia, investigación y asistencia

Desde que hace cinco años Capiro llegó a España hemos querido seguir una coherente línea de superación que nos mantenga a la cabeza de la asistencia sanitaria. Para ello, contamos con 20 centros y con más de 4.100 profesionales que cada día aúnan esfuerzos para ofrecer a los pacientes una atención integral basada en la excelencia.

La docencia es para nosotros uno de nuestros pilares fundamentales, consideramos que hay que apostar por los profesionales y apoyar una formación que les diferencie y les dé un valor añadido en la búsqueda por ofrecer el mejor servicio a los ciudadanos. La investigación es otro de nuestros principios básicos de actuación. En nuestros centros se han conseguido importantes hitos que han quedado registrados en las publicaciones

nacionales e internacionales más relevantes del panorama médico.

2007 fue para nosotros un año decisivo por los importantes proyectos de los que nos hicimos cargo. Entre ellos, destaca la inauguración del Hospital Infanta Elena de Valdemoro, que con una plantilla de más de 400 personas y una completa cartera de servicios. La inauguración del Hospital de Alcázar de San Juan, en Ciudad Real, fue otros de los retos que conseguimos en 2007.

2008 es para nosotros un año importante para superar expectativas. Queremos seguir con nuestra línea de actuación para promover la innovación, la investigación y la docencia; mejorar la calidad en tecnología, equipo humano y asistencial de nuestros centros; y contar con los mejores profesionales que con-

tribuyan al uso racional de la medicina y sus recursos. Además, continuamos con la remodelación de la Fundación Jiménez Díaz, un proyecto que ya iniciamos en 2003, siempre con el fin último de mejorar la asistencia al paciente.

En definitiva, queremos seguir consolidando el grupo apostando por la calidad, los profesionales, la alta tecnología, la investigación y la docencia. Unos principios que nos sitúan dentro del sector sanitario como grupo reconocido en el sector. ■



Juan Carlos González
Director ejecutivo de Capiro Sanidad España.

Curso on-line



Introducción a la salud bucal en cuidados paliativos

Dirigido al personal de enfermería y a higienistas dentales

Organizado por
Dental Practice
EDICIÓN ESPAÑOLA REPORT

Con el aval de
AECPAL
Asociación Española de
Enfermería en Cuidados Paliativos

Patrocinado por
Lacer



Actividad acreditada por
la Comisión de Formación
Continuada del Ministerio
de Sanidad y Consumo con
1.1 créditos

Temario

Etiología y Fisiopatología de la xerostomía
Manejo del paciente con xerostomía en cuidados paliativos
Medidas preventivas

Coordinadores científicos

M^a José López-Silva García
Odontóloga.
Clínica Milenium Sanitas. Madrid

Pilar Vallés Martínez
Enfermera.
Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Puerta de Europa. Algeciras

Calendario

Periodo lectivo
15 de mayo - 30 de septiembre

Periodo de examen
15 de mayo - 30 de septiembre

Abierto el plazo de inscripción: 1 de mayo

Puede inscribirse a través de la página web:
www.dentalpractice.es
donde encontrará la información adicional sobre este curso

La tecnología, socio estratégico

Tras una larga trayectoria, desde la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria seguimos trabajando para afianzar el papel del sector de tecnología sanitaria como socio estratégico de un sistema sanitario capaz de dar respuesta a las nuevas necesidades de los ciudadanos.

Durante las últimas décadas, las más de 500 empresas que integran el sector han transformado la práctica médica y han contribuido de forma definitiva a mejorar la salud y calidad de vida de la sociedad. Al mismo tiempo, este sector estratégico para el correcto funcionamiento de los centros sanitarios actúa como un elemento de confianza para el profesional en el ejercicio de su actividad asistencial.

Nuestra federación, en la que se integra más del 80 por ciento del mercado de la tecnología sanitaria en España, sigue dando la bienvenida a nuevas entidades y apoyándolas en sus cometidos empresariales. En el año 2007 se incorporaron a Fenin dos nuevos sectores de actividad, Oftalmología y Oxigenoterapia y Otras Terapias Respiratorias, lo que ha contribuido a aumentar la representatividad de la Federación en el mercado de las tecnologías sanitarias, en un

momento en el que la sociedad demanda medidas efectivas e innovadoras frente a nuevas necesidades. Como muestra de esta apuesta, Fenin apoya a las empresas en su participación dentro del VII Programa Marco de la UE, a través de la Unidad de Innovación Internacional, entidad creada con el decidido apoyo del CDTI desde la que se ofrecen servicios de ayuda a las empresas para la preparación de proyectos de calidad en un entorno tan competitivo como el europeo.

La trayectoria y el compromiso de Fenin nos proporcionan la experiencia necesaria para afrontar con éxito los próximos retos. Quizá el mayor de ellos sea consolidar el papel de las empresas de tecnología sanitaria en el sector de la salud. Para ello, la Federación está desarrollando una importante e intensa actividad, tanto en el ámbito interno como externo, para crear los mecanismos necesarios que garanticen la difusión del valor y la trascendencia social de la tecnología sanitaria, una tarea ardua y de importantes implicaciones en la sociedad porque permitirá a los usuarios del sistema sanitario tener un mayor protagonismo y fomentar la responsabilidad en la gestión de su propia salud.

Éste es un gran reto dado que la tecnología sanitaria participa en práctica-

mente todos los aspectos del proceso asistencial y contribuye notablemente a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Trabajar estrechamente con los principales agentes sanitarios para garantizar la sostenibilidad del sistema, y a su vez aportar la calidad e innovación necesarias para lograr una asistencia sanitaria de primer nivel, sigue siendo uno de los objetivos de Fenin. De hecho, ésta es una de las líneas de trabajo que nos ocupa en el presente y lo seguirá haciendo en el futuro.

Todo ello será posible siempre y cuando sigamos adelante en el posicionamiento de la industria de tecnología sanitaria como un socio estratégico del sistema sanitario en lugar de cómo mero proveedor del mismo. Este posicionamiento es ya una realidad, pero todavía queda mucho trabajo por hacer con todos y cada uno de los agentes decisores en del sistema sanitario. ■



Margarita Alfonsel
Secretaría general
de la Federación Española
de Empresas de Tecnología
Sanitaria (Fenin).

Un entorno cambiante y competitivo

El entorno del sector farmacéutico es cada vez más competitivo, cambiante y exigente ética y financieramente. La evolución a ciclos económicos más cortos y cambios legislativos y demográficos, exige a las empresas crear valor añadido a través de la diferenciación y la continua innovación. Por otra parte, los patrones clásicos de predecir las tendencias futuras ya no son válidos en el actual entorno y esto obliga con frecuencia a revisar las estrategias, los modelos de planificación, de negocio y or-

ganizativos, de modo que nos permitan adaptarnos a los cambios del entorno y ser competitivos a largo plazo.

La innovación hoy en día no sólo ha de abarcar los productos, sino también los servicios, los procesos, la organización, la gestión de proyectos y no menos importante, la gestión del talento, el principal activo de las organizaciones.

Con más de 300 años de historia, Merck es la empresa farmacéutica y química más antigua del mundo y una compañía internacional con cerca de

31.000 empleados en 60 países. Pero además, Merck es una compañía en constante renovación y que persigue día a día mejorar tanto sus procesos como su oferta de servicios y productos innovadores.



Laura González Molero
Presidenta y consejera
delegada de Merck
en España.

Este hecho ha quedado reflejado en 2007, uno de los años más importantes para su historia, a través de la adquisición de la biotecnológica Serono y la venta de su negocio de medicamentos genéricos. Gracias a estas operaciones, Merck se ha convertido en una de las empresas líderes en el ámbito internacional y ha conseguido los mejores resultados financieros de su historia. En concreto, en 2007 Merck ha incrementado sus ingresos totales un 58 por ciento respecto al ejercicio de 2006, alcanzando los 7.057 millones. El bene-

ficio neto, por su parte, se ha triplicado en comparación con el año anterior y ha llegado a los 3.520 millones de euros. Merck está presente en dos sectores empresariales, el farmacéutico y el químico, a través de tres divisiones: División Merck Serono, División Consumer Health Care, División Química, y la división Performance & Life Science Solutions, donde se incluyen tres tipos de soluciones comerciales: Laboratory Business, Life Science Solutions y Pigmentos. Es importante destacar que Merck es uno de los suministradores

más importantes de acreditados e innovadores pigmentos de efecto para la industria del automóvil, de los plásticos y de las tintas de impresión a escala mundial. En España, Merck está presente desde 1924 y actualmente es una de las compañías con más prestigio dentro del mercado farmacéutico nacional. Más de 1.000 empleados trabajan en las distintas áreas que la empresa mantiene en el país, donde tiene una fuerte presencia y desarrolla actividades de investigación, producción y comercialización. ■

La biotecnología como factor de impulso de la I+D+i en España

España ocupa un lugar destacado dentro del panorama internacional en el desarrollo de nuevos fármacos. Estamos en el quinto lugar en Europa y el séptimo en el mundo en términos de venta de productos farmacéuticos. A su vez somos un mercado en el que los procesos de investigación y desarrollo de nuevos fármacos están alcanzando ratios interesantes tanto en términos cuantitativos como en datos cualitativos. Tal es así que el sector farmacéutico es considerado como el más innovador en nuestro país, por encima de otros sectores tradicionalmente innovadores como el aeroespacial, el de la automoción o el de las telecomunicaciones, que han manifestado una curva de decrecimiento en sus inversiones en I+D+i en los últimos años.

Otro aspecto económico es que la industria farmacéutica en España es el mayor empleador dentro del sector tecnológico. El sector farmacéutico en España da empleo cualificado a más de 40.000 personas, lo que representa más de un 7 por ciento del total de trabajadores de la industria farmacéutica europea y en términos de I+D+i más de un 12 por ciento del total de investigadores de todos los sectores corresponden al sector farmacéutico.

Hay varios elementos clave para este desarrollo de la I+D+i farmacéutica en nuestro país. Uno de los principales es la disponibilidad de expertos altamente cualificados; España es el segundo país de la UE en número de estudiantes universitarios con un elevado perfil y cualificación, especialmente en las áreas de la biomedicina. Esto unido a la simplificación en los procesos de aprobación y registro de nuevos fármacos, a los programas de fomento a la investigación farmacéutica (Plan Profarma) y a la mejora en las condiciones de la I+D+i, ha incentivado en los últimos años el incremento notable en el número de ensayos clínicos desarrollados en nuestro país.

La industria farmacéutica se encuentra inmersa en un proceso de transformación. Como se traslució en el XI Foro de la Industria Farmacéutica celebrado recientemente en Madrid, los laboratorios farmacéuticos "han de posicionarse como un sector de valor frente a un sector de "comodities" o de producto". Mediante el conocimiento en profundidad de los biomarcadores y su trascendencia clínica, la medicina traslacional debe jugar un papel relevante en el acortamiento de los procesos de desarrollo clínico y en los resultados finales. Dentro de dicho proceso las compañías biotecnológi-

cas serán un factor importante de cambio a través de su propia idiosincrasia y por medio de posibles alianzas con grandes compañías multinacionales. Las alianzas, tanto con grandes compañías como con otras biotecnológicas son clave para el éxito, por lo que se debe avanzar en esa línea y ser conscientes del tamaño, capacidad y posibilidades de cada uno. La internacionalización de las empresas biotecnológicas españolas supone una garantía de futuro para un sector cada día más globalizado y especialmente sensible a los cambios e innovaciones.

Zeltia espera obtener 100 millones de euros con las ventas en Europa de su compuesto contra el sarcoma de tejidos blandos Yondelis, una cifra que ascendería a los 400 millones de euros con su medicamento contra el cáncer de ovario que podría estar aprobado para su comercialización tanto en Europa como en Estados Unidos a mediados de 2009, lo que abriría la puerta para futuras aprobaciones en otros tumores sólidos de especial incidencia poblacional como



**José María
Fernández Sousa**
Presidente
del Grupo Zeltia.

el cáncer de mama, próstata o pulmón, donde ya se están desarrollando estudios clínicos con Yondelis.

Todo ello nos permitirá consolidar una sólida cartera de productos en desarrollo, ya que al reciente lanzamiento de un producto innovador como Yondelis para el tratamiento de sarcoma de tejidos blandos, el primer representante de una nueva clase te-

rapéutica, seguirán otros productos tan innovadores que también serán los primeros representantes de una clase terapéutica ("first in class"). Otro de los activos más importantes es nuestra colección de más de 60.000 muestras marinas, con la que contribuimos al conocimiento científico de la biodiversidad marina, mediante la protección y el uso sostenible de sus re-

ursos, cumpliendo con la Convención de Río de Janeiro sobre Diversidad Biológica. En definitiva, contamos con una visión única destinada a transformar la biodiversidad en fármacos. Un modelo ético de investigación que nos permite albergar fundadas esperanzas para el desarrollo de fármacos contra el cáncer orientados a mejorar la vida de los pacientes. ■

Evolución del sector sanitario

Hace unos años asistí en Toledo a una charla magistral del doctor Valentín Fuster, sobre sus investigaciones sobre el tratamiento de pacientes con problemas cardíacos, en concreto sobre ateromas e infartos agudos de miocardio y anginas de pecho, que le sirvió para obtener el premio Príncipe de Asturias en 1996. Sorprendente, tan sorprendente que en ese momento comprendes cómo la evolución de la sanidad, y en concreto de la tecnología sanitaria, es crucial para avanzar en aumentar la esperanza de vida del ser humano. Te das cuenta cómo la propia tecnología sanitaria permite al doctor Fuster avanzar sobre sus propios logros y demostrar que sus investigaciones van quedando día a día obsoletas. Sorprendente. La investigación ya sea biomédica o en tecnología sanitaria es vital para el futuro de nuestra sociedad. En ello debemos invertir.

En éstos últimos años hemos vivido también momentos muy hermosos y que empiezan a dar luz a problemas muy arraigados en nuestra sociedad, como es el apoyo estatal a las personas dependientes, en su mayoría personas mayores, que habiendo logrado con éxito apoyar y encumbrar el avance de la sociedad, muchos de ellos se ven arrinconados por la misma. La Ley de Dependencia proporcionará sin duda, ahora todos tenemos el reto de desarrollarla con carácter de urgencia, un avance para el cui-

dado digno de las personas mayores y una ayuda inestimable para sus familias. Las personas mayores cada día nos piden atención, cada vez somos más, y todos los días nos planteamos vivir algo mejor que lo hicimos ayer. No siempre lo conseguimos. Lo que sí creo que hacemos es mantener la atención, y con nuestra sabiduría ayudar a no perder el foco de las cosas importantes de la vida.

Entre otros retos, por ahora no resueltos, se encuentra sacar a nuestro sistema sanitario de la UCI, de analizar el actual sistema, su estructura actual en divisiones individualistas y las particularidades que han generado cada una de las comunidades autónomas. Haciendo una abstracción nos damos cuenta que por un lado nos hemos acercado a los problemas, a nuestros ciudadanos, a los pacientes, y por otro, nos hemos convertido en estructuras múltiples, ávidas de inversiones, en ocasiones muy descoordinadas y con intereses superiores a los planteados por nuestra sociedad. Creo que ahora es un buen momento para realizar una reflexión rápida y ponernos en acción, creo que es el momento de la igualdad, creo que es el momento de la coordinación, creo que es el momento de la racionalización de los recursos, de la austeridad, de las prioridades, de curar, en el más amplio de los sentidos.

Muchas veces no creemos en que podemos hacer imposibles, hasta que no lo comprobamos personalmente.

Somos hombres de poca fe. En los últimos años hemos visto que la sanidad también se puede gestionar de otra forma, y creo que es muy sano y necesario, que entren nuevos agentes en el sector, algunos privados, pero otros lo han sido públicos, y que también han dado buenos frutos. También es hora de avanzar rápido, no tenemos tiempo que perder, la sociedad nos aclama.

Varios agentes del sector se mueven convulsos por sus legítimos intereses empresariales, todos tratan de generar más negocio, a la par que maximizan sus beneficios. La industria farmacéutica y la distribución han rivalizado por parcelas de actividad atribuidas a unos y a otros, y que sin duda forzarán al entendimiento mutuo, al planteamiento claro de intereses, a la mejora de los sistemas empresariales, en definitiva, a la visión de oportunidades de progreso. Algo de lo que parece que ya se están dando cuenta.

Finalmente, creo en las personas y creo que también es necesario invertir en ellas, debemos tener no sólo en número, los mejores profesionales en nuestro sistema sanitario. Ahora es tiempo de abono. Sembremos. Nos lo merecemos. ■



Eduardo Rodríguez Rovira
Presidente
del Grupo Indas.

Cinco años siendo los compañeros más fiables en el campo de la salud

En este año tan especial para nosotros, todos los que hacemos posible la continua evolución y progreso de Roche en España, ya que se cumplen 75 años de la presencia de la compañía en nuestro país, nos encontramos con otro importante aniversario: los cinco años de *Medical Economics*, con cuyas informaciones hemos ido avanzando a lo largo de este tiempo.

En tanto que nos congratulamos por sendas celebraciones, no podemos menos que reflexionar un poco sobre esta época, llena de éxitos en nuestro sector y en nuestras compañías, pero también, como sucede siempre en la vida y en la evolución de las empresas, una etapa en la que hemos ido conviviendo con el surgimiento de problemas a resolver y de continua irrupción en el escenario de nuevos retos.

Al reflexionar sobre los hitos que hemos ido alcanzando en estos cinco años surgen de inmediato múltiples factores: actividades de investigación y desarrollo, lanzamientos e inversiones, acciones sociales y situaciones financieras, y verificamos que hemos continuado durante este tiempo en la línea ascendente de los que realizan adecuadamente su trabajo, por lo que me congratulo al verificar que el crecimiento de Roche en España, en todos los aspectos, ha sido muy positivo. Nos he-

mos mantenido, como es nuestro deseo, en la vanguardia en el cuidado integral de la salud, y nuestros en general, buenos resultados económicos son fiel reflejo de un estilo propio de hacer las cosas, acorde con nuestra misión de constituirnos en el compañero más fiable en el área de la salud, que nos mueve a la creación constante de soluciones innovadoras para la prevención, identificación, diagnóstico, tratamiento, evaluación y monitorización de enfermedades.

Somos una empresa que no se olvida del perfil humano, demodo que uno de nuestros principios fundamentales, dentro de nuestro ámbito de competencia, es mejorar la calidad de vida de las personas, y por eso estamos en el Instituto Roche orgullosos de nuestra importante y continuada inversión en Investigación y Desarrollo, sostenida e incrementada año tras año.

A través de esta importante apuesta por la investigación, en Roche logramos focalizar nuestras áreas de actuación en campos esenciales, como son el diagnóstico y tratamiento de algunas de las patologías de mayor impacto social, como son las incluidas dentro de las áreas de oncología, trasplante e inmunosupresión, endocrinología y metabolismo, y enfermedades inflamatorias y virología. Y el crecimiento, aún

en tiempos complejos como en los que nos encontramos, no se ha dirigido sólo a nuestra cartera de productos, sino que también se ha visto una evolución positiva en nuestras inversiones en personal e infraestructuras. Además, y ello nos estimula en gran medida, nuestras actividades sociales continúan su recorrido, desplegando diversas iniciativas vinculadas a cooperación y desarrollo, iniciativas que se ven reforzadas por la amplia colaboración en las mismas de todo el personal que conforma la empresa en España. Y así seguiremos, fieles a nuestra misión y al cumplimiento de nuestros objetivos, afrontando los nuevos retos que nos depare el futuro. Pese a todos los imprevistos que puedan surgir, seguiremos ilusionados en nuevos proyectos y esforzándonos por lograr nuevas mejoras en la calidad de vida de los pacientes y contribuyendo a un desarrollo sostenible.

Ojalá que sigamos celebrando tanto *Medical Economics* como nosotros, y todos los que apuestan por la evolución continua y el progreso, nuevos logros y aniversarios. ■



Luc Dirckx
Director general
de Roche Farma España.

La oportunidad sale al encuentro

La idiosincrasia y razón de ser del sector farmacéutico se basa en su capacidad de innovar y generar nuevos tratamientos que pongan solución a patologías aún no resueltas. Hoy el mundo occidental es consciente de que el crecimiento y la competitividad se asienta en los pilares de la innovación y la especialización más sofisticada y España no es ajena a esta situación.

Hemos de tener en cuenta que hace 25 ó 30 años, la comprensión de los mecanismos íntimos de la enfermedad eran bastante limitados. Hoy el conocimiento exhaustivo de las vías fisiopatológicas que afectan a la biología del ser humano en su globalidad, ha supuesto el comienzo de una revolución científica de primer nivel que abre la puerta al conocimiento de los me-

canismos moleculares de la enfermedad y por tanto a la posibilidad de desarrollar tratamientos definitivos, seguros, es-



Jesús Acebillo
Presidente del Grupo
Novartis en España.

pecíficos e individualizados. Los avances en biotecnología están derivando en la consecución de medicamentos más precisos que influyen directamente en el progreso de la enfermedad, Imatinib para el tratamiento específico de la leucemia mieloide crónica es buena prueba de ello.

Según la prestigiosa organización americana PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America), hoy disponemos de tratamiento eficaz para tan solo 10.000 enfermedades de las casi 30.000 conocidas; hoy hay más de 2.000 medicamentos en investigación y desarrollo, 646 para el cáncer, 146 para enfermedades cardiovasculares, 77 frente al VIH/SIDA y 56 para diabetes entre otras patologías. Ocho enfermedades que afectan hoy a millones de personas en todo el mundo: la artritis reumatoide, el HIV/SIDA, la enfermedad de parkinson, la enfermedad de Alzheimer, la esquizofrenia, la diabetes, la hipertensión o la propia hipercolesterolemia, antes tenían un pronóstico infausto y hoy estos pacientes pueden desarrollar una vida plena.

Esta nueva década de innovación basada en el conocimiento del genoma humano, su traducción molecular a todos los niveles junto al conocimiento más exhaustivo de la patología de los sistemas, supone un cambio de paradigma en el abordaje de patologías de extrema complejidad como pueden ser el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas, los procesos inmunológicos o las enfermedades cardiovasculares e infecciosas, todas ellas icono de nuestra sociedad globalizada.

Esta creciente complejidad en los procesos de innovación requiere una sólida protección de la propiedad intelectual y un incremento considerable de inversiones a largo plazo no exentas de alto riesgo.

El índice de moléculas que no alcanzan la comercialización sigue siendo muy elevado, los procesos regulatorios son cada vez más exigentes y el período de desarrollo de un fármaco sigue siendo muy elevado. Todo ello se traduce en un retorno de la inversión complicado que genera en algunos casos reti-

cencias en el mundo de la inversión financiera que busca estabilidad y expectativas claras de desarrollo.

Una sociedad demandante de salud, un incremento de las expectativas de vida, una mayor cultura biomédica en general de los pacientes, un desarrollo asimétrico de los conceptos de salud pública entre la población y un incremento de la complejidad asociada al desarrollo de nuevos tratamientos, así como la no identificación de los costes en salud en términos de inversión, hacen que los sistemas sanitarios en su conjunto se vean inmersos en debates de corte intervencionista.

Todo este esfuerzo innovador tiene una consecuencia, la mejora progresiva y constante de las expectativas de vida de la población, habiendo ganado entre tres y cuatro años a la vida por término medio en hombres y mujeres, en los últimos 20 años, y no sólo eso sino habiendo aportado mejoras sustanciales en la calidad de vida de nuestra sociedad añadiendo vida a los años y años a la vida. ■

Una apuesta por la innovación

El vertiginoso avance alcanzado por la investigación en los últimos años se ha basado principalmente en el continuo progreso y el mejor conocimiento de ciertas disciplinas que, como la biología molecular y la genómica, entre otras, permiten diseñar técnicas diagnósticas y terapéuticas inalcanzables hace tan sólo unos años; en el último lustro, la ciencia en general ha adelantado en una medida equivalente, quizá, a la obtenida en los últimos veinte años.

En este sentido, la industria farmacéutica, uno de los sectores innovadores por excelencia, tiene ante sí el reto y el compromiso social de desarrollar plenamente su potencial para el descubrimiento y desarrollo de nuevos fármacos que mejoren la terapéutica, poniendo todos sus recursos al servicio del progreso científico de la medicina en beneficio de los pacientes.

El importante impulso de la investigación en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, área en la que los científicos se esfuerzan por hallar soluciones nuevas y eficaces ante el problema que plantean las resistencias bacterianas; el trasplante de órganos, actividad en la que España continúa ocupando una posición de liderazgo; el cáncer, que necesita de terapias que mejoren la eficacia y la calidad de vida de los enfermos; son necesidades básicas de investigación donde las empresas innovadoras han de plantear retos que contribuyan al avance científico.

Astellas Pharma, en respuesta a su objetivo de contribuir a la mejora de la salud de la población a nivel mundial, ha sumado sus esfuerzos para conseguir una posición de liderazgo en las áreas de trasplantes, urología, enfermedades infecciosas y dermatología, y contribuir

con ello al desarrollo de nuevos medicamentos en aquellas disciplinas en las aún existen necesidades terapéuticas no cubiertas.

Estamos convencidos de que la innovación farmacéutica es una fuerza generadora de desarrollo económico, y de sus resultados depende la competitividad de las empresas y la obtención de múltiples beneficios y, entre ellos, el más importante: mejorar de la salud de la población.

Desde Astellas queremos felicitar a *Medical Economics*, en su quinto aniversario, compartiendo un compromiso común por la innovación. ■



José María Martín Dueñas

Director general de
Astellas Pharma.

Curso on-line

Principios de la Cura en Ambiente Húmedo

Atención integral a las heridas agudas, heridas crónicas y quemaduras



Organizado por



Con el aval de



Actividad acreditada por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo

Patrocinado por



Temario

Unidad 1

Piel. Aspectos generales del cuidado

Úlceras por Presión (UPP)

Unidad 2

Úlceras Vasculares (UV)

Pie Diabético

Unidad 3

Quemaduras

Calendario

Periodo lectivo

1 de marzo-10 de octubre.

Periodo de examen

Unidad 1. 1 de marzo-30 de abril.

Unidad 2. 1 de mayo-30 de junio.

Unidad 3. 1 de julio-10 de octubre.

Coordinadores científicos

Justo Rueda

Enfermero de Atención Primaria. CAP Terrassa Nord. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

Luis Arantón

Enfermero. Supervisor de Calidad del Área Sanitaria de Ferrol. A Coruña.

Esther Armans

Enfermera. Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínic de Barcelona.

Josep M. Petit

Enfermero. Unidad de Quemados. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Xavier Teixidó

Enfermero. Unidad de Quemados. Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona.

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

ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN
ya puede inscribirse a través de la página web:

www.medecoes.com

donde encontrará información adicional sobre este curso.

Los retos en Sanidad

Es corto el espacio de tiempo que separa el nacimiento de *Medical Economics* del de la Fundación Lilly, desde ésta, y como director de la misma, he podido observar la evolución del sector sanitario en el último lustro. A mi entender, el hecho más trascendente acaecido en los últimos cinco años ha sido el desarrollo de una nueva Sanidad española como consecuencia de la transferencia de competencias a las comunidades autónomas, con todo lo que ello supone. El reto es claro, pero difícil de satisfacer. Se trata de mantener el desarrollo tecnológico, asistencial, docente e investigador del SNS, sin que ello suponga detrimento alguno a los 17 servicios autonómicos de salud resultantes.

Es obvio que el sistema sigue garantizando unos servicios de alta calidad en general, y que el acceso a las prestaciones por parte de los ciudadanos se mantiene en niveles considerados aceptables. Pero no es menos cierto que se observan notables desigualdades interautonómicas en diferentes aspectos, que deberían atajarse antes de que produzcan apreciables desajustes. Pero si ésta es una grave y creciente deficiencia, no lo es menos todo lo relacionado con la situación de los que hacen posible el servicio sanitario: los médicos,

las enfermeras, los farmacéuticos, y todos los profesionales que dedican su actividad a este fin. En particular, me preocupa la situación por la que hace demasiados años transitamos los médicos. Me inquieta, sobre todo, la posibilidad de que nos estemos acomodando a una situación condicionada desde fuera —en buena parte también desde dentro— y que lastra enormemente nuestro desarrollo como profesionales. Se hace necesario un ejercicio de reflexión profunda sobre el desarrollo de la profesión médica desde los inicios de la misma. En la actualidad, para la mayoría de los titulados que salen de las facultades de Medicina, la licenciatura no es la culminación de su proceso formativo de Grado, sino tan sólo un requisito para acceder al MIR, que se ha convertido en el objetivo real a conseguir. El análisis de todo este camino hasta el desarrollo de lo que ahora se denomina carrera profesional, nos lleva a preguntarnos si el planteamiento actual responde a lo que ser médico debe representar, tanto para el colectivo médico como para los ciudadanos.

Considero que ha llegado el momento en que debemos preguntarnos: ¿Existimos realmente como tal profesión médica? Las instituciones que nos representan, en especial los colegios de médicos,

¿cumplen su cometido en este sentido? ¿Estamos en condiciones de reivindicar nuestro protagonismo en la sanidad española? ¿Queremos hacerlo? O simplemente, ¿nos hemos acomodado?

Sin resolver el aspecto de los recursos humanos en nuestra Sanidad, estamos abocados a otra sanidad, en la que primen absolutamente los aspectos gestores y financieros sobre los estrictamente humanos. No se trata de prescindir de lo primero, sino de colocar al factor humano en el primer plano, que nunca debió perder, y lograr de esta forma un equilibrio que será la fórmula idónea para la sanidad del siglo XXI.

Los que apostamos por esta fórmula de colaboración social, lo hacemos desde la convicción que la Sanidad es un servicio imprescindible en los planteamientos y esquemas de un Estado moderno y cuya realidad, debe ser favorecida por todos, en beneficio de todos. ■



José Antonio Gutiérrez Fuentes
Director
de la Fundación Lilly.

Apoyo a la investigación

Desde la creación de la Fundación Pfizer en el año 1999, el eje principal de las acciones desarrolladas durante este tiempo ha sido concienciar a la sociedad sobre la verdadera importancia del concepto “envejecimiento saludable” y el compromiso a favor de la calidad de vida de las personas. Sus objetivos se demuestran con el apoyo a la investigación e innovación, fomentando la educación sanitaria de la población y organizando diversas actividades siempre en pro de la mejora de la salud de los ciudadanos. La Fundación refuer-

za su responsabilidad con la comunidad mediante acciones que logren la consecución de estos objetivos, tales como los Premios Fundación Pfizer, donde se reconoce la excelencia en la labor de aquellos investigadores, comunicadores y asociaciones que mejor contribución hayan realizado a favor de la salud. Los estudios sociosanitarios, la edición de diversas publicaciones de contenido técnico y divulgativo, así como el programa “Tenemos Mucho en Común”, que favorece la interacción de mayores con escolares de Primaria con el objetivo de divulgar hábitos saludables conscientes

de que la prevención debe empezar en las primeras etapas de la vida, son algunos de los ejemplos de las acciones llevadas a cabo por la Fundación Pfizer y su compromiso con el desarrollo social. Importantes son, también, para el éxito de nuestras acciones las



Emilio Moraleda
Presidente
de la Fundación Pfizer.

alianzas llevadas a cabo junto a instituciones, organizaciones no lucrativas, fundaciones, asociaciones y profesionales sociosanitarios, que comparten con nosotros el objetivo de trabajar juntos por un mundo más sano. Éstas y otras muchas iniciativas permiten seguir fomentando aquellos programas que permi-

ten garantizar a la población el acceso a una vida saludable. A lo largo de estos nueve años, la entidad ha ido alcanzando un alto grado de madurez que ha quedado reflejado, no sólo en las actividades realizadas, sino también en la implementación y los resultados finales de las mismas. Entre los objetivos clave

para un futuro inmediato, la Fundación Pfizer se compromete con la educación sanitaria de la población, la atención de las personas mayores necesitadas y la formación de los profesionales de la salud, sin descuidar a importantes colectivos como la infancia, las personas con discapacidad o los inmigrantes. ■

Cinco años de entrega en investigación

Mutua Madrileña como empresa sin ánimo de lucro, creó en 2003 la Fundación de Investigación Médica Mutua Madrileña para colaborar en un ámbito de profunda vocación social: la lucha contra la enfermedad.

El objetivo primordial de la Fundación es la contribución al desarrollo de la investigación científica en España y para ello centra sus actividades en el patrocinio de proyectos de investigación mediante convocatorias de ayuda, cursos de formación continuada de médicos y científicos y divulgación de los últimos avances en investigación mediante la preparación, edición y publicación de obras y trabajos que contengan materias de interés científico. Aunque existen tres líneas de investigación que la Fundación prima sobre otras por su mayor impacto social —cáncer, trasplantes

y traumatología—, se reciben proyectos de investigación de disciplinas médicas muy diversas. En la edición de 2007 se presentaron más de 700 proyectos para ser desarrollados en centros de investigación de toda España. El patronato de la Fundación seleccionó iniciativas de 63 centros, a las que destinó un total de 7,5 millones de euros. El objeto de investigación de los proyectos presentados es tan diverso, como la financiación que solicitan. Desde los 1.973 euros que se concedieron a un proyecto sobre las implicaciones quirúrgicas del tercer molar, hasta los 250.000 otorgados a una investigación sobre las operaciones relacionadas con la obesidad mórbida.

Desde su creación ha invertido más de 32 millones de euros, financiado más de 600 proyectos de investigación y alcanzado acuerdos de colaboración con otras ins-

tituciones. Es la fundación privada que más recursos destina a investigación médica generalista en España. Todas las solicitudes son evaluadas por los miembros del Consejo Rector.

Para la Fundación, invertir en investigación médica es apostar por el largo plazo. Nada que ver con proyectos que puedan recogerse cada año en una memoria de sostenibilidad. Estos proyectos no siempre acaban en grandes descubrimientos, a menudo son un escalón más para posteriores investigaciones. ■



Otilia Fernández López
Presidenta de la Fundación
Mutua Madrileña.

De la realidad, al futuro

La fundación Instituto Roche, nació en el año 2004, con el objetivo de innovar y promover el cambio en la Medicina que se hace en España, tomando como base para ello los avances en el conocimiento de la genética, genómica y proteómica, pasando de una medicina colectiva a una Medicina Individualizada.

La investigación, el desarrollo y la divulgación de la Medicina Individualizada constituyen la razón de ser del Instituto Roche, una fundación que vuelca sus esfuerzos en proporcionar a to-

dos los agentes implicados en la salud, investigadores, clínicos, gestores, autoridades y pacientes, soluciones integrales de salud, para obtener la máxima eficacia terapéutica con el mínimo riesgo y coste posibles.

La Medicina Individualizada, es ya una realidad, aunque los ejemplos, tanto en diagnóstica como en terapéutica, son incipientes, pero paradigmáticos en cuanto al cambio que se avecina. Siendo en campos como la oncología, enfermedades reumatológicas, inflamatorias, metabólicas, neurodegenerativas, etc. en los que los avances se apli-

carán más rápidamente a la práctica diaria.

Precisamente esta Medicina Individualizada, en su aplicación, permitirá diagnosticar con más precisión y más precozmente un mayor número de enfermedades complejas, que además son las más prevalentes, conocer la predisposi-



Jaime del Barrio Seoane
Director General
de Instituto Roche.

Suscríbase

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**



Biblioteca, Formación, Investigación y Desarrollo, Pensamiento, Opinión,
Debate, Estudio,
Respuestas que importan

Programas y Actividades

- BIBLIOTECA
- CÁTEDRA FUNDACIÓN LILLY – UCM DE "EDUCACIÓN MÉDICA"
- FORMACIÓN
- FORO DE CIENCIA
- MEDES _ Medicina en Español
- PREMIOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA PRECLÍNICA Y CLÍNICA
- SIMPOSIOS CIENTÍFICOS

PRÓXIMAS ACTIVIDADES

BIBLIOTECA

- Presentación del Libro: "Aspectos Médicos y Jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia" (mayo 2008)
- Presentación del Libro: "Competencias para el Grado de Medicina en la UCM"

CÁTEDRA FUNDACIÓN LILLY – UCM DE "EDUCACIÓN MÉDICA"

- Jornada "Enseñar a ser Médico: Metodología..."
- Libro "Competencias para el Grado de Medicina..."
- Premios MEDES 2008 (convocatoria mayo 2008):
 - Mejor Proyecto o Trabajo en la Enseñanza de Grado
 - Mejor Proyecto o Trabajo en la Enseñanza de Postgrado y/o Formación de Especialistas

FORMACIÓN

- Programa de Alta Dirección en Instituciones Sanitarias. IESE (convocatoria febrero 2009)
- Jornada "Enseñar a ser Médico: Metodología Educativa en Medicina" (10 de julio 2008)
- Jornada MEDES: "LA PUBLICACIÓN MÉDICA EN ESPAÑOL: Su Contribución a la Formación Continuada del Profesional" (4 de noviembre de 2008)

FORO DE CIENCIA

- FORO DE CIENCIA fundación Lilly
- II FORO: "Evaluación y priorización de la Investigación Científica en España" (junio 2008)

MEDES _ Medicina en Español

- Presentación de la Base de datos Bibliográfica MEDES
- Premios MEDES 2008 (convocatoria mayo 2008):
 - Mejor Iniciativa Editorial en Español
 - Mejor Publicación de Investigación Original en Español
 - Mejor Publicación de Investigación Secundaria

- 4ª Jornada MEDES: "LA PUBLICACIÓN MÉDICA EN ESPAÑOL: Su Contribución a la Formación Continuada del Profesional" (4 de noviembre 2008)

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA PRECLÍNICA Y CLÍNICA



- Próxima convocatoria 2009 (noviembre 2008)
 - Investigación Preclínica 200.000 €
 - Investigación Clínica 150.000 €

SIMPOSIOS CIENTÍFICOS

diabetes mellitus
today/hoy



Directores: Manuel Serrano Ríos - José A. Gutiérrez
EUROFORUM Infantes, El Escorial, Madrid, 13 y 14 de noviembre de 2008

molecular markers in cancer therapy:
marcadores moleculares en el diagnóstico
present use and future perspectives
del cáncer: utilidad actual y perspectivas



Directores: Miguel A. Piris - Manuel Morente - Richard Gaynor
EUROFORUM Infantes, El Escorial, Madrid, 26 y 27 de marzo de 2009

MÁS INFORMACIÓN:

C/ María de Molina 3, 1º - 28006 Madrid
Telf.: 91 781 50 70 - Fax: 91 781 50 79 - fundacionlilly@lilly.com
www.fundacionlilly.com

PROGRAMA AAP 2008

Actualización en Atención Primaria

PORQUE LA PRÁCTICA MÉDICA EXIGE UNA CONSTANTE ACTUALIZACIÓN



MADRID

12 de Junio de 2008

Pab. Convenciones-Casa de Campo

MÁLAGA

19 de Junio de 2008

Pab. de Ferias y Congresos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com

LIVEMED
ESPAÑA
Educación Médica Continuada

ción de cada individuo a padecerlas o no, y predecir cuál será su respuesta particular a los diferentes tratamientos. Posibilitará diseñar fármacos más específicos para determinados grupos de pacientes, con perfiles genéticos similares.

El Instituto Roche tiene fijadas unas líneas de actuación dirigidas a dar a conocer los beneficios de la Medicina Individualizada, basadas en los avances de la Genética, Genómica y Proteómica, mediante el apoyo al acceso a la información sobre tratamientos y servicios innovadores en el campo de la salud, fomento de la investigación en estas áreas y la difusión posterior de sus resultados, favoreciendo la formación, participación y consenso de todos los

agentes implicados en la salud de los ciudadanos.

Estos cuatro años de funcionamiento, han sido muy fructíferos, en cuanto a actividades de diversa índole se refiere, desde la celebración de jornadas científicas, hasta cursos en universidades de verano, pasando por congresos, seminarios, concursos y una importante labor editorial, en algunos casos, como expresión final de grupos de trabajo constituidos *ad hoc*.

Todas las actividades e iniciativas realizadas y las previstas próximamente, se pueden encontrar en la *website* del Instituto Roche, concretamente, www.institutoroche.es, que, en este pequeño espacio de tiempo, se ha cons-

tituido en un punto de encuentro para ciudadanos y profesionales sanitarios, además de para juristas, eticistas y periodistas, como lo atestiguan sus más de 600.000 accesos en el pasado año 2007, siendo más de 700.000 las páginas visitadas.

El Instituto Roche es, por méritos propios, la referencia obligada en España de todo cuanto a la Medicina Individualizada se refiere. Caminamos con paso firme hacia una práctica médica más individualizada, más preventiva y más predictiva, que propiciará un tratamiento para cada paciente, más adecuado, con la máxima eficacia terapéutica y con el mínimo riesgo y coste posibles. ■

La apuesta por la investigación

La Fundación Salud 2000 es una institución privada sin ánimo de lucro financiada por la filial española de la compañía químico farmacéutica alemana Merck. Su objetivo principal es colaborar en la mejora y desarrollo de nuevos avances en beneficio de la salud y para ello fundamenta su actividad en la promoción de la investigación biomédica y en el desarrollo de la bioética y el derecho sanitario. Esta entidad, que nació en 1991, estructura su actividad en torno a cuatro pilares básicos de trabajo: promoción de la investigación, apoyo a la bioética y al derecho sanitario, divulgación del conocimiento y defensa de la salud como un derecho universal.

En el ámbito de la promoción de la investigación, la Fundación Salud 2000 desarrolla su actividad alrededor de cinco áreas científicas: esclerosis múltiple, infertilidad, dermatología, endocrinología y crecimiento y oncología, para lo que cuenta con la colaboración de los prestigiosos profesionales de la salud que integran el Consejo Científico Asesor de la Fundación.

En este campo destacan las Ayudas Serono de Investigación, destinadas a financiar proyectos de investigación inéditos que puedan desarrollarse en nuestro país

y que hayan sido presentados por investigadores españoles. En su última convocatoria, estas ayudas dotadas con 20.000 euros cada una, reconocieron a proyectos presentados en seis categorías: Infertilidad, Esclerosis Múltiple, Endocrinología, Psoriasis, Oncología y Enfermedades Raras. Asimismo, dentro del campo de la promoción de la investigación, la Fundación cuenta con las Becas Fundación Salud 2000, que nacieron con la intención de ayudar a los nuevos valores científicos a progresar con el fin de fomentar la búsqueda de soluciones terapéuticas a patologías que hoy por hoy siguen sin respuesta.

Dentro del apoyo a la bioética y al derecho sanitario, la Fundación Salud 2000 promueve diversas líneas de actuación, entre las que destaca la *Colección Bioética y Derecho Sanitario*, una serie de monografías avaladas y coordinada por expertos del mundo científico y jurídico. La Fundación ha publicado, hasta el momento, 13 monografías y el año pasado se editaron dos títulos: *La responsabilidad médica por la información del medicamento* y la *Investigación Biomédica en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y científicos*. Por otra parte, la Fundación ofrece un servicio de asesoría jurídica gratuita a los profesionales sanitarios con el

fin de apoyarles en el conocimiento y prevención de las responsabilidades civiles y penales en las que puedan incurrir en el ejercicio de sus actividades.

La divulgación del conocimiento y la promoción de la salud como un derecho universal es otra de las líneas básicas de actuación de la Fundación y con tal objetivo organiza los Encuentros de Salud 2000 entre profesionales del sector. En estos encuentros se persigue debatir y actualizar conocimientos sobre diferentes temas de interés para la comunidad científica, lo que los convierte en un foro de diálogo entre los distintos agentes del sector sanitario. Durante 2007, los encuentros versaron sobre la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos, la influencia de la Farmacoeconomía en la toma de decisiones, los sistemas de contratación y compras —concursos públicos—, las necesidades del apoyo público para la investigación o la sustitución de medicamentos biotecnológicos. ■



Ana Céspedes Montoya
Directora de la Fundación
Salud 2000.

Descentralización y equidad

El derecho de los ciudadanos a los servicios sanitarios es objeto de continuo debate. ¿Qué debe garantizar el sector público?: el acceso a los servicios para conservar la vida y desarrollar el potencial de cada individuo. Se trata de garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades graves y de las que afecten a las capacidades básicas. Se debería tender a definir la intervención pública en términos de necesidad de salud, cuantificada a través de un indicador específico de enfermedad. Si se hiciese así, el presupuesto público destinado a la sanidad destinaría más recursos a esa región hasta igualar el indi-

cador. Sin embargo, la necesidad de salud se expresa también en términos individuales, es decir, por la diferencia entre un estado de salud observado y un estado de salud deseado. Por eso, las necesidades de salud fijadas nunca son del todo neutrales ni se basan exclusivamente en criterios epidemiológicos. En la práctica, las necesidades se evalúan desde perspectivas complementarias: lo expresado por la población, lo decidido normativamente por los gestores, profesionales y políticos y los objetivos posibles en prestaciones según el dinero disponible. Tan importante como definir lo que el Estado debe garantizar, es conseguir que todos los ciudadanos

puedan obtenerlo por igual. La equidad de la que nos hemos dotado en nuestro sistema sanitario es igualdad en el acceso a los servicios y la utilización de los mismos. No basta con regular como derecho esta igualdad de acceso, porque el nivel de educación y de renta condiciona el uso de ese derecho. ■



Juan E. del Llano Señaris
Director de la Fundación Gaspar Casal.

Compromiso con la sociedad

Tras seis años desde su creación, la Fundación AstraZeneca ha ido consolidándose como una entidad comprometida con la sociedad, así como con el mundo de la salud. Sus fines fueron pensados para cubrir todas las facetas del mundo profesional sanitario a través de su formación, del intercambio de opiniones y experiencias y en áreas básicas de interés y aplicación práctica en su vida diaria como es la investigación, su metodología, sus aspectos legislativos y éticos, y los cambios que suceden con nuevas leyes como la ley de investigación biomédica. Así mismo, nos comprometimos desde un principio en analizar la situación de la investigación clínica en la Atención Primaria de salud y promover la formación y líneas de actuación para que este tipo de investigación clínica llegara a los niveles de calidad de la investigación que se realizan en los hospitales.

Con respecto a la sociedad tenemos especial dedicación en lo concerniente a información a pacientes, a sus familiares y en estrecha colaboración con las asociaciones de pacientes que les representan, sobre calidad de vida y prevención de sus patologías, así como un trabajo continuo para concienciar sobre aspectos claves de

las enfermedades que permitan un diagnóstico claro y precoz.

La Fundación AstraZeneca está comprometida a seguir en estas líneas de actuación manteniendo sus compromisos adquiridos, así como innovando en ideas y evolucionando a la par que evoluciona toda sociedad. Por ello, como proyectos de futuro queremos resaltar nuestro proyecto de ayuda humanitaria. Queremos que todos los que formamos parte de la compañía nos sintamos involucrados en los fondos que se destinan para proyectos específicos de apoyo solidario teniendo como objeto iniciativas que se lleven a cabo en España, que es en definitiva, la comunidad en la que vivimos. Por ello se abrirá un concurso durante este año para que todos los empleados presenten propuestas y a final de año el jurado compuesto por el patronato decidirá que proyectos salen elegidos. Las fundaciones sanitarias, han demostrado su compromiso continuado con el sector y la sociedad y ya forman parte del mundo sanitario.

En un momento en el que es esencial pensar en la sostenibilidad y en el futuro del Sistema Nacional de Salud, es muy importante que todos los que estamos involucrados en su funcionamiento y en la calidad de sus prestaciones y servicios, de-

mostremos el máximo nivel de compromiso y responsabilidad. El sector farmacéutico desarrolla herramientas cada vez más eficaces y selectivas contra las enfermedades y tiene

que ser un aliado fundamental e incluso estratégico del sistema sanitario público. En un contexto del máximo rigor presupuestario, pero de firme apuesta por parte del gobierno por el apoyo a la investigación, desarrollo e innovación en biomedicina, todos tenemos que buscar las máximas sinergias y una adecuada complementariedad entre la sociedad civil y las administraciones públicas. No es tan difícil afrontar un equilibrio razonable entre los que hacen posible la llegada de medicamentos innovadores, y un Sistema Nacional de Salud que siempre ha contado con los mejores recursos humanos y tecnológicos para atender nuestras necesidades para pacientes. El esfuerzo merece la pena. ■



Federico Plaza Piñol
Director Corporate Affairs de AstraZeneca y director general de la Fundación AstraZeneca.



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

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

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



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

cristalmina

ANTISÉPTICO CON
GLUCONATO DE
CLORHEXIDINA 1%



El antiséptico
transparente, eficaz,
seguro y rápido

PROSPECTO DE CRISTALMINA

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

PRESENTACIONES:

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

OTRAS PRESENTACIONES:

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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y salud



Isacio Sigüero Zurdo
Presidente del
Consejo General de
Colegios Oficiales
de Médicos.

El paciente, nuestra razón de ser

Si consultásemos cualquiera de las encuestas y estudios de opinión, veríamos que los médicos nos mantenemos como el colectivo profesional que más contribuye al bienestar y más confianza inspira a los ciudadanos. Sin embargo, pocas profesiones presentan un dinamismo tan acentuado como la Medicina, en donde los cambios se producen prácticamente a diario. Además, la presión política y social trata de acercar a la población todos esos cambios, en el menor espacio de tiempo posible. Este proceso de cambio continuo es al mismo tiempo una gran oportunidad.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos es el órgano que agrupa, coordina y representa a los 52 colegios oficiales de médicos a nivel nacional e internacional, siendo su función la representación, ordenación y defensa de la profesión médica y sus valores. Gozamos de una estructura realmente fuerte pero, no por ello, exenta —como todas las cosas— de una necesaria modernización. ¿Cómo no se va a precisar modernización si estamos hablando de una de las profesiones con mayor dinamismo?

Está reconocido que, a pesar de sus defectos, nuestro Sistema Nacional de Salud es uno de los mejores del mundo y es, además, un bien de primera magnitud. Por eso, un objetivo prioritario para cualquier Administración debe ser el mantener en los mismos niveles de eficiencia este sistema. Al hablar de la sostenibilidad del sistema, nos hemos acostumbrado a hablar de dinero; lo cual no es malo, pero éste no es el único factor. Los recursos de que disponemos son limitados y con ellos debemos manejarnos. Lo que le demos a un paciente hará que dispongamos de menos recursos para ofrecérselos a otro paciente. No es por casualidad que curiosamente los que habitualmente se quedan sin ver atendidas sus necesidades son aquellos con menor capacidad para reclamar y hacer valer sus derechos: los ancianos, los pacientes

con menor nivel de formación o con menos recursos. En consecuencia, la relación entre ética médica y economía de la salud tiene tanta fuerza y tanta potencia que ambas merecen una atención específica. Nuestra profesión tiene tanta visibilidad que muchas veces se convierte en el blanco de las críticas. Por ello es muy importante estimular el pensamiento analítico y crítico, el trabajo interdisciplinar para saber apoyarse y complementarse unos a otros, así como la mentalización sobre la necesidad de un aprendizaje continuo. Desde el Consejo General vamos a seguir luchando por conseguir que los médicos tengan plenamente desarrollados sus derechos como profesionales, exigiéndoles al mismo tiempo que cumplan con sus obligaciones; pero sin olvidar que son los ciudadanos, los pacientes, nuestra verdadera razón de ser. ■



Manuel Muñoz García
Presidente del
Colegio de
Médicos de Ávila.

Falta de financiación

En primer lugar, quiero agradecer la invitación para participar en el número especial de *Medical Economics*.

El mayor problema que tenemos los colegios pequeños es la financiación, pues su mantenimiento es igual para un colegio con 600 colegiados que para uno con 1.500, siendo sus ingresos casi un tercio menor, por eso la mayor preocupación que hemos tenido ha sido la de adecuar los presupuestos a las necesidades en mantenimiento e infraestructuras. Una vez que hemos solucionado ese problema vamos a seguir mejorando las infraestructuras y queremos que la formación sea uno de los pilares para los colegiados, nos vamos a volcar en la formación de postgrado, necesaria tanto para mantener actualizados nuestros conocimientos como para el desarrollo de nuestra carrera profesional.

La falta de profesionales y su mala distribución —que en nuestra provincia se ve agravada por la proximidad con Madrid— y la feminización de la profesión impondrán cambios importantes en la prestación de servicios, tanto de los servicios en sí como en la forma de prestarlos. ■



Miquel Bruguera i Cortada
Presidente del
Colegio de Médicos
de Barcelona.

Tres retos para el futuro

El debate de la falta de médicos en España, en el momento actual, es superficial. Lo importante es saber si en las diferentes comunidades autónomas podremos mejorar o como mínimo mantener las prestaciones sanitarias actuales con el número de médicos y su perfil profesional que vamos a disponer en los próximos años.

La respuesta sólo será afirmativa si promovemos cambios importantes que involucren a las administraciones, los proveedores y los profesionales.

Existen diferentes retos relacionados con el futuro y la demografía médica. Por parte de la Administración: limitar las prestaciones en el sistema sanitario público, establecer mecanismos de control de la frecuentación y aumentar los presupuestos públicos. Por parte de los colegios profesionales: promover los cambios necesarios para flexibilizar los mecanismos de adaptación de los médicos a los nuevos retos que la sociedad nos demanda. Y por último, los médicos extranjeros deben asumir la responsabilidad de recibir a los nuevos colegiados para promover mecanismos de integración lo más rápido posible.

Quiero felicitar a *Medical Economics* por la andadura realizada y desearle muchos éxitos en el futuro. ■



Juan José Aliende Miranda
Presidente del
Colegio de Médicos
de Burgos.

Una cuestión de prestigio (perdido)

Uno de los problemas que más preocupación suscita cuando se oye hablar de nuestro rol profesional, es la pérdida de prestigio e influencia de los médicos dentro de la sociedad y ante nuestros pacientes, produciéndonos a veces una sensación triste de futuro incierto. Pues bien, creo que siendo éste un asunto tan fundamental, los colegios médicos estamos llamados a ser un baluarte de la colaboración, protección, asesoramiento técnico, formación y culturización de la sociedad, los pacientes, y todas las instituciones tanto públicas como privadas que se erijan en defensa de los mismos.

Colaboración y protección con nuestra sociedad, por un lado para defenderla de malas decisiones administrativas, publicidad sanitaria engañosa que sólo busca el lucro, mensajes alarmistas en relación con la salud, etcétera, como principales ejemplos; pero a la vez culturización de los pacientes para fomentar su autocuidado, el uso correcto de los servicios sanitarios, y la prevención de accidentes y enfermedades mejorando los estilos de vida de los ciudadanos. ■



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

dertrase
POMADA

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



Acción desbridante con efecto
antiséptico de amplio espectro

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

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad



Juan Manuel Garrrote Díaz
Presidente del
Colegio de Médicos
de Segovia.

Cambio generacional y limitación de cargos

Entre los dirigentes de un importante número de colegios de médicos se está viviendo un cambio generacional, lógico por la edad, particularidad a la que se está añadiendo una limitación de permanencia en el cargo. Estas dos circunstancias van a traer y de hecho están trayendo un cambio de mentalidad en los colegios de médicos, que muy posiblemente permitirá una identidad de ideas mayor entre dirigentes y colegiados.

Los tres soportes que constituyen el hecho médico —científico, laboral y profesional—, a la vez que han ido creando sus límites en el devenir de la historia reciente para no ser invadidos por los otros, han ido mirando hacia lados divergentes, a veces opuestos a los contemplados por la otra parcela. Es curioso observar que en la cotidianeidad de las conversaciones entre médicos, o incluso en intervenciones públicas, los dirigentes de estas tres patas dan la sensación de estar más alejados entre sí que con los representantes de otras profesiones.

Esta conformación de las distintas parcelas de la Medicina no puede continuar mucho tiempo: no es comprensible que desde la profesión hacia la sociedad, o hacia las Administraciones públicas, se emitan opiniones haciendo muchas veces hincapié más en lo que diferencia a estas tres concepciones de la profesión que en lo que nos identifica o iguala, como tampoco lo es que miremos a la otra organización como un enemigo que nos quiere invadir, o al contrario, efectivamente querer invadir a la otra parcela. En definitiva, es obligación de los dirigentes médicos olvidarse de personalismos y ponerse manos a la obra en la representación de los que nos eligen, de los médicos.

En este sentido veo muy positivo el cambio generacional y la limitación de cargos, aunque por supuesto insuficiente. Necesitamos crear un foro común de la profesión, del cual podamos extraer conclusio-

nes genéricas que permitan a la sociedad y, lo que es más importante, a nuestros compañeros, conformar una opinión común sobre diversos temas, que por otra parte evite las continuas discusiones entre nosotros, que hacen que nuestra ascendencia social sea flaca y estéril. Abogo por impulsar, sin miedo, ese entendimiento que nos permitirá dar un paso importante. Por otro lado, creo que hay que contar con la sociedad dentro de nuestras organizaciones, abrir la puerta para que los pacientes opinen desde dentro de nuestro entorno, porque eso nos fortalece tanto interna como externamente.

Los nuevos tiempos que han llegado nos han traído la relación médico-paciente al mismo nivel, y no nos debe dar la impresión negativa de que perdemos prestigio frente al enfermo, porque no es así y lo sabemos. Estamos obligados a adecuarnos a este nuevo tipo de relación, y no ha de ser de forma pasiva, o de forma agresiva, sino integradora, observando al paciente más como un colaborador que como un examinador, y para ello debemos estudiar los mecanismos que nos permitan hacerlo. No se si como dice Albert Jovell, habría que incluir en nuestras juntas directivas a un representante de los pacientes, o como recientemente ha hecho nuestro colegio integrar a un representante de los ciudadanos en las comisiones deontológicas, pero es importante pensar en ello.

Estos retos, fáciles de enumerar y difíciles de realizar son a mi juicio dos puntos importantes para el futuro de la profesión médica. ■



Tomás Carrasco Ferrán
Presidente del
Colegio de Médicos
de Cuenca.

Por la mejora de la Atención Primaria

A sistimos en los últimos años a multitud de intervenciones de nuestros responsables de la Administración sanitaria, en las que se repiten de forma machacona los avances en la mejora de infraestructuras, implantación de nuevas tecnologías informáticas, crecimiento de recursos humanos, incremen-

tos en dotaciones presupuestarias para sanidad e innovaciones en todos los ámbitos.

Todo ello es cierto; culminadas y consolidadas las transferencias sanitarias, el avance es manifiesto y evidente. Sin embargo, y concretando sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, también es manifiesto y se muestra con la misma evidencia, que antiguos problemas persisten cronificados a pesar de haberse completado el modelo de reforma.

El desequilibrio de presupuesto a favor de la atención hospitalaria, la falta de comunicación con este nivel, la masificación de los cupos y la excesiva burocratización con insuficientes tiempos de atención y otros viejos y conocidos pesos que lastran el trabajo hacen percibir como crítica la perspectiva de futuro. Por tanto, la gestión del primer nivel asistencial ha de mejorar la capacidad de respuesta ante las existencias sociales y crear al tiempo un contexto para los profesionales que fomente su motivación.

Cobra especial significado lo expresado en las próximas fechas vacacionales durante las que la práctica totalidad de nuestros compañeros verán multiplicar su desasosiego al acumular el trabajo de los que se ausentan.

Ingente el trabajo que hay pendiente, para no perder esfuerzos en la autocomplacencia. ■



Juan Luis González Fernández
Presidente del Colegio de Médicos de Huelva.

El deterioro profesional

Los retos a los que el Colegio de Médicos de Huelva se enfrenta son los de la realidad profesional de su colegiación. En Andalucía la evolución profesional de los médicos mantiene unas líneas de progresivo deterioro, cuyos componentes básicos son la precariedad laboral (un número excesivo de contrataciones eventuales y similares, con las impli-

caciones que todos conocemos), la presión asistencial (más perceptible en Atención Primaria y en Urgencias), la decepción en materia salarial (Andalucía se mantiene a cola de las comunidades autónomas), el olvido de las responsabilidades de nuestra Administración para con los profesionales del sector privado y, unas débiles esperanzas que, básicamente, se concretan en la supervivencia como meta principal. No muy diferente del mismo panorama que la profesión vive en otras partes de España.

La responsabilidad mayor del colegio sigue siendo, a mi entender, devolver a sus colegiados el espíritu de lucha que siempre ha caracterizado a nuestra profesión. Entiendo lucha no en sus connotaciones bélicas, sino como ese afán de superación que hizo de nosotros ejem-



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



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



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

Suave

Gran control del exudado

No se adhiere al lecho ulceral

Se adapta perfectamente al cuerpo
del paciente

Isacio Siguero Zurdo
Presidente del Consejo
General de Colegios
Oficiales de Médicos.

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

plo para otras profesiones; ese espíritu de mejora continua, de entrega a nuestros pacientes y defensa de sus legítimos intereses, de dedicación por encima de lo que nuestros términos laborales exigen. Ese espíritu, en suma, que hizo que en un momento dado los médicos fuéramos el referente más firme para una población que creía en nosotros.

No hay duda de que hay objetivos más concretos, y que podríamos desgranar una larga lista de ellos pero, como presidente, sigo absolutamente convencido de que devolver a los médicos la fe en sí mismos, en su responsabilidad profesional y en sus compromisos con la sociedad a la que servimos deben ser los objetivos principales del colegio. ■



Rodrigo Martín Hernández
Presidente del
Colegio de Médicos
de Santa Cruz de
Tenerife.

Intensa actividad

Nuestro colegio se encuentra en estos momentos desarrollando muchas iniciativas, entre las que podemos citar las siguientes:

- Aumento de la autorregulación, ante la obsesiva arrogación de competencias por parte de la Administración autonómica, por lo que hemos solicitado la creación en Canarias del Consejo de la Profesión Médica.

- Incrementar y perfeccionar, por medio de la Unión Profesional Sanitaria, la comunicación social y la interna con garantías de credibilidad e independencia, con el fin de aumentar la formación en asuntos de salud de la población e impulsar el aprendizaje de materias como la "comunicación médica" y la gestión, entre nuestros profesionales.

- Finalmente, no descuidamos el apartado de servicios que ofrecemos en nuestro colegio, tales como: gestión administrativa, seguros y área financiera; además de nuestra Fundación de Médicos de Tenerife, son ya una realidad en nuestro colegio de la que disfrutan más de 4.000 médicos que integran nuestro colectivo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, y que cada día se acercan hasta nuestra sede, ade-

más de realizar los trámites administrativos propios y los derivados de los servicios antes mencionados, para informarse de cursos del Instituto de Formación Médica Continuada de Tenerife. ■



Juan José Sánchez Luque
Presidente del
Colegio de Médicos
de Málaga.

Rigor en el trabajo diario

El Colegio de Médicos de Málaga camina en una línea de prestigio y rigor gracias al trabajo diario de los colegiados malagueños. Hemos creado las áreas del defensor del colegiado y dignificación del ejercicio profesional y estamos presentes en toda la problemática de nuestra profesión, procurando incrementar día a día la participación y la cercanía con nuestros colegiados, para lo cual hemos puesto en funcionamiento el teléfono 24 horas de atención urgente jurídica que ha recibido una magnífica aceptación.

El médico del siglo XXI merece el reconocimiento social que conlleva una profesión donde la ética preside nuestra actividad. ■



Gabriel Delgado Bona
Presidente del
Colegio de Médicos
de Navarra.

El auge de los servicios del colegiado

El Colegio de Médicos de Navarra bajo la presidencia de mi predecesor el doctor Ignacio Sánchez Nicolay a finales de los 80, optó por desarrollar los servicios al colegiado. Se dotó de una magnífica sede donde celebrar reuniones y congresos, y la infraestructura material y humana para su organización. Se creó la Sección Académica, instrumento para proveer formación continuada y para promover el asociacionismo científico. Hoy son más de 30 las sociedades médicas navarras que tienen sede en el colegio. La Oficina de Desarrollo

Profesional tiene, entre otras, funciones de asesoría al colegiado, la de baremar y acreditar los méritos de la Carrera Profesional, delegada por la Administración. Se ha constituido la Fundación del Colegio de Médicos y aprobado unos nuevos estatutos del colegio. En breve se presentará la memoria de Responsabilidad Social Corporativa del colegio y la sede será espacio cardioprotegido. Preocupaciones a corto y medio plazo son las agresiones a los médicos, la dignificación de la profesión y la sostenibilidad del sistema público de salud. ¡Felicidades a *Medical Economics*! ■



Manuel Gómez Benito
Presidente del
Colegio Oficial de
Médicos de
Salamanca.

Más de cien años de vida

Camino de sus 114 años de historia, el Colegio Oficial de Médicos de Salamanca avanza acorde a la nueva realidad y exigencias de los profesionales de la Medicina, sin olvidar su papel como garante de un ejercicio ético y competente. Para cumplir con sus razones de ser, médicos y sociedad, la corporación, a la que pertenecen 2.260 colegiados, trabaja en torno a cuatro grandes áreas:

representación y defensa de los profesionales; control deontológico; promoción científica y promoción del derecho a la salud. Los esfuerzos de la actual dirección van orientados a ofrecer "cada vez más y mejores servicios a los colegiados". En esta línea, además de mantener servicios tradicionales como las asesorías jurídica y fiscal o la formación, está potenciando prestaciones pioneras como una residencia para la tercera edad y un centro de educación infantil. En este proceso de remodelación también se han acometido importantes mejoras como la puesta en marcha de la biblioteca, la dotación del aula de informática, la incorporación de programas culturales o las ayudas a médicos más jóvenes. ■



Pedro Hidalgo
Presidente del
Colegio de Médicos
de Badajoz.

Los colegios hoy

La Administración sanitaria ha querido obviar a los colegios de sus múltiples fines y funciones que vienen determinados en los estatutos colegiales que ella misma aprueba; estatutos colegiales que con la Ley de Colegios Profesionales se han actualizado en cada provincia y autonomía en los últimos años.

Se les llenó la boca diciendo que la base de una buena gestión pasaría por tener buenos



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

SureSkin II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE IIª GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

InfoSalvat
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

interlocutores e implicarlos en los objetivos dirigidos a la mejora de las atenciones, y cuando se encuentran a las Corporaciones Colegiales, que engloban y representan a toda la profesión médica, tratan de minusvalorar su colaboración. Luego nos encontramos con un Plan de Recursos Humanos incapaz de prever las necesidades de médicos según especialidades y sólo ven salida con la disculpa y el lamento por la "falta de médicos".

Pero, ¿quién quiso escuchar a los encargados de ordenar la profesión? Pero, ¿quién rechazó la ayuda que se brindaba para analizar mapas sanitarios creados las más de las veces siguiendo intereses de servidumbres políticas en contra de lo que dictaba el sentido común?

Se ve al colegio como intruso, dentro de la endogamia que tiñe nuestras instituciones educativas.

Los colegios están muy bien valorados por los ciudadanos y además les reconocen su necesario papel en la ordenación profesional y les atribuyen una fuerza y prestigio que niegan a otras asociaciones médicas. Porque son conscientes de que alguna institución, independiente, debe velar por controlar el buen ejercicio y el registro de los médicos. Los ciudadanos necesitan más al colegio que los médicos.

El velar por evitar el intrusismo (también intraprofesional) legitimando el "registro de titulaciones" debe ser confiado a la Corporación Colegial y no se entendería de otra manera (así lo refleja la ley). Esto conlleva la mayor parte de lo que nos consultan.

No debe confundirse al colegio con una gestoría encargada de áreas de ocio y aseguramiento que también, sino que debe ser el centro de sus actuaciones el velar y vigilar por el adecuado nivel de calidad de las prestaciones profesionales de los médicos, la observancia de los criterios éticos y normas deontológicas de la profesión y de su dignidad y su prestigio conforme a los códigos elaborados por la Organización Médica Colegial, así como adoptar las medidas necesarias para evitar el intrusismo profesional.

La defensa de los derechos y dignidad de los colegiados frente a cualquier vejación, menoscabo o desconsideración que puedan sufrir los médicos en el ejercicio de su profesión está recogido en los esta-

tutos. Y esto, ¿no será sindicalizar los colegios? La respuesta es no.

El papel del sindicato médico tiene lindes perfectamente marcadas respecto de su actuación en lo laboral y sí que deberían ir más de una vez unidos, pues al final los intereses son los mismos y para los mismos. ■



L. Pablo Corral Collantes
Presidente del
Colegio de Médicos
de Cantabria.

Historia y modernidad

El Colegio de Médicos de Cantabria, que el año pasado cumplió 125 años, inició hace cuatro años una serie de proyectos que se han desarrollado a lo largo toda esta legislatura.

La llegada a la institución de una Junta Directiva joven y emprendedora ha permitido conseguir logros que hasta la fecha eran impensables. En estos últimos cuatro años se han puesto en marcha proyectos tan importantes como la Correduría de Seguros (Fisemed); la obtención del certificado de calidad ISO 9001:2000; la Fundación del Colegio de Médicos de Cantabria, así como la creación de una Comisión Mixta de Farmacia, (que logró el premio a la mejor iniciativa en 2006).

Igualmente, otro de los hitos importantes en la institución ha sido la aprobación de los nuevos Estatutos del Colegio de Médicos de Cantabria, así como el Protocolo de Agresiones contra los médicos; la puesta en marcha del Paime para los médicos de la comunidad, entre otros muchos programas más.

Por último, la Junta Directiva ha dado un gran paso con la entrada en las nuevas tecnologías, como es la página *web* del Colegio, el boletín digital; el departamento de Informática, así como el programa Digitalis 2007 sobre la protección de datos. Tras el proceso electoral reciente, L. Pablo Corral ha sido reelegido nuevamente, para los próximos cuatro años, dando así paso a su segundo y último mandato, según establecen los nuevos Estatutos aprobados por la Consejería de Presidencia y Justicia del Gobierno de Cantabria. ■

II Congreso

SOCIEDAD MADRILEÑA DE TRASPLANTES



Madrid 12 - 14 de noviembre de 2008

Hotel Husa Princesa. C/ Princesa, 40



ENVÍO DE TRABAJOS 15 de mayo - 30 de septiembre · www.smtrasplantes.org

Los trabajos aceptados serán considerados para su publicación en *Transplantation Proceedings*



Secretaría Técnica

Drug Farma Congresos. Antonio López, 249 (1º) · 28041 Madrid.

Tel 91 500 20 77 · Fax 91 500 20 75 · secretaria@smtrasplantes.org · www.smtrasplantes.org

Estimado compañero:

El Instituto para la Formación y Desarrollo Profesional (Idepro) ha puesto en marcha, con la colaboración de GSK, el programa de actualización Formación Mural en Atención Primaria, basado en una metodología ampliamente probada en EE.UU. y que persigue cumplir dos claros objetivos: facilidad y rapidez de acceso a la información y focalización en la práctica clínica habitual.

Esta iniciativa de formación, disponible próximamente en los Centros de Salud, permite realizar una aproximación a conocimientos prácticos sobre temas clínicos clave mediante un póster complementado con información teórica adicional y casos prácticos disponibles en internet, todo ello acreditado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Esperamos tu participación en este programa, en el cual puedes inscribirte a través de nuestra web.

Dr. Felipe Chavida
Presidente de Idepro

Formación Mural en

Programa

Año 2008

Póster 1 Resucitación cardiopulmonar (RCP)

Autores Pablo Romero
Alberto Cabrejas
Médicos de Emergencias 112 de Castilla-La Mancha

Póster 2 Anticoncepción

Autoras Esther de la Viuda
M^º Jesús Cancelo
Ginecólogas. Guadalajara

Póster 3 Diagnóstico y factores de riesgo de la osteoporosis

Autora Cristina Carbonell
Grupo de Trabajo en Osteoporosis de CAMFiC
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Vía Roma. Barcelona

Póster 4 Osteoporosis posmenopáusica: distintas opciones de tratamiento

Autora Cristina Carbonell
Grupo de Trabajo en Osteoporosis de CAMFiC
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Vía Roma. Barcelona

2009: títulos en preparación



Acreditado por



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

Compromiso con la Formación

Información e inscripción

www.idepro.es



GlaxoSmithKline
www.gsk.es

Un balance de la legislación sanitaria

Cumplidos cuatro años desde que se completó el proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud, en este tiempo se han ido despejando algunas de las dudas que se cernían sobre la evolución del sistema sanitario español, que parecía abocado en aquel momento a una inevitable disgregación en 17 servicios autonómicos de salud, con el riesgo de la consiguiente pérdida de equidad para ciudadanos, profesionales y el resto de agentes implicados en la compleja tarea de la atención sanitaria.

Con la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se puso de manifiesto la cultura de colaboración, de sumar y aunar esfuerzos, imprescindible para garantizar la pervivencia del Sistema Nacional de Salud.

La práctica totalidad de las comunidades autónomas han promulgado ya normas de diferente rango en las que constituyen objeto de regulación la información sanitaria, el consentimiento informado, la historia clínica, las instruc-

ciones previas, las garantías en la prestación de la asistencia sanitaria, etcétera, llamando, sin embargo la atención la falta de coordinación que actualmente se aprecia entre los Servicios de Salud Autonómicos y el Ministerio de Sanidad y Consumo. De igual modo, se echa en falta la necesaria colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas a propósito del Registro Nacional de Instrucciones Previas, previsto en el artículo 11. 5 de la citada Ley 41/2002. Aparte de la importante Ley de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios (Ley 29/2006 de 26 de julio), especialmente destacable es la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de Medidas Sanitarias Frente al Tabaquismo, la cual entró en vigor el 1 de enero de 2006, que constituye uno de los principales problemas para la salud pública, y sienta la necesidad de implantar medidas dirigidas a su prevención, limitar su oferta y demanda y regular su publicidad, promoción y patrocinio. La Ley de Investigación Biomédica (Ley 14/2007,

de 3 de julio), estableció normas en ámbitos anteriormente no regulados como los análisis genéticos, la investigación con muestras biológicas humanas, en particular las de naturaleza embrionaria, o los biobancos. Aunque sin lugar a dudas el tema de la clonación con fines médicos ha sido el que más dio que hablar.

Por último, se hace necesario aludir a la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo y, con anterioridad, la Ley 2/2007, de 15 de marzo, de Sociedades Profesionales, normas éstas que están llamadas a tener gran influencia en la forma jurídica futura de prestación de sus servicios profesionales por parte del personal sanitario. ■



Ricardo de Lorenzo
Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

Los retos de la Medicina de Familia

Desde una visión aproximada a la Medicina de Familia, hay algunos hechos de estos años que merecen ser destacados. Cuando se cumplían 25 años de la Declaración internacional de Alma Ata y de la creación de la especialidad, celebrábamos en España un encuentro internacional promovido por la OMS. Era el 2003, año de aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y de la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Dos años después, el nuevo Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria empezó a aplicarse. El desarrollo experimentado por la especialidad ha provocado una transformación del modelo profesional. De manera progresiva se ha ido definiendo el perfil del médico de familia, capaz de diagnosticar y

resolver eficientemente los problemas de salud. Los profesionales y la sociedad en su conjunto han denunciado, tras más de una década con una de las menores inversiones de la UE, que al modelo de Atención Primaria se le ha dotado de "línea convencional" en lugar de "banda ancha", que incluya mejores recursos, mayor capacidad de resolución y capacidad de gestionar al resto de niveles asistenciales. Después de un trabajo de elaboración compartida por las consejerías de salud, el ministerio, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, en diciembre de 2006 las Estrategias de Mejora de la Atención Primaria del siglo XXI fueron ratificadas por el Consejo Interterritorial. Actualmente, la sociedad demanda una asistencia integral y continuada, y ese conocimiento global

del paciente sólo lo puede tener el médico de familia. Y para ello, debe disponer de una estructura y de una capacidad resolutoria y de gestión de recursos que distan mucho de las existentes. Los retos están ante nosotros. Hoy más que nunca estamos en condiciones de situar nuestro sistema sanitario en el eje de las necesidades en salud de los ciudadanos. Estoy convencido de que, durante los próximos cinco años, no dejarán de aparecer oportunidades que permitan cumplir con este compromiso. ■



Luis Aguilera
Presidente de la semFYC.

El papel de la enfermería

El colectivo de enfermería ha cobrado en los últimos años un mayor protagonismo en el contexto sanitario, configurándose como la llave de la mejora de la calidad sanitaria y la eficiencia del sistema.

En concreto, han sido importantes las mejoras en la jornada laboral, el reconocimiento profesional y social, la mayor autonomía profesional, el pasar a ser Grado, con la ampliación de los estudios de tres a cuatro años, y otros

muchos avances conseguidos para nuestro colectivo en este tiempo. SATSE reclama un giro en la actual política de Recursos Humanos, como punto de partida para la mejora de la calidad asistencial. Pensamos que esta implicación pasa por la puesta en marcha de acciones encaminadas a desarrollar aspectos laborales y profesionales, como son las especialidades de enfermería, la jubilación anticipada, la mejora de las condiciones de trabajo, el desarrollo de nue-

vos campos profesionales, el desarrollo profesional, así como la implantación del título de Grado enfermera y la nueva clasificación profesional. ■



Víctor Aznar Marcén
Presidente del Sindicato de Enfermería (SATSE).

El crecimiento de una profesión

Los cinco años que cumple *Medical Economics*, coinciden con uno de los períodos de mayor crecimiento profesional y académico de la profesión más numerosa en el SNS. En este tiempo, la profesión enfermera ha experimentado en España un desarrollo de carácter científico y profesional cuyos principales beneficiarios son los ciudadanos. Dicha revolución sanitaria se ha visto recogida y amparada por un desarrollo legislativo que se traduce en el articulado de cinco normas concretas que son el Estatuto de la Profesión enfermera, el

Estatuto Marco de los profesionales sanitarios, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el Real Decreto de Especialidades de enfermería. El segundo gran logro normativo conseguido en beneficio de los pacientes ha sido el Real Decreto de Especialidades de Enfermería que en estos momentos se encuentra en proceso de desarrollo. Esta norma va a suponer que los enfermeros deberán estar en posesión de un título oficial de especialista para poder prestar asistencia sanitaria en una de las siete

áreas de la salud contempladas en el texto legal. En estos cinco años hemos pasado a ser una profesión universitaria que está regulada por ley, con definición, autonomía, responsabilidades, cuerpo de doctrina y funciones propias. ■



Máximo González Jurado
Presidente del Consejo General de Enfermería.

El compromiso de la Farmacia

El modelo de farmacia español, cuestionado en la actualidad por la Comisión Europea, permite a nuestra sociedad contar con uno de los sistemas más eficientes, en los que el farmacéutico desempeña una labor fundamental en la mejora de la salud de la población. Es precisamente este modelo —planificado por los legisladores— el que permite que el 99 por ciento de la población tenga una farmacia en el municipio en el que reside, lo que hace que de la Farmacia un servicio universal, pero además cercano y accesible. Al otro lado del mostrador, el ciudadano tiene a un profesional sanitario que le ayuda diariamente en

sus problemas de salud, que le aconseja sobre hábitos de vida saludables, y que colabora con el sistema sanitario promoviendo el Uso Racional del Medicamento. Esta importante labor sanitaria que realizan los farmacéuticos ha sido cuantificada en el informe “Valoración del Consejo Sanitario de las Oficinas de Farmacia”, que demuestra que los farmacéuticos desarrollan 182 millones de actuaciones sanitarias anualmente, actuaciones ajenas a la dispensación de medicamentos. No hay que olvidar que una de cada tres personas que entra en una farmacia no adquiere nada y a cambio recibe un consejo sanitario. Estas actuaciones sanitarias suponen un

ahorro para el sistema sanitario de 1.740 millones de euros cada año, o lo que es lo mismo, evitan 70 millones de consultas médicas, 59 millones de consultas de enfermería y un millón y medio de consultas de urgencias. Con estos datos, cada farmacia ahorra anualmente al sistema sanitario 90.000 euros. Sin embargo,



Pedro Capilla Martínez
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

sabemos que todavía entre el 15 y el 20 por ciento de los ingresos en los servicios de urgencias se deben a la mala utilización de los medicamentos y que un elevado número de pacientes abandona los tratamientos, y por tanto estamos seguros de que nos queda mucho por hacer. Así, seguimos trabajando con el fin de contri-

buir a una mejor salud de la población, lo que a su vez implica una optimización de los recursos. Recientemente hemos presentado un estudio en el que se muestra que más de la mitad de los enfermos crónicos con EPOC suspenden la medicación prescrita por el médico cuando mejoran sus síntomas, enfermedad que ac-

tualmente representa la cuarta causa de mortalidad en los países desarrollados. Sin duda, queda mucho camino por recorrer. En los cinco años de la edición española de *Medical Economics* el Consejo General ha puesto en marcha 48 campañas sanitarias en las que las farmacias han participado activamente. ■

La función directiva en AP

La función directiva en Atención Primaria se está viendo seriamente amenazada por el estancamiento, tanto retributivo, como de la valoración profesional que está recibiendo, frente a la evolución de las condiciones de trabajo y retributivas de los puestos asistenciales. Este hecho está condicionando muy seriamente la composición de los cuadros directivos de AP en buena parte de las gerencias del país. Los contratos de gestión entre los servicios centrales de las organizaciones sanitarias y las gerencias de AP, junto con los pactos de actividad de éstas con los centros asistenciales, han permitido modificar las sistemáticas de trabajo, planificar la asignación de equipamientos e implementar de forma homogénea el uso de guías clínicas y de protocolos de actuación y de trabajo. Estas actuaciones han contribuido a mejorar la

calidad de la asistencia prestada, basada en una mayor accesibilidad y equidad en la distribución y acceso a los recursos disponibles. El hecho de que la gerencias de AP puedan gestionar de forma descentralizada y próxima a los centros asistenciales sus presupuestos y recursos, han hecho que las dotaciones y equipamientos de los mismos, se hayan incrementado y racionalizado. Una vez consolidada esta oferta asistencial básica, se puede trabajar en el aumento progresivo de la cartera de servicios y en el fomento de una cierta "sana competencia" entre las diferentes unidades y servicios. En un sistema funcional como el existente en la sanidad pública muy tutelado y supervisado por la dirección, se pueden perder importantes potencialidades, mezcladas con el conjunto. Es posible que se haya pecado de un exceso de paternalismo y protección, y que

en este momento esto pueda ser un condicionante para la resolución de los nuevos problemas y retos. La ausencia de un liderazgo claro, junto con la escasa preparación formativa y técnica para el trabajo interdisciplinar de cada uno de los grupos profesionales, dificultan la constitución de verdaderos equipos capaces de generar actitudes de ayuda mutua y de compromiso con los resultados a obtener. Habrá que redoblar los esfuerzos formativos en diversos aspectos, entre los que cabe destacar la Gestión Clínica. ■



Luis Verde Remeseiro
Presidente de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.

El papel de las sociedades

La Federación Española de Asociaciones Científico Médicas Españolas (Facme) se ha asentado como un interlocutor imprescindible con el resto de agentes decisivos en el sector sanitario, y como un representante de referencia de las sociedades científico-médicas de nuestro país. Cabe hacer una mención especial al impulso de las diferentes jornadas de Facme, con diferentes ejes temáticos de actualidad en cada momento. También se han incrementado las relaciones con la Administración. De hecho, el Ministerio de Sanidad mantiene la norma de oír a las so-

ciedades científicas médicas durante los trámites de redacción de las leyes que afectan a la Sanidad y en este sentido, Facme ostenta un papel de interlocutor y de enlace con las mismas.

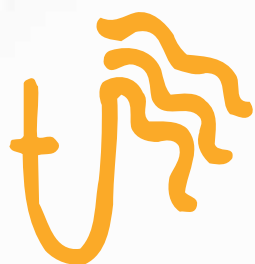
Las líneas de actuación definidas por la Junta actual están centradas en potenciar su papel de interlocutor y enlace entre las sociedades científicas médicas que la forman, las Administraciones públicas, otras instituciones sanitarias en general, y la opinión pública. En la actualidad, la nueva junta directiva de Facme ha abierto una etapa redoblando los esfuerzos y acciones basadas en diálogo e

intercambios de conocimientos e ideas con los principales agentes de la sanidad española.

Queremos, en definitiva, hacer una Facme unida, dinámica y de acercamiento a la realidad sanitaria de nuestro país. ■



Avelino Ferrero Méndez
Presidente de la Federación Española de Asociaciones Científico Médicas Españolas (Facme).



Web de la
MUJER

webdelamujer.com



ayudándole en la comunicación
con el paciente

Un canal directo con el paciente:

- ✦ Divulgación responsable al consumidor
- ✦ Patrocinio de áreas temáticas
- ✦ Imagen institucional

Portal de referencia en castellano sobre la mujer y su entorno: temas de salud, asesorías sociales, estilos de vida,...

Actualización periódica de los contenidos

Interacción con el usuario: foro, preguntas frecuentes,...

Información rigurosa sobre patologías y enfermedades elaborada por médicos expertos.

- Aborto
- Acné juvenil
- Adolescencia
- Alergia
- Anorexia y Bulimia
- Ansiedad
- Anticoncepción
- Artrosis
- Artritis reumatoide
- Asma
- Cáncer de cervix
- Cáncer de endometrio
- Cáncer de mama
- Cáncer de pulmón
- Citología vaginal
- Colesterol
- Depresión
- Diabetes
- Dismenorrea
- Dolor pélvico crónico
- Dolor torácico
- Embarazo
- Enfermedad de Alzheimer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedades de transmisión sexual
- Esterilidad
- Fibromialgia
- Gota
- Hipertensión
- Hipertrigliceridemia
- Infección urinaria
- Insomnio
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia venosa
- Lumbalgia
- Menopausia
- Migraña
- Neumonías
- Nutrición
- Obesidad
- Osteoporosis
- Patología benigna de la mama
- Piel
- Planificación familiar
- Puericultura
- Sexualidad
- Síndrome de fatiga crónica
- Síndrome premenstrual
- Síndromes dolorosos cervicales
- Temblor
- Tiroides
- Trabajo y Salud
- Trastornos del ciclo menstrual
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Tromboembolismo pulmonar
- Tuberculosis
- Vértigo



E-mail: info@webdelamujer.com

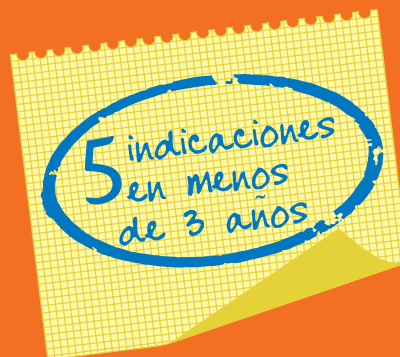
1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cipralex 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato). Cipralex 15 mg: Cada comprimido contiene 15 mg de escitalopram (como oxalato). Cipralex 20 mg: Cada comprimido contiene 20 mg de escitalopram (como oxalato). Para la lista completa de excipientes, ver apartado 5.1.3. **3. FORMA FARMACÉUTICA.** Comprimido con cubierta pelicular. Cipralex 10 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y L" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Cipralex 15 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y M" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Cipralex 20 mg: comprimido oval, blanco, ranurado, recubierto y marcado con "E y N" en cada lado de la ranura, en una cara del comprimido. Los comprimidos de 10,15 y 20 mg pueden dividirse en mitades iguales. **4. DATOS CLÍNICOS. 4.1. INDICACIONES TERAPÉUTICAS.** Tratamiento de episodios depresivos mayores. Tratamiento del trastorno de angustia con o sin agorafobia. Tratamiento del trastorno de ansiedad social (fobia social). Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. **4.2. POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN.** No se ha demostrado la seguridad de dosis diarias superiores a 20 mg. Cipralex se administrará en dosis única diaria y podrá tomarse con o sin alimentos. **Episodios depresivos mayores.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener una respuesta antidepresiva. Después de la resolución de los síntomas, se requiere un período de tratamiento de al menos 6 meses para consolidar la respuesta. **Trastorno de angustia con o sin agorafobia.** Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg durante la primera semana, antes de aumentar la dosis a 10 mg al día. La dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg, según la respuesta individual del paciente. La máxima eficacia se alcanza al cabo de 3 semanas aproximadamente. El tratamiento dura varios meses. **Trastorno de ansiedad social.** La dosis habitual es de 10 mg una vez al día. En general, son necesarias 2-4 semanas para obtener un alivio de los síntomas. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede reducirse a 5 mg o aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El trastorno de ansiedad social es una enfermedad de curso crónico y se recomienda que el tratamiento se mantenga durante 12 semanas para consolidar la respuesta. Se ha evaluado durante 6 meses el tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores y el tratamiento puede considerarse de forma individualizada para la prevención de recaídas. Los beneficios del tratamiento deben reevaluarse regularmente. El trastorno de ansiedad social es una terminología diagnóstica bien definida de una patología específica que no debe confundirse con la timidez excesiva. El tratamiento farmacológico sólo está indicado en el caso de que el trastorno interfiera significativamente con las actividades profesionales y sociales. No se ha evaluado el lugar que ocupa este tratamiento en comparación con la terapia cognitivo-conductual. El tratamiento farmacológico es parte de una estrategia terapéutica general. **Trastorno de ansiedad generalizada.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis diaria puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg. El tratamiento a largo plazo en pacientes respondedores se ha estudiado durante al menos 6 meses en pacientes que recibieron 20 mg al día. Los beneficios del tratamiento y la dosis deben reevaluarse regularmente. **Trastorno obsesivo-compulsivo.** La dosis inicial es de 10 mg una vez al día. Según la respuesta individual del paciente, la dosis puede aumentarse hasta un máximo de 20 mg al día. Como el TOC es una enfermedad crónica, los pacientes deben ser tratados durante un período suficiente como para asegurar la ausencia de síntomas. Los beneficios del tratamiento y las dosis deben reevaluarse regularmente. **Anancios (> 65 años de edad).** Se deben considerar tanto el inicio del tratamiento con la mitad de la dosis recomendada como una dosis máxima inferior. La eficacia de Cipralex en el trastorno de ansiedad social no se ha estudiado en pacientes ancianos. **Niños y adolescentes (< 18 años).** Cipralex no debe utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años (ver apartado 4.4). **Insuficiencia renal.** No es necesario el ajuste de dosis en los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Se aconseja precaución en pacientes con función renal gravemente disminuida (Cl_{cr} menor a 30 ml/min). **Insuficiencia hepática.** En pacientes con insuficiencia hepática leve o moderada, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas de tratamiento. Según la respuesta individual del paciente, se puede aumentar la dosis hasta 10 mg al día. Se recomienda precaución y cuidado especial de ajuste de dosis en pacientes con función hepática gravemente reducida. **Metabolizadores lentos de la CYP2C19.** En pacientes conocidos como metabolizadores lentos con respecto a la CYP2C19, se recomienda una dosis inicial de 5 mg diarios durante las 2 primeras semanas. Según la respuesta individual del paciente, se puede incrementar la dosis hasta 10 mg al día. **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Debe evitarse la suspensión brusca del tratamiento. Cuando se suspende el tratamiento con escitalopram, la dosis debe reducirse paulatinamente durante un período de, al menos, una a dos semanas, con objeto de disminuir el riesgo de que aparezcan síntomas de retirada (ver apartados 4.4 y 4.8). En el caso de que aparezcan síntomas que el paciente no pueda tolerar después de una disminución de dosis o durante la retirada del tratamiento, debe valorarse la necesidad de restablecer la dosis prescrita previamente. Posteriormente, el médico puede continuar disminuyendo la dosis de forma más gradual. **4.3. CONTRAINDICACIONES.** Hipersensibilidad a escitalopram o a alguno de los excipientes. Tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos, irreversibles de la monoaminooxidasa (inhibidores de la MAO) (ver apartado 4.5). **4.4. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO.** Se deben considerar las siguientes advertencias y precauciones relacionadas con el grupo terapéutico de los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). **Uso en niños y adolescentes menores de 18 años.** Cipralex no deberá utilizarse en el tratamiento de niños y adolescentes menores de 18 años. Los comportamientos suicidas [intentos de suicidio e ideas de suicidio], y la hostilidad (predominantemente agresión, comportamiento de confrontación e irritación) fueron constatados con más frecuencia en ensayos clínicos en niños y adolescentes tratados con antidepresivos frente a aquellos tratados con placebo. Si se adoptase no obstante la decisión, sobre la base de las pruebas médicas, de efectuar el tratamiento, deberá supervisarse cuidadosamente en el paciente la aparición de síntomas de suicidio. Además, carecemos de datos sobre la seguridad a largo plazo en niños y adolescentes por lo que se refiere al crecimiento, la madurez y el desarrollo cognitivo y conductual. **Ansiedad paradójica.** Algunos pacientes con trastorno de angustia pueden presentar un aumento de los síntomas de ansiedad al inicio del tratamiento con antidepresivos. Esta reacción paradójica normalmente desaparece en el plazo de 2 semanas, durante el tratamiento continuado. Se recomienda administrar una dosis inicial baja para reducir la probabilidad de un efecto ansiogénico paradójico (ver apartado 4.2). **Convulsiones.** El tratamiento se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle convulsiones. Los ISRS no se deben administrar a pacientes con epilepsia inestable y los pacientes con epilepsia controlada deben ser monitorizados estrechamente. El tratamiento con ISRS se debe interrumpir si se observa un aumento de la frecuencia de convulsiones. **Manía.** Los ISRS se deben utilizar con precaución en pacientes con antecedentes de manía/hipomanía. La administración de ISRS se debe interrumpir en cualquier paciente que desarrolle una fase maníaca. **Diabetes.** En pacientes con diabetes, el tratamiento con un ISRS puede alterar el control glucémico (hipoglucemia o hiperglucemia). Puede ser necesario un ajuste de la dosis de insulina y/o de los hipoglucemiantes orales. **Suicidio/Pensamientos suicidas.** La depresión se asocia a un incremento del riesgo de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio (hechos relacionados con el suicidio). El riesgo persiste hasta que se produce una remisión significativa. Como la mejoría puede no producirse durante las primeras semanas o más de tratamiento, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados hasta que se produzca esta mejoría. El posible incremento del riesgo de suicidio en las fases precoces de la recuperación, es una experiencia clínica general. Otras enfermedades psiquiátricas para las que se prescribe escitalopram, pueden también asociarse con un incremento de hechos relacionados con el suicidio. Además, estas patologías pueden ser comórbidas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas precauciones observadas al tratar pacientes con trastorno depresivo mayor, deben realizarse cuando se traten pacientes con otros trastornos psiquiátricos. Pacientes con historial de hechos relacionados con el suicidio o aquellos que muestran un grado significativo de ideas suicidas previo al inicio del tratamiento, poseen un mayor riesgo de pensamientos suicidas o intentos de suicidio, y deberían ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento. Además existe la posibilidad de un incremento del riesgo de conductas suicidas en adultos jóvenes. Los pacientes (y cuidadores de pacientes) deben ser alertados sobre la necesidad de monitorizar la aparición de estos hechos y si se presentan estos síntomas, buscar asesoramiento médico inmediatamente. **Acatisia/insuñia psicomotora.** El uso de ISRS/ISRN se ha asociado con la aparición de acatisia, caracterizada por una sensación subjetiva de inquietud molesta y desagradable y por la necesidad de moverse, a menudo acompañada de dificultad para sentarse o permanecer de pie. Su aparición es más probable durante las primeras semanas de tratamiento. En los pacientes en los que aparece esta sintomatología, el aumento de dosis puede ser perjudicial. **Hiponatremia.** Con el uso de ISRS se ha notificado raramente hiponatremia probablemente debida a una secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH) y generalmente se resuelve con la interrupción del tratamiento. Se debe tener precaución en pacientes de riesgo, como ancianos, pacientes crónicos o pacientes tratados concomitantemente con medicamentos que se conoce que causan hiponatremia. **Hemorragia.** Con fármacos pertenecientes al grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina se han descrito alteraciones hemorrágicas cutáneas, como equimosis y púrpura. Se recomienda precaución en pacientes tratados con ISRS, especialmente en aquellos tratados concomitantemente con anticoagulantes orales, con medicamentos que se conoce que afectan la función plaquetaria (p.ej. antipsicóticos atípicos y fenotiacinas, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), tidopidina y dipiridamol), así como en pacientes con tendencia a hemorragias. **Terapia electroconvulsiva (TEC).** La experiencia clínica sobre la administración concomitante de ISRS y TEC es limitada, por lo que se recomienda precaución. **Inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A.** En general no se recomienda la combinación de escitalopram con inhibidores de la MAO-A debido al riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.5). Para el tratamiento concomitante con inhibidores no selectivos irreversibles de la MAO (ver apartado 4.5). **Síndrome serotoninérgico.** Se recomienda precaución si escitalopram se usa concomitantemente con medicamentos que tengan efectos serotoninérgicos tales como sumatriptán u otros triptanes, tramadol y triptolano. En casos raros, se ha notificado el síndrome serotoninérgico en pacientes que tomaban ISRS concomitantemente con medicamentos serotoninérgicos. Una combinación de síntomas tales como agitación, temblor, midriasis e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si esto sucede, el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.5). **Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento.** Cuando se suspende el tratamiento es frecuente que aparezcan síntomas de retirada, particularmente si la suspensión del tratamiento se realiza de forma brusca (ver apartado 4.8). En los ensayos clínicos las reacciones adversas observadas durante la suspensión del tratamiento se presentaron en aproximadamente el 25% de los pacientes tratados con escitalopram y en el 15% de los pacientes que utilizaron placebo. El riesgo de síntomas de retirada puede depender de varios factores entre los que se encuentran la duración del tratamiento, la dosis utilizada y el ritmo de la reducción de dosis. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareos, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesia y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. Generalmente estos síntomas son de leves a moderados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves. Estos síntomas suelen presentarse durante los primeros días de suspensión del tratamiento; sin embargo, en raras ocasiones se han comunicado casos de pacientes en los que han aparecido estos síntomas tras olvidar una dosis de forma inadvertida. Normalmente estos síntomas son autolimitados y se resuelven en 2 semanas, aunque en algunos pacientes su duración se puede prolongar (2-3 meses o más). Por lo tanto, es importante tener en cuenta que cuando se suspende el tratamiento con escitalopram debe reducirse gradualmente la dosis durante un período de varias semanas o meses según las necesidades de cada paciente (ver "Síntomas de retirada observados durante la suspensión del tratamiento" en el apartado 4.2). **Enfermedad coronaria.** Debido a la limitada experiencia clínica, se recomienda precaución en pacientes con enfermedad coronaria. **4.5. INTERACCIÓN CON OTROS MEDICAMENTOS Y OTRAS FORMAS DE INTERACCIÓN. INTERACCIONES FARMACODINÁMICAS. Combinaciones contraindicadas: IMAOs no selectivos.** Se han notificado casos de reacciones graves en pacientes que recibían un ISRS en combinación con un inhibidor no selectivo de la monoaminooxidasa (IMAO) que también en pacientes que han dejado de tomar un ISRS y han iniciado tratamiento con un IMAO (ver apartado 4.3). En algunos casos, el paciente desarrolló un síndrome serotoninérgico (ver apartado 4.8). Escitalopram está contraindicado en combinación con IMAOs no selectivos. El tratamiento con escitalopram se puede iniciar 14 días después de interrumpir el tratamiento con un IMAO irreversible y como mínimo un día después de interrumpir el tratamiento con el IMAO reversible (RIMA) moclobemida. Debe respetarse un descanso mínimo de 7 días entre la retirada del tratamiento con escitalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO no selectivo. **Combinaciones desaconsejadas: inhibidores selectivos reversibles de la MAO-A (moclobemida).** Debido al riesgo de síndrome serotoninérgico, la combinación de escitalopram con un inhibidor de la MAO-A, no está recomendada (ver apartado 4.4). Si la combinación fuera necesaria, debería iniciarse con la dosis mínima recomendada y la monitorización clínica debería reforzarse. **Combinaciones que requieren precauciones de uso: Selegilina.** En combinación con selegilina (inhibidor irreversible de la MAO-B), se requiere precaución debido al riesgo de desarrollar síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día, se han administrado conjuntamente con seguridad con escitalopram. **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán y otros triptanes) puede provocar un síndrome serotoninérgico. **Medicamentos que disminuyen el umbral convulsivo.** Los ISRS pueden disminuir el umbral convulsivo. Se recomienda precaución cuando se usan conjuntamente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.g. antidepresivos tricíclicos, ISRS), neurolepticos (fenotiazinas, tioxantenos y butirofenonas), melfloquina, bupropión y tramadol). **Litio, triptófano.** Se ha informado de casos de potenciación de efectos, cuando los ISRS se han administrado con litio o triptófano, por lo que la administración concomitante de ISRS con estos medicamentos debe realizarse con precaución. **Hierba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) puede aumentar la incidencia de reacciones adversas (ver apartado 4.4). **Hemorragia.** Puede producirse alteración de los efectos anticoagulantes cuando escitalopram se combina con anticoagulantes orales. En los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante oral la coagulación se debe monitorizar estrechamente cuando se inicia o interrumpe la administración de escitalopram (ver apartado 4.4). **Alcohol.** No se esperan interacciones farmacodinámicas o farmacocinéticas entre escitalopram y alcohol. De todas formas al igual que con otros medicamentos psicotrópicos, la combinación con alcohol no es aconsejable. **Interacciones farmacocinéticas. Influencia de otros medicamentos en la farmacocinética de escitalopram.** El metabolismo de escitalopram está mediado principalmente por la CYP2C19. Las CYP3A4 y CYP2D6 pueden también contribuir en menor grado a su metabolismo. El metabolismo de su metabolito principal, el S-DCT (desmetilescitalopram), parece ser parcialmente catalizado por la CYP2D6. La administración conjunta de escitalopram con omeprazol 30 mg una vez al día (inhibidor de la CYP2C19) produjo un incremento moderado (aproximadamente 50%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. La administración conjunta de escitalopram con cimetidina 400 mg dos veces al día (inhibidor enzimático general moderadamente potente) produjo un incremento moderado (aproximadamente 70%) de las concentraciones plasmáticas de escitalopram. Por lo tanto, se debe tener precaución cuando se utiliza concomitantemente con inhibidores de la CYP2C19 (e.g. omeprazol, esomeprazol, fluvastatina, lansoprazol, tidopidina) o cimetidina. Puede ser necesario reducir la dosis de escitalopram según la monitorización de efectos adversos durante el tratamiento concomitante. **Efecto de escitalopram sobre la farmacocinética de otros medicamentos.** Escitalopram es un inhibidor de la enzima CYP2D6. Se recomienda precaución cuando escitalopram se administre conjuntamente con otros medicamentos que son metabolizados principalmente por esta enzima, y que tienen un margen terapéutico estrecho, p.ej. flecaicida, propafenona y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, ej. antidepresivos, tales como desipramina, domipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tioridina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con escitalopram y alprazolam o metoprolol duplicó en ambos casos las concentraciones plasmáticas de estos dos substratos de la CYP2D6. Estudios *in vitro* han demostrado que escitalopram puede inhibir desinhibir la CYP2C19. Se recomienda precaución en la utilización concomitante de medicamentos que son metabolizados por la CYP2C19. **4.6. EMBARAZO Y LACTANCIA. Embarazo.** Con escitalopram se dispone sólo de datos clínicos limitados respecto a la exposición en embarazos. En estudios de toxicología de la reproducción en ratas realizadas con escitalopram, se observaron efectos embriofetotóxicos, pero no se observó un incremento en la incidencia de malformaciones. Cipralex no debería usarse durante el embarazo o no ser que sea estrictamente necesario y sólo bajo una cuidadosa evaluación del riesgo/ beneficio. Se debe vigilar a los recién nacidos si la madre continua tomando Cipralex durante las últimas etapas del embarazo, en particular en el tercer trimestre. Se debe evitar la suspensión brusca durante el embarazo. Los siguientes síntomas pueden aparecer en el recién nacido de madres que han utilizado ISRS/ISRN durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, dificultad en la succión, vómitos, hipoglucemia, hipertonía, hipotonia, hiperreflexia, temblores, temblores, irritabilidad, letargo, lloro constante, somnolencia y dificultad para dormir. Estos síntomas pueden ser debidos a efectos serotoninérgicos o síntomas de retirada. En la mayoría de los casos, las complicaciones aparecen inmediatamente o poco tiempo (<24h) después del alumbramiento. **Lactancia.** Escitalopram puede ser excretado por la leche humana. En consecuencia, no está recomendada la lactancia durante el tratamiento. **4.7. EFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MÁQUINAS.** Aunque se ha demostrado que escitalopram no altera la función intelectual o el rendimiento psicomotor, cualquier medicamento psicoactivo puede alterar el juicio o las habilidades. Se debe advertir a los pacientes sobre el riesgo potencial de que su capacidad de conducir o utilizar maquinaria se vea afectada. **4.8. REACCIONES ADVERSAS.** Las reacciones adversas son más frecuentes durante la primera o segunda semana del tratamiento y habitualmente disminuyen en intensidad y frecuencia con el tratamiento continuado. Las reacciones adversas conocidas de los ISRS y también comunicadas para escitalopram en estudios clínicos controlados con placebo o como reacciones espontáneas postcomercialización se enumeran más abajo por sistemas orgánicos y frecuencia. Las frecuencias se han obtenido de estudios clínicos; no son controladas con placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente (≥1/100), frecuente (≥1/100, <1/100), poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100), rara (≥1/10000, ≤1/1000), muy rara (≥1/10000, o desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles). Trastornos de la sangre y linfáticos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Trombocitopenia. Trastornos del sistema inmunitario. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Reacciones anafilácticas. Trastornos endocrinos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Secreción inadecuada de ADH. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente (≥1/100, <1/100); Disminución del apetito, incremento del apetito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hiponatremia. Trastornos psiquiátricos. Frecuente (≥1/100, <1/100); Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Disminución de la libido: hombres y mujeres. Anorgasmia: mujeres. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Brevismo, agitación, nevrosismo, crisis de angustia, estado de confusión. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Agresión, despersonalización, alucinaciones, hechos relacionados con el suicidio (ver apartado 4.4). Desconocida (no pueden estimarse a partir de datos disponibles); Manía. Trastornos del sistema nervioso. Frecuente (≥1/100, <1/100); Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. Poco frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Alteraciones del gusto, trastornos del sueño, síncope. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Síndrome serotoninérgico. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Disestesias, trastornos del movimiento, convulsiones. Trastornos oculares. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Midriasis, alteraciones visuales. Trastornos auditivos y del laberinto. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Tinnitus. Trastornos cardíacos. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Taquicardia. Rara (≥1/10000, ≤1/1000); Bradicardia. Trastornos vasculares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino. Frecuente (≥1/100, <1/100); Sinusitis, bostezos. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Epistaxis. Trastornos gastrointestinales. Muy Frecuente (≥1/100); Náuseas. Frecuente (≥1/100, <1/100); Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Hemorragias gastrointestinales (incluida hemorragia rectal). Trastornos hepatobiliares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hepatitis. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuente (≥1/100, <1/100); Incremento de la sudoración. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Urticaria, alopecia, rash, prurito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Equimosis, angioedemas. Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conectivo y óseo. Frecuente (≥1/100, <1/100); Artralgia, mialgia. Trastornos renales y urinarios. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductor y de la mama. Frecuente (≥1/100, <1/100); Hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Mujeres: metrorragia, menorragia. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Hombres: priapismo, ginecomastia. Trastornos generales y en el lugar de administración. Frecuente (≥1/100, <1/100); Fatiga, púrpura. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Edema. Investigaciones. Frecuente (≥1/100, <1/100); Aumento de peso. Poco Frecuente (≥1/1000, ≤1/100); Disminución de peso. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles); Pruebas de función cardíaca alteradas. Las siguientes reacciones adversas se han comunicado para la clase terapéutica de los ISRS: inquietud psicomotora/acatisia (ver apartado 4.4) y anorexia. Se han registrado casos de prolongación del QT durante el período de postcomercialización, predominantemente en pacientes con enfermedad cardíaca previa. No se ha establecido relación causal. **Síntomas de retirada durante la suspensión del tratamiento.** La suspensión del tratamiento con ISRS/ISRN (particularmente si se realiza de forma brusca), frecuentemente, conlleva síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestesias y sensaciones de shock eléctrico), alteraciones del sueño (incluyendo insomnio y sueños intensos), agitación o ansiedad, náuseas y/o vómitos, temblor, confusión, sudoración, cefalea, diarrea, palpitaciones, inestabilidad emocional, irritabilidad y alteraciones visuales. En general, estos efectos son de leves a moderados y autolimitados, sin embargo, en algunos pacientes pueden ser graves y/o prolongados. Por tanto, se recomienda que se debería reducir la dosis gradualmente al suspender el tratamiento con escitalopram (ver apartados 4.2 y 4.4). **4.9. SOBREDOSIS. Toxicidad.** Los datos clínicos en sobredosis de escitalopram son limitados y en muchos casos están implicados sobredosis concomitantes de otros fármacos. En la mayoría de los casos no se han observado síntomas o han sido leves. Raramente se han observado casos fatales de sobredosis con escitalopram solo; la mayoría de los casos han implicado sobredosis con medicaciones concomitantes. Se han ingerido dosis entre 400 y 800 mg de escitalopram solo sin ningún síntoma grave. **Síntomas.** En los casos de sobredosis registrados con escitalopram, los síntomas observados incluyen principalmente los relacionados con el sistema nervioso central (desde mareos, temblor y agitación a casos raros de síndrome serotoninérgico, convulsiones y coma), el sistema gastrointestinal (náuseas/vómitos) y el sistema cardiovascular (hipotensión, taquicardia, prolongación del QT y arritmia) y estados del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia). **Tratamiento.** No existe un antídoto específico. Establecer y mantener la permeabilidad de las vías aéreas, asegurar la oxigenación adecuada y la función respiratoria. Se debe considerar el lavado gástrico y el uso de carbón activo. El lavado gástrico se debe realizar lo antes posible tras la ingestión oral del medicamento. Se recomienda la monitorización de los signos vitales y cardíacos además de establecer las medidas de apoyo sintomático. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1. LISTA DE EXCIPIENTES.** Núcleo: Celulosa microcristalina. Sílice coloidal anhidra. Talco. Glicerato de sodio. Estearato de magnesio. Recubrimiento: Hipromelosa. Macrogol 400. Dioxido de titanio (E-171). **5.2. INCOMPATIBILIDADES.** No se han descrito. **5.3. PERÍODO DE VALIDEZ.** 3 años. **5.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. NATURALIZACIÓN Y CONTENIDO DEL ENVASE.** Blister de PVC/PVdC/Aluminio (transparente), incluido en un estuche; 14, 28, 56, 98, comprimidos. Dosis única 49 x 1, 56 x 1, 98 x 1, 100 x 1, 500 x 1 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Blister de PVC/PVdC/Aluminio (blanco), incluido en un estuche; 14, 20, 28, 50, 100, 200 comprimidos (5, 10, 15 y 20 mg). Frasco de comprimidos de polipropileno; 100 (5, 10, 15 y 20 mg), 200 (5 y 10 mg) comprimidos. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **5.6. PRECAUCIONES ESPECIALES DE ELIMINACIÓN.** Ninguna especial. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Lundbeck España, S.A. Uv. Diagonal, 605. 08028 Barcelona. España. **7. NUMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Cipralex 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.230. Cipralex 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.234. Cipralex 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 65.233. **8. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN / RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN.** Cipralex 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. Cipralex 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. Cipralex 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular: 13.02.2003 / 07.12.2006. **9. PRESENTACIÓN Y PRECIO PVP (IVA).** Cipralex 10 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 23,01€, P.V.P. IVA 23,99€. Cipralex 15 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 34,51€, P.V.P. IVA 35,89€. Cipralex 20 mg, envase con 28 comprimidos P.V.P. 46,01€, P.V.P. IVA 47,85€. **10. CONDICIONES DE DISPENSACIÓN POR LA SEGURIDAD SOCIAL.** Con receta médica. Especialidad reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Círculo de aportación reducida. **11. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Febrero de 2007.



En **3** años hemos
corrido mucho...



...ya hemos logrado
nuestra **5^a** indicación:
Trastorno Obsesivo - Compulsivo.



En depresión y ansiedad,
rapidez y potencia
son decisivas



Lundbeck  **Cipralex**
escitalopram