



Medical Economics®

www.medecoes.com

5 ANIVERSARIO

6 de junio de 2008

EDICIÓN ESPAÑOLA

Gestión Profesional / Atención al Paciente

Cómo *tratar* a los pacientes sin cita

Pág. 42

S.P.A.

SPANISH PUBLISHERS ASSOCIATES S.L.

ADEMÁS

Chequeo



(Ver páginas centrales)



TODO ESTE PODER, AHORA CONTRA EL CÁNCER

- Yondelis®, primer medicamento comercializado por PharmaMar.
- Cinco nuevos compuestos en desarrollo clínico.
- Un catálogo de 60.000 muestras de organismos marinos.

42

En portada

Cómo tratar a los pacientes sin cita

La política a seguir con este tipo de pacientes depende de múltiples factores que varían de un consultorio a otro, e incluso de un médico a otro dentro del mismo centro.



POLITICA SANITARIA

49 Médicos en el Parlamento

Una treintena de médicos se sientan en los escaños del Congreso de los Diputados y del Senado. La mayoría forman parte de las respectivas comisiones de Sanidad.

CHEQUEO HOSPITALES

25 Grupo Hospital de Madrid

Hace 20 años el Grupo Hospital de Madrid comenzó su andadura con un antiguo hospital en el centro de la ciudad. Hoy suma cuatro hospitales más y un *cancer center* con 750 camas en total.



49

Medical Economics **Chequeo
hospitales**



25



Porque lo importante
es su seguridad



*En A.M.A. lo sabemos y
por eso hemos añadido
nuevas ventajas
para que dentro de su
hogar tenga la seguridad
que usted merece.*

nuevas ventajas

- Protección Jurídica
- Daños estéticos al continente en cualquier garantía
- Bonificaciones
- Asistencia 24 horas
- Presupuestos personalizados
- Averías de electrodomésticos



40 años asegurando a los profesionales sanitarios



Infórmate sobre todos nuestros Seguros y Servicios:

- Teléfono Central Madrid **91 343 47 00**
- A través de internet: **www.amaseguros.com**
- En las delegaciones AMA de cada provincia

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@spaeditores.com

Publicidad Barcelona

Marta Blázquez
mblazquez.spa@drugfarma.com

Administración

Ana García Panizo
Tel.: 91 500 20 77

Suscripciones

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

Tarifa ordinaria anual 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 

ACTUALIDAD

- 5 Mi punto de vista
- 7 Termómetro
- 10 Profesión/Finanzas

LA VISIÓN DEL EXPERTO

- 12 Gestión Profesional
- 14 Gestión de Calidad. Enfermería
- 16 Tribunales
- 18 Capital Riesgo
- 54 Internet y medicina
- 56 Inversiones
- 58 Renta 2008 (IV)

Y ADEMÁS...

- 8 Atención al paciente
- 60 Tres de últimas
- 63 Clasificados



ENCUESTA VIA INTERNET

¿Qué hace con los pacientes no citados?

Participe a través de nuestra web:
www.medecoes.com

* Los resultados serán publicados en números posteriores de Medical Economics



CURSOS ON LINE

- Principios de la Cura en Ambiente Húmedo
- Antisepsia y Desbridamiento

Medical Economics organiza, con el patrocinio de Salvat, dos cursos especialmente dirigidos al profesional de Enfermería y centrados en aspectos actualizados sobre la atención integral de las heridas. Para participar conecte con:

www.medecoes.com



SU OPINIÓN ES IMPORTANTE

Envíe sus cartas, sugerencias u opiniones a través de nuestra web:

www.medecoes.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 Hospitalares

Margarita Alfonso

Secretaria General de Fenin

José Luis Álvarez-Sala Walthers

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 Clínic 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 Clínic 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.

Eugeni 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

Mi punto de vista

Elegir un seguro sanitario

El sistema sanitario público ofrece una cobertura amplia y protege casi a todos los ciudadanos. Es un sistema que funciona razonablemente bien en Cataluña y en el resto de España, pero que debe superar los retos y la rigidez que a medio plazo le plantean los avances tecnológicos, los cambios en la demanda y el envejecimiento de la población.

El catálogo de prestaciones del sistema sanitario público recoge las técnicas y procedimientos a las que tienen derecho los ciudadanos. Algunos servicios —muy pocos— quedan excluidos, como es el caso de la cirugía de cambio de sexo —excepto en patologías específicas— o la cirugía estética —siempre que no sea debida a un accidente, una enfermedad o malformación genética—, el psicoanálisis y la hipnosis.

Las virtudes incuestionables del sistema sanitario público —extenso catálogo de prestaciones y cobertura casi universal— son, al mismo tiempo las responsables de sus debilidades: debe afrontar una demanda muy amplia y diversa de servicios para toda la población, con una oferta de recursos (humanos, tecnológicos y de equipamientos) por fuerza limitada y que deben garantizar la equidad de acceso social y geográfico.

Esta difícil ecuación se ha resuelto hasta ahora positivamente, todo y reconociendo la existencia de algunos aspectos no deseados como son las listas de espera. Uno de los factores que lo ha permitido ha sido el notable crecimiento de los recursos destinados a salud. Desde el año 1990 a 2003, el gasto sanitario *per capita* ha aumentado por encima del PIB, del 21 por ciento al 28 por ciento, pero hay consenso en que este diferencial de gasto no se podrá mantener indefinidamente.

El incremento progresivo del nivel de vida de nuestro país y un cambio gradual de mentalidad, que otorga cada vez más importancia a todo aquello relacionado

con la salud, explica el creciente nivel de exigencia a los servicios sanitarios y la búsqueda de aquello que cada individuo considera como la mejor alternativa asistencial para sus problemas de salud.

En este contexto, la demanda de servicios sanitarios privados se incrementa de manera gradual, fundamentalmente a través de los seguros de salud privados. El perfil de cliente que contrata esta cobertura sanitaria es el de una persona de clase alta o media-alta, de profesión liberal, que busca comodidad a la hora de ir al médico y de ser hospitalizada, y que valora mucho la posibilidad de escoger el especialista y el centro donde quiere ser tratado.

Uno de los aspectos más valorados en la sanidad privada es la inexistencia de listas de espera, que permite que el asegurado sea visitado por el médico que desea, casi en el momento en que lo solicita. Otros factores muy bien considerados son el acceso directo al especialista sin necesidad de pasar primero por el médico de cabecera y la libre elección de médico y centro médico de acuerdo con sus necesidades o preferencias. También son motivo de satisfacción la hospitalización en habitaciones individuales con baño completo y cama para acompañante, la rapidez en la obtención de resultados de las pruebas médicas y la asistencia médica y citas a través del teléfono e Internet, con un servicio de asesoramiento que aconseja y resuelve dudas sobre síntomas, problemas de salud y medicamentos.

En España el 17 por ciento de la población, es decir, alrededor de 7 millones de personas, tienen contratada una póliza de seguro de asistencia médica privada, según Investigaciones Cooperativistas entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). En Cataluña 1.340.000 personas —1 de cada 4/5 ciudadanos— tiene seguro privado además del obligatorio y 200.000 más están in-



Antonio Mateu Serra*

tegrados en otros colectivos (Muface, Isfas y Mugeju).

Además, como manifiesta el grupo de trabajo para la racionalización y el financiación de los gastos sanitarios, los seguros privados disponen de una tradición que no tiene ningún otro territorio del Estado español, y que es parte importante de Cataluña.

Tipos de seguros

Los dos tipos de seguros privados de salud que hay en el mercado son los de enfermedad y los de asistencia sanitaria, aunque se pueden encontrar productos mixtos que combinen las dos modalidades. En el seguro de enfermedad, la compañía abona la totalidad o una parte de los gastos ocasionados para el tratamiento, que previamente ha abonado el usuario.

Pero el seguro más extendido —con un 80 por ciento de la cuota de mercado— es el de asistencia sanitaria completa (médicos de familia, especialistas) con servicios en el territorio nacional y libre elección de médicos dentro de los cuadros de la compañía. Obstetricia-Ginecología, Pediatría y Cirugía Ortopédica y Traumatología son las especialidades más solicitadas por los usuarios de la sanidad privada. Junto con estas prestaciones, los seguros privados también cubren la asistencia hospitalaria, intervenciones quirúrgicas, urgencias, partos, análisis, exploraciones, tratamientos, medicina general y especializada y asistencia a domicilio, entre otros.

Antes de contratar una póliza de seguros de asistencia sanitaria, se deben revisar minuciosamente las condiciones y prestaciones y asegurarse de que los servicios concertados cubren las necesidades. Hay que leer con atención la letra pequeña de la póliza y comprobar si la compañía dispone de una dilatada experiencia en el sector, de una amplia lista de profesionales de reconocido prestigio y clínicas a disposición del asegurado y de una adecuada cobertura geográfica. Es importante informarse sobre la calidad que ofrecen los centros concertados y no solamente en el aspecto hospitalario sino también en asistencia, instalaciones y equipamientos médicos y averiguar si disponen de la acreditación sanitaria oficial.

Para un número determinado de personas el sector privado sanitario tiene un carácter complementario al público, con el que coexiste.

Los dos sectores público y privado tienen un impacto económico positivo de creación de riqueza o de alta generación de puestos de trabajo.

A nuestro entender, conviene mantener la convivencia y complementariedad entre la sanidad privada y la pública y potenciar los aspectos que favorecen las dos. ■

La industria farmacéutica crece un 15,1 por ciento más que en 2006

La industria farmacéutica invirtió 922 millones de euros en Investigación y Desarrollo (I+D) en 2007 en España. Estas cifras suponen un incremento total del 15,1 por ciento respecto al ejercicio anterior.

La industria farmacéutica creció un 15,1 por ciento más en 2007 e invirtió 922 millones de euros en Investigación y Desarrollo (I+D) en España, según datos de la Encuesta sobre Actividades de I+D en 2007 que elabora anualmente Farmaindustria entre sus asociados y que fueron hechos públicos en rueda de prensa por el presidente y el director general de la Asociación, Antoni Esteve y Humberto Arnés, respectivamente.

Ambos destacaron el hecho de que en el período 2001-2006 se produjera una gradual desaceleración en el crecimiento de los gastos en Investigación y Desarrollo (I+D) de la industria farmacéutica, tendencia que se rompe en 2007, registrándose un repunte del 15,1 por ciento. Así, los gastos en I+D de la industria farmacéutica han pasado de 765 millones de euros en 2005 a más de 922 millones de euros a cierre de 2007.

Auge de la I+D

Tanto el presidente como el director general de Farmaindustria hicieron hincapié en que estos datos confirman el liderazgo de la industria farmacéutica como sector más intensivo en Investigación y Desarrollo (I+D) en España, y atribuyeron el repunte de las inversiones el pasado ejercicio a que las compañías vislumbraron cierta perspectiva de estabilidad, especialmente, esto se debe, entre otras cosas, a los cambios producidos en el Ejecutivo en el último semestre del año.

De los 922 millones de euros invertidos en Investigación y Desarrollo (I+D) en 2007 por las compañías farmacéuticas en España, el grueso del gasto se dedicó a ensayos clínicos (411, de los que cerca de la mitad se destinaron a ensayos de fase III); se invirtieron 154 millones en investigación básica; 94 en investigación galénica; 92 en investigación preclínica; 87 en Farmacoeconomía, epidemiología y estudios post-autorización; y 39 millones de euros en desarrollo tecnológico; entre otras partidas. ■

El Termómetro

Comunicación versus información

i Comunicas o informas? Una buena cuestión, una perfecta disyuntiva que todos los profesionales, especialmente los sanitarios deberían hacerse y responder. Es curioso pero cuando nos ponemos en el otro lado del espejo, es decir cuando asumimos la condición de paciente, es cuando nos damos cuenta de nuestras carencias en esta materia. Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, comunicar tiene varias acepciones, entre ellas las de: hacer a otro partícipe de lo que uno tiene; descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo; conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito, etcétera. Si bien creo que la palabra queda un tanto desnuda ante su auténtico significado en Medicina, no es menos cierto que al menos tres términos nos pueden ayudar a reflexionar, a saber, hacer partícipe, descubrir y conversar siendo estos tres elementos los que conjugados dan todo el sentido a una responsabilidad que es privilegio de esta profesión humanística por antonomasia, la Medicina.

Es este un momento tecnificado y especializado hasta la saciedad. Vivimos en un entorno en el que la información nos envuelve y nos rodea a través de los más diversos canales de comunicación, especializados y no. Un momento donde se encuentra latente y presente la inmensa soledad del individuo.

Proust dejó escrito: “Nos comunica alguien su enfermedad o su revés económico, lo escuchamos, lo compadecemos, tratamos de reconfortarle y volvemos a nuestros asuntos. ¡Qué solas estamos las personas!”.

Recientemente en un estupendo artículo publicado en el diario *El País*, se afirmaba que en Corea del Sur las relaciones sociales y afectivas a través de los medios electrónicos superan ya en frecuencia y número a las que se mantienen cara a cara. Todo ello hace que el individualismo del que tanto hablaba Jameson aumente, no sólo en los estratos sociales, sino muy especialmente en los profesionales

y laborales y se extienda y anide en nuestra sociedad.

Las profesiones vinculadas a la sanidad han sido calificadas tradicionalmente como el prototipo de especialidades de carácter marcadamente humanista, término definido en la RAE como “doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos”. En Medicina, el trato con el individuo y la compasión por su sufrimiento alcanza su máxima expresión con la vocación de sanar no sólo el cuerpo sino las implicaciones psicológicas y sociales que conlleva la pérdida de la salud, tal y como apunta la OMS. Decía Gregorio Marañón que el principal instrumento para el médico es la silla, puesto que facilita el trato personal, el diálogo y por lo tanto el descubrimiento de las causas de la enfermedad, que pueden estar ocultas al propio individuo por desconocidas o por no manifestadas. Pero también Don Gregorio nos dejó otra reflexión que viene a colación de esta reflexión personal y es la importancia del órgano del oído en su máxima expresión y utilidad, que no es otra que la de escuchar, que no oír, y que también según la Real Academia significa “prestar atención a lo que se oye”.

Es a mi entender necesario, que todas estas virtudes se potencien y se frecuenten en las facultades y escuelas donde se imparta la encomiable ciencia del sanar en sus más diversas y múltiples acepciones. Que vuelvan o se instauran especialidades relacionadas con la comunicación, donde además de las asignaturas tradicionales, se enseñe y se refuerce la idea clásica de que el individuo ha de ser visto desde un punto de vista integral y no como un problema a resolver por la ciencia, contrariamente a como hoy en día parece que alardean algunas series de televisión de gran impacto social. En definitiva, la comunicación con y para el paciente, hace que éste se sienta cada vez más informado y formado para tomar sus propias decisiones, lo que incide directa y fehacientemente en su autonomía, y en la capacidad de gestionar su propia salud. ■



Fernando Mugarza*

*Director de Comunicación de Pharmamar. (Grupo Zeltia). Miembro de honor de Forética
Coordinador de RSC del Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social.

La musicoterapia en la Unidad de Oncología

La musicoterapia es el uso de la música en combinación con los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un músico terapeuta cualificado, con un paciente o grupo de pacientes para conseguir un beneficio terapéutico.



Gloria Herías Corral*

El cáncer sigue siendo una enfermedad tabú y aunque la ciencia y la tecnología han avanzado en este campo de forma importante y podemos hablar de muchos tipos de tumores que se curan, se convierte en una enfermedad crónica, que el paciente lleva consigo de por vida aunque se haya curado. El apoyo psicológico a los pacientes oncológicos orientado a comprender y asimilar su enfermedad es muy importante, ya que el primer impacto que recibe, al ser informado sobre su enfermedad, es un gran rechazo de la misma que acaba llevando al paciente a un estado de desánimo profundo, abandonando toda actitud de lucha y dejándose llevar solamente por los acontecimientos. En el estado de ánimo del paciente enfermo de cáncer influyen factores tales como su temperamento primario, es decir, su estado normal antes de la enfermedad, su estado de ánimo derivado de la enfermedad, su estado de ánimo actual, que puede variar diariamente, debido a la administración de fármacos y al tratamiento de la quimioterapia y sus ritmos fisiológicos.

El beneficio de la música ante la enfermedad

Para salir de ese estado anímico de abatimiento es preciso restablecer la comunicación del paciente, tanto con el entorno sanitario como familiar, a fin de generar la capacidad de lucha y aceptación de la enfermedad.

Con este fin en la Fundación Jiménez Díaz se ha implantado un programa de musicoterapia en la Unidad de Oncología. El inicio de este programa partió del interés de una maestra, Carol Molinero, que está realizando un master de musicoterapia y acudió a nuestro servicio de Atención al Paciente para manifestar su interés por rea-

lizar prácticas musicales con pacientes oncológicos. Llevaba tiempo intentando encontrar un hospital donde poder realizar sus prácticas y le estaba resultando difícil conseguir ese hueco que precisaba. El interés y entusiasmo que ella manifestaba acerca de este proyecto hizo que tanto los responsables médicos como de enfermería de la Unidad de Oncología se decidieran a ponerlo en marcha.

¿Por qué la música? Por todos son conocidos los beneficios musicales para el estado anímico de las personas. Y sobre todo cuando ésta es dirigida de forma específica a una persona o grupo de personas con fines terapéuticos. La musicoterapia es el uso de la música en combinación con los elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un músico terapeuta cualificado, con un paciente o grupo de pacientes para conseguir un beneficio terapéutico.

El objetivo de la musicoterapia es facilitar y promover la comunicación, las relaciones, el movimiento, la expresión y la organización como elementos terapéuticos relevantes, para satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas del paciente y desarrollar potenciales para restaurar la comunicación de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración consigo mismo y con su entorno para mejorar su calidad de vida.

A tal fin, el musicoterapeuta trata, a través de la música, de estimular el estado anímico, paliar las dolencias y mejorar el post tratamiento de la medicación.

Con este objetivo, la responsable de enfermería de la Unidad de Oncología decidió buscar una pequeña sala diáfana, con moqueta en el suelo, un equipo de música, instrumentos musicales de percusión, telas

» La enfermera explica a cada paciente y a su familia en qué consiste el programa y el beneficio que le va a proporcionar, de forma que no agobie al paciente ni se sienta comprometido a asistir.

» El musicoterapeuta trata a través de la música, de estimular el estado anímico, paliar las dolencias y mejorar el post tratamiento de la medicación con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente.



y pañuelos, mantas para la relajación, folios, cartulinas, lápices de colores, rotuladores, papeles y cartulinas, como material complementario para facilitar la expresión corporal, rítmica e imaginativa de los pacientes.

Una vez conseguido el material, una de las cosas más preocupantes para los responsables de esta unidad era conocer la aceptación del programa por parte de los pacientes y el desarrollo de las clases.

¿Cómo atraer a los pacientes?

La enfermera responsable de la unidad explica a cada paciente y a su familia en qué consiste el programa y el beneficio que le va a proporcionar. Esto se hace de forma que no agobie al paciente ni se sienta comprometido a asistir, pues en un principio puede resultarles llamativa tal oferta, ya que los pacientes no suelen estar animados a participar en el programa y sólo aquellos que conocen los beneficios de la música se animan a experimentar ese contacto con ella dentro del entorno del hospital, mientras luchan con su enfermedad.

La participación de estos pacientes ha dado y está dando lugar a comentarios tan positivos entre los demás compañeros y sobre todo de sus familias, que éstas en su afán de hacer todo lo imposible para mejorar el estado anímico del enfermo, solicitan a los músicos que acudieran a la habitación del paciente. En muchas ocasiones, cuando los músicos acuden a la habitación del paciente que no les espera, provocan situaciones verdaderamente emotivas, desde el solo esbozo de una sonrisa o la sensación de placidez del enfermo al oír los primeros acordes musicales, hasta ponerse a cantar, cuando conocen la letra de las canciones.

El musicoterapeuta utiliza dos métodos de trabajo. El primero de ellos es el método pasivo mediante la audición musical como estimulación de la creatividad, a través de la expresión verbal escrita o plástica de los pacientes y el uso de técnicas de estimulación de imágenes, orientadas a generar diferentes estados de ánimo, tales como la risa, la nostalgia y la alegría, entre otros. Con este método, la música que escucha el paciente, en un ambiente lo más relajado posible y sentado o tumbado, es siempre

música grabada. Y se puede realizar tanto en la habitación del paciente como en la sala de musicoterapia. La finalidad de este método es sugerir imágenes y fantasías que les alejen en cierta medida del sufrimiento, así como provocar recuerdos y sentimientos conscientes y subconscientes que ayuden al paciente a sobrellevar el tratamiento y cambios en las emociones y en los sentimientos, sobre todo la culpabilidad y hacer tomar conciencia al paciente de la existencia de sentimientos distintos a los suyos en los demás, para que los acepte y los respete.

El método activo también utilizado en estas clases es donde se desarrolla la improvisación musical, el diálogo musical y la expresión libre y dirigida. Las actividades que pueden realizar los pacientes con este método van desde tocar un instrumento, componer, cantar y bailar.

El canto trabajado en el hospital con pacientes de este tipo de padecimiento, puede ser un medio de sublimación de tendencias y la agresividad puede reflejarse y calmarse a través de ritmos trepidantes y pasar a otros ritmos menos hirientes.

La danza como técnica que se utiliza en las sesiones de musicoterapia no tiene como objeto la educación (aprender a bailar), ni la reeducación psicomotriz. El auténtico valor terapéutico de la danza está en la posibilidad de que el paciente se exprese y experimente para liberar tensiones, crear y recrear emociones, “dejarse ir”, y “salir de sí mismo”.

Para finalizar, el deseo es transmitir los beneficios tan importantes que tanto para los pacientes como para sus familias tiene la musicoterapia en el hospital. Desde finales de marzo que empezamos a desarrollar el programa, con dos sesiones semanales de cuarenta y cinco minutos cada una ya han participado 45 pacientes y sus familias. Ellos escuchan el arpa, la guitarra y el organillo entre otros instrumentos y aquellos que tienen cualidades, son capaces de expresar a través del canto sus emociones interiores y rasgar con sus manos los acordes de algún instrumento que un día aprendieron y que en este duro momento de su vida apenas querían recordar y sin embargo, estos jóvenes músicos han sido capaces de hacerles salir de su silencio. ■

Profesión/Finanzas

Noticias de su interés.

Ojo al Dato

5.393

millones de euros ascendió el volumen de primas del segmento salud en España en 2007.

9,6

por ciento más que el año anterior.

1.085

millones de euros correspondieron a Adeslas, la primera del sector.

20,08

por ciento fue su cuota de mercado.

16,76

por ciento de cuota de mercado tuvo Sanitas, la segunda del sector.

Fuente: Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras (ICEA).

JULIANA FARIÑA ES REELEGIDA

Los médicos optan por el continuismo en el Colegio de Médicos de Madrid

Juliana Fariña ha ganado, por mayoría absoluta, las elecciones al Colegio de Médicos de Madrid, en unos comicios en los que por primera vez se presentaron cuatro candidaturas y en los que votaron 6.600 colegiados, algo más del 19 por ciento de los censados.

Más de mitad de los casi 6.600 médicos que acudieron a las urnas optó por la continuidad de Fariña, después de que, a punto de concluir su mandato de acuerdo con los estatutos, decidió cambiarlos para poder volver a optar a la reelección por tercera vez, decisión que contó con el apoyo del Gobierno de la Comunidad.

La candidatura encabezada por Fariña consiguió 3.833 votos; la de Carlos Amaya, 1.571; la de Guillermo Sierra, 1.101; y la de Manuel Cabeza, 72.



Juliana Fariña.

MEDICINA EN LA RED

Google estrena en EE UU un servicio personalizado para el cuidado de la salud



Google ha lanzado por fin su esperado servicio de salud: Google Health. El portal, ya disponible en <http://www.google.com/health/>—aunque de momento sólo para EEUU—, permite a los interesados almacenar, organizar y gestionar todos sus datos médicos sin salir de casa. Una vez los datos están en la cuenta de Google, el buscador reunirá información relacionada con ellos sobre noticias médicas, farmacias o especialistas que

puedan interesarle al usuario. Dispone también de un directorio médico organizado por decenas de especialidades.

BOLSA

Las empresas del Ibex ganan un 17 por ciento más en el primer trimestre

A pesar de la crisis o desaceleración económica, las compañías que conforman el selectivo índice español Ibex 35 obtuvieron en el primer trimestre de este año un 16,74 por ciento por ciento más de beneficio que en el mismo período del año anterior, según datos de la Comisión Nacional del Mercado de Valores (CNMV). El total de ganancias netas ascendieron a 12.963,7 millones de euros. Sólo dos empresas: Iberia y Cintra, presentaron resultados negativos.

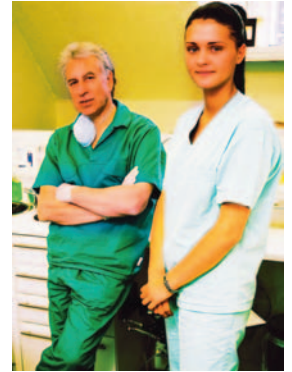


EMPLEO

Sanitas y Ribera Salud reclutarán a 700 profesionales para su nuevo Hospital L'Horta Manises

Sanitas y Ribera Salud seleccionarán a más de 700 profesionales de 59 perfiles diferentes para el nuevo hospital que tienen previsto inaugurar durante el primer trimestre de 2009 en la localidad valenciana de Manises. Los puestos de trabajo se clasificarán en tres grandes áreas: gerente y equipo directivo; jefes de área, jefes de servicio y personal sanitario, y personal de gestión y administración. El centro hospitalario, integrado en la red asistencial de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, tiene prevista su apertura durante el primer trimestre de 2009.

Por otro lado, Sanitas ha sido galardonada con el Premio Madrid Excelente a la confianza de los clientes. Se trata de un premio que reconoce el compromiso con la excelencia de las mejores empresas madrileñas.



CURSO 2008-2009

El Gobierno central autoriza la creación de tres nuevas facultades de Medicina en Cataluña y sólo una en Madrid

El Gobierno central ha autorizado la creación de tres nuevas facultades de Medicina en Cataluña, y denegado el mismo número de facultades en Madrid, comunidad en la que sólo ha autorizado la apertura de una de ellas. Asimismo tampoco han sido autorizadas las solicitadas por Murcia y Valencia.

En concreto, la Comunidad de Madrid había ofrecido la Universidad Rey Juan Carlos, la Francisco de Vitoria, la Universidad Europea de Madrid y la Alfonso X El Sabio para que implantasen esta carrera. Sin embargo, el Gobierno sólo ha dado el permiso a la primera, que es el único centro público. La consejera de Educación de la Comunidad de Madrid, Lucía Figar, se ha mostrado "indignada" por esta decisión que se recoge el último informe de la Agencia Nacional de Evaluación, Calidad y Acreditación (ANECA).



PENAS DE HASTA CINCO AÑOS

Protocolo de actuación contra los agresores médicos

El Colegio de Médicos de Madrid y el Fiscal Superior de la Comunidad Autónoma de Madrid, Manuel Moix, han firmado un protocolo de actuación contra los agresores a los médicos madrileños, cuyo delito puede costarles hasta cinco años de cárcel. El protocolo especifica que "es una realidad insoslayable el aumento exponencial de agresiones que viene sufriendo en los últimos años el personal sanitario, y en especial los médicos, que prestan servicio en los centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid". El escrito confirma que el Colegio de Médicos de Madrid "va a actuar como parte indispensable a la hora de obtener la sentencia condenatoria en grado máximo a los agresores de los médicos, con sentencias de hasta cinco años de reclusión".



NUESTRA ENCUESTA VÍA INTERNET

www.medeco.es.com

Medical Economics

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



La mayor parte de nuestros lectores (37 por ciento) creen que no tiene demasiada importancia que la investigación biomédica dependa del Ministerio de Ciencia y un 24 por ciento que sólo algunos temas deberían depender de Ciencia. Mientras, un 22 por ciento no está de acuerdo con esta decisión, y un 17 por ciento, por el contrario, opinan que es algo positivo.

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

Gestión Profesional

La calidad como elemento de gestión



Jose María Martínez García*

» Ahora, los resultados finales valorados por el paciente y su entorno exterior van unidos a un concepto más amplio de calidad y se transforman en algo integral de enorme valor.

» La calidad hace referencia al grado de adecuación al uso o, lo que es lo mismo, el grado de coincidencia del servicio con los requisitos del paciente.

Hasta hace poco la calidad que se suponía a una clínica era la que el médico podía ofrecer en un proceso determinado. Esto ha evolucionado. Ahora, los resultados finales valorados por el paciente y su entorno exterior van unidos a un concepto más amplio de calidad y se transforman en algo integral de enorme valor.

Ese concepto de valor tan grande, integrado en los demás parámetros tradicionales de valoración de un centro, debe ser gestionado y utilizado para conseguir un desarrollo mucho más continuado y seguro durante toda la vida futura de dicha clínica. De la habilidad de su manejo estratégico, de su gestión, se desprenderá la categoría profesional de un gerente sanitario. Por tanto, aunque el tema se ha tratado en esta revista por varios profesionales desde su inicio y sigue haciéndose, en estos próximos ejemplares lo haremos como una herramienta integral de gestión.

Satisfacción y percepciones del individuo

Hay que empezar por ver cómo junto a esos valores asistenciales, técnicos y científicos adquieren también gran importancia la satisfacción y las percepciones del individuo. No es sólo lo que se le hace, cómo se le diagnostica y si se cura o no, sino cómo se ha sentido, si le han dejado elegir, si ha podido opinar o si le han tratado bien, los indicadores también a considerar en una clínica moderna.

Definamos la calidad. Se trata del grado de adecuación al uso o, lo que es lo mismo, el grado de coincidencia del servicio con los requisitos del paciente.

A su vez, cuando hablamos del sistema de calidad, deberemos asumir que es la estructura organizativa, de procedimien-

tos, de procesos y de recursos necesarios para gestionar la calidad.

Un sistema de calidad aporta a una clínica en general:

- Unos objetivos concretos.
- Funciones y responsabilidades.
- Criterios de funcionamiento.
- Detección y documentación de carencias.
- Información organizada para realizar análisis.
- Una forma de manifestar posibilidades de mejora.
- Prevención y corrección de fallos.

Antes de empezar a hablar de calidad, hay que hacerlo de las instituciones que se ocupan de preservarla y promoverla, internacionalmente y, quizás, la más importante, la primera que recomiendo, es ISQUA, con sede en Australia. Varias clínicas españolas ya son miembros de ella. Recomiendo que, a nivel de introducción en el tema, se consulte su página *web*: <http://www.isqua.org.au>. En ella se podrán empezar a obtener informaciones muy valiosas.

En España, el centro a estudiar es la Fundación Avedis Donabedian, en Barcelona, gestora de Joint Commission International de Estados Unidos.

Y antes de terminar y como enlace con los próximos capítulos que veremos de este tema, definamos lo más elemental de esta doctrina de la calidad, de cómo empezarla. Será definiendo dos conceptos básicos que se exponen aquí.

Misión: recoge, de forma sintetizada, los objetivos de orden superior, hace avanzar a la organización y centra sus esfuerzos.

Visión: es una declaración determinada, dinámica y compartida por todos los miembros de una organización, respecto al compromiso de todos y cada uno de los elementos integrantes con la realidad asistencial. ■

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

Para contactar: josemmartinezg@eresmas.net

Honorio Bando presenta en Santander su último libro

En el marco del XII Congreso de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, tuvo lugar la presentación del libro "Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud", última obra de Honorio-Carlos Bando Casado.

El consejero de Dirección del Instituto de Salud Carlos III, Honorio-Carlos Bando Casado, presentó en Santander su último libro: "Un compromiso con la sanidad: la promoción integral de la salud". El acto se celebró en el marco del XII Congreso de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, y contó con la presencia de una nutrida representación de



De izquierda a derecha, Manuel García Abad, Miguel Angel Vargas Díaz, Rafael Timermans del Olmo y Honorio Bando Casado.

especialistas en Medicina del Trabajo asistentes al congreso, así como de otras personalidades del sector sanitario. Presidió el acto Rafael Timermans del Olmo, secretario de la SEMST, y contó, asimismo, con la presencia de Miguel Ángel Vargas Díaz, director de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral de BP Oil España, entidad patrocinadora de la edición; Manuel García Abad, presidente de Spanish Publishers Associates (SPA), editora de la obra; y del propio autor.

Introdujo el acto el editor Manuel García Abad, quien expresó su satisfacción de haber colaborado con el autor en la publicación de esta obra. Honorio Bando realizó una revisión de la génesis y los contenidos de la misma, la cual detalla, con una cronología sistemática y múltiples citas bibliográficas, el acontecer de la protección de la salud en España, junto con el concepto de las denominadas Ciencias de la Salud y su formato multiprofesional; los retos futuros de la investigación biomédica y su necesidad; la recomendación de que la formación continúe siendo universitaria, apoyada en la sostenibilidad e imbricación de la industria y de las empresas de investigación. ■



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

OTRAS PRESENTACIONES:

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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Gestión de Calidad: Enfermería

La asistencia sanitaria integral



Charo Vaquero Ruipérez*

La complejidad de las organizaciones sanitarias y el compromiso asistencial con los ciudadanos, exige el desarrollo de herramientas que aborden los problemas de salud, con la suma de las aportaciones de todos los profesionales que intervienen en la atención sanitaria.

La atención integral a las necesidades de los pacientes requiere la coordinación de numerosas decisiones, actividades y tareas que realizan profesionales con una secuencia determinada para producir un resultado: “Conocer quién va a hacer qué, cómo y cuándo”; por lo que del trabajo en equipo y de la adecuada coordinación dependerá la eficiencia de la atención del proceso y su resultado en términos de satisfacción del ciudadano.

La gestión por procesos se considera un elemento clave para el funcionamiento de las organizaciones sanitarias; este modelo asegura la atención integral al paciente de manera más adecuada que los basados en funciones y atribuciones, donde muchas veces es complicado percibir e identificar de forma holística las necesidades de los pacientes, así como coordinar las respuestas de atención y cuidados.

Esta visión integradora, donde el proceso es el eje alrededor del que se producen las decisiones y actuaciones de todos los profesionales sanitarios, facilita la participación e implicación de todos ellos. Decidir en equipo como base del trabajo disciplinar, requiere compartir y comunicar, sin olvidarnos de la opinión y preferencias del paciente en todas aquellas decisiones que afecten a su salud.

Desde esta perspectiva, aspectos tales como la continuidad asistencial, la integración de los procesos, la cooperación multidisciplinar y la orientación hacia los resultados son elementos clave para obtener la calidad que deseamos alcanzar.

El valor que las enfermeras ofrecen a la sociedad es el del cuidado de la salud de las personas. La acción del cuidado y sus resultados sobre la salud se dan en cada una de las múl-

tiples circunstancias en las que se encuentran las personas atendidas. Por ello, la enfermera como profesional de la salud participa en la mayoría de las actividades asistenciales, que se generan en la atención sanitaria en cualquiera de los niveles asistenciales, teniendo un gran valor las aportaciones que realiza en los resultados de salud, tanto por la continuidad en los cuidados, como por la atención integral al ciudadano. Para ello, es importante la definición de las competencias profesionales para cada proceso asistencial. Si deseamos garantizar la atención integral al paciente, focalizando la actividad en la gestión por procesos, donde el punto de atención es el paciente y sus necesidades, se deberá incrementar el esfuerzo de toda la enfermería, ya que ello requiere de una práctica clínica adecuada y homogénea, en la que se tendrá que consensuar las recomendaciones clínicas necesarias, las guías de práctica clínica, los planes de cuidados, los procedimientos en cada proceso asistencial, y todo ello, basado en la máxima evidencia científica del momento; para evitar la variabilidad y heterogeneidad en la práctica clínica y asegurar a cada paciente la mejor práctica de enfermería posible.

Al mismo tiempo será imprescindible mejorar los sistemas de información para que permitan evaluar las actuaciones profesionales y los resultados. Estos deben estar integrados, deben identificar los procesos propios de enfermería, de tal manera que documenten adecuadamente toda la práctica enfermera.

Las organizaciones que partiendo del conocimiento del estado de salud de la población que atienden, orienten la prestación de la atención sanitaria a las necesidades de los ciudadanos, realizándolo de manera ágil, rápida y sencilla, con la implicación de todos los profesionales, —y además desarrollen estrategias para conocer y mejorar el grado de satisfacción de los ciudadanos y de los profesionales— serán organizaciones con una dinámica que les conducirá a la excelencia. ■

» La atención integral a las necesidades de los pacientes requiere la coordinación de numerosas decisiones, actividades y tareas.

» El valor que las enfermeras ofrecen a la sociedad es el del cuidado de la salud de las personas, y esto se produce en cada paciente atendido.

*Secretaria de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

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

PSN comienza su actividad aseguradora en Portugal

Previsión Sanitaria Nacional (PSN) abrirá tres nuevas oficinas en Portugal.

Previsión Sanitaria Nacional (PSN), mutua de seguros con más de 78 años de historia en España, ha dado su primer paso oficial en Portugal, inaugurando en un acto público su oficina central en Lisboa. En esta etapa inicial de lanzamiento, PSN también estará presente en Oporto y en Coimbra con sendas oficinas de atención. Como ocurrió en sus orígenes en España, PSN se dirigirá en principio a cubrir las necesidades de los profesionales sanitarios portugueses para llegar posteriormente a otras profesiones universitarias.

El acto de inauguración reunió a representantes de colegios profesionales portugueses, principalmente médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios y enfermeros. También asistieron responsables del Instituto de Seguros de Portugal, de la Comisión de Mercados de Valores Mobiliarios, de la Comisión Técnica de Vida y Fondos de Pensiones, así como de la Asociación Portuguesa de Aseguradores. Miguel Carrero, presidente de PSN, acompañado de miembros del Consejo de Administración, les agradeció su hospitalidad y cortesía y pronosticó “un futuro próximo, lleno de los mejores logros y beneficios para todos los profesionales de nuestra querida Iberia”.

Carrero se refirió a la larga historia de PSN y, especialmente, a su evolución más reciente, dirigida a constituir un grupo de empresas volcado por completo hacia el mundo profesional y sus necesidades. Las expectativas de los profesionales sanitarios españoles son similares a las de los portugueses, sólo que estos no cuentan con la tradición mutualista de los primeros y no han podido contar con los servicios de una entidad como PSN. “Por eso estamos aquí, con la idea del mutualismo por bandera, a favor del desarrollo y protección de las profesiones. Una mutua protege, una mutua responde, una mutua agrupa y crea conciencia de colectivo. ■

Premios PSN de Novela Corta

El jefe de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga, el doctor Fabio Rivas, ha recibido el II Premio PSN de Novela Corta por su obra “Dospierre”. La vicepresidenta de PSN, Carmen Rodríguez, impulsora del premio, se encargó de presentar el acto, y el presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia, José Carro Otero, pronunció una conferencia sobre los médicos gallegos literarios y las referencias literarias a la medicina gallega durante los siglos XIX y XX.



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-carbamil-glutámico 200 mg, Metionina (D.C.I.) 200 mg, Mesoinositol 200 mg, Nitrofuril (D.C.I.) 2 g. Excipientes: Macrogol 400, Macrogol 4000. Indicaciones: Heridas y úlceras tórpidas e isquémicas que presentan necrosis o detritus. Úlceras por decúbito. Quemaduras de segundo y tercer grado. Piodermitis. Antrax. Furunculosis. Adenitis supuradas. Limpieza enzimática de 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 los 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

Tribunales

Indemnización de 30.050 euros



Miguel Fernández de Sevilla*

Tribunal Supremo

Sala de lo Contencioso
Administrativo, Sección 6.
3 de Octubre de 2007

Hechos

La recurrente, de 69 años de edad, fue sometida a las primeras sesiones de un tratamiento de quimioterapia. Cuando llevaba unos diez minutos de tratamiento, se produjo una extravasación del líquido que se le estaba profundiando, suspendiéndose inmediatamente el tratamiento correspondiente y aplicándole el tratamiento indicado en estos casos. Posteriormente, la paciente acudió a su ambulatorio y a urgencias al Hospital Ramón y Cajal, de Madrid, donde se le realizó una intervención de cirugía estética para tratar de paliar las secuelas de la extravasación producida. Con posterioridad, fue sometida a otras intervenciones en el mismo hospital, consistentes en desbridamiento e injerto cutáneo en el brazo afectado. Después de las intervenciones y de la rehabilitación a la que fue sometida le quedaron unas secuelas.

Fallo

Por la paciente se interpuso recurso contencioso administrativo contra la denegación tácita de reclamación por responsabilidad patrimonial, fundada en indebida asistencia sanitaria que fue desestimada por la Sección Cuarta de la sala correspondiente de la Audiencia Nacional. Interpuesto recurso de casación, el Tribunal Supremo declaró haber lugar al mismo y estimó el recurso formulado, determinando en 30.050 euros el importe de la indemnización en favor de la recurrente, a la vista de las secuelas y lesiones ocasionadas.

En aplicación del artículo 139 de la Ley Jurisdiccional, la Sala determinó que no

procedía realizar un pronunciamiento ni en cuanto a las costas de instancia ni de la casación.

ANÁLISIS: Responsabilidad patrimonial de la Administración

Es evidente que nos encontramos ante un caso de responsabilidad patrimonial de la Administración.

Lo que en primer lugar lleva consigo, según reiteradísima jurisprudencia, es que la apreciación del nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado dañoso producido, o la ruptura del mismo, es una cuestión jurídica revisable en casación, si bien tal apreciación ha de basarse siempre en los hechos declarados probados por la sala de instancia, salvo que éstos hayan sido correctamente combatidos por haberse infringido normas, jurisprudencia o principios generales del Derecho al valorarse las pruebas, o por haber procedido, a la hora de hacer la valoración, de manera ilógica, irracional o arbitraria. En cuanto al daño debe ser efectivo evaluable económicamente e individualizado, siendo sólo indemnizable aquel daño que no haya obligación de soportar.

Aquí se probó que había sufrido una extravasación que pudo ser debida a factores intrínsecos del propio acto médico o a la malpraxis, que no quedó probada. Y es a la Administración a la que correspondía probar en el presente caso que se tomaron las medidas pertinentes para que la extravasación del líquido no se diese, prueba que en el presente procedimiento no se dio, desconociéndose la causa de la misma. Al no probar la Administración sanitaria que se hubiesen tomado medidas para evitar la extravasación y, habiéndose probado que las lesiones que padeció la paciente y las secuelas que le quedaron fueron producidas por la salida del líquido, se estimó la casación. ■

» El Tribunal Supremo estimó el recurso formulado, determinando en 30.050 euros el importe de la indemnización en favor de la recurrente, a la vista de las lesiones ocasionadas.

» La Sala determinó que no procedía realizar un pronunciamiento ni en cuanto a las costas de instancia ni de la casación.

*Profesor de Derecho Sanitario y letrado del Consejo General de Enfermería.
Para contactar: mfernandezmor@terra.es

Se celebra en Madrid el I Foro Iberoamericano de Entidades Médicas

Médicos españoles e iberoamericanos se reúnen con el objetivo de analizar la libre circulación de profesionales, la homologación de títulos y la emigración de médicos entre países iberoamericanos.

Los máximos representantes de las entidades médicas profesionales españolas, portuguesas y de otros países iberoamericanos, junto a responsables políticos analizaron temas clave para la profesión como la demografía médica, la regulación de la inmigración de médicos latinoamericanos, programas de especialidades en Europa e Iberoamérica, o los requisitos actuales para la homologación de títulos, entre otros muchos, dentro del I Foro Iberoamericano de Entidades Médicas (FIEM).

La reunión sirvió para denunciar la mala distribución y el deficiente aprovechamiento de los recursos y profesionales médicos en los países desarrollados, rechazando asimismo un uso político de la sanidad. De hecho, los representantes de la Organización Médica Colegial (OMC) y de varias organizaciones médicas iberoamericanas se han comprometido a promover la creación de un organismo autónomo y permanente para la defensa de la profesión médica que impulse la institucionalización de normas que regulen la investigación, divulgación y control de los recursos sanitarios.

Declaración de Madrid

En este sentido, el vicesecretario de la OMC, Francisco Toquero, insistió en la necesidad de que los facultativos cuenten con 'un nexo de unión' que les permita seguir cooperando.

Las conclusiones del Foro de ha hecho públicas a través de la "Declaración de Madrid". En este documento se denuncia la mala distribución y aprovechamiento de los recursos médicos en los países desarrollados que conlleva el desabastecimiento de los recursos humanos y, por tanto, un déficit de la asistencia sanitaria.

Otro de los objetivos expuestos en este encuentro ha sido la necesidad de trabajar en los campos comunes que benefician el desarrollo de la profesión médica para la mejora de los estándares de calidad de la atención al paciente, respetando la situación organizativa de cada país. Entre los principales asuntos se encuentran abordar la formación de postgrado, la homologación de titulaciones, la enseñanza y un registro de profesionales. ■

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

InfoSalvat

900 80 50 80

infosalvat@salvatbiotech.com

SALVAT
innovación y calidad

Capital Riesgo

El proceso de negociación



Luis G. Pareras*

» Una negociación competitiva es aquella en la que cuando uno gana el otro pierde (en una dinámica de "ganar-perder", conocida en la terminología negociadora como negociación win-lose).

» En una negociación con capital riesgo, la cooperación es la única opción viable, y es importante que los emprendedores sanitarios lo entiendan.

Estamos constantemente negociando. Lo hacemos tanto en nuestra vida profesional como en la vida personal. Negociamos porque al final del día nuestro éxito depende, en buena medida, de las decisiones y acciones de otras personas que tienen diferentes intereses y puntos de vista.

De igual modo, el liderazgo efectivo de nuestra iniciativa emprendedora depende de nuestra capacidad para llegar a acuerdos valiosos con personas que pueden ayudar a que nuestra iniciativa salga adelante.

Esto es cierto con respecto al capital riesgo, potenciales alianzas con otras compañías, la relación con nuestros colaboradores, o en general con cualquiera que se cruce en el camino de convertir nuestra idea en realidad.

En los últimos años he visto con frecuencia cómo muchos emprendedores me plantean las cuestiones equivocadas cuando se preparan para una negociación. ¿Debería adelantarme en hacer la primera oferta o debo dejar que la otra parte haga esa primera oferta? ¿Debo ser franco y decirles realmente lo que necesitamos o debería ocultar información que me pueda interesar? ¿Debo ceder cuanto antes y dar concesiones o debo esperar hasta el final?

Sin embargo, estas preguntas son puramente tácticas.

Ninguna de ellas puede ser inteligentemente respondida sin entender, ante todo, que la negociación es un proceso que empieza mucho antes y acaba mucho después de la conversación con nuestro interlocutor.

Podríamos definir la negociación como un proceso orientado a la resolución de un problema. Cada negociación es una oportunidad para crear valor, por

lo tanto pensar con creatividad resulta esencial.

El negociador debe ser consciente de que el problema de la otra parte es una imagen espectacular de su propio problema, de manera que resolver el problema de la otra parte es un medio para resolver el suyo. Para ello, es importante practicar y desarrollar la empatía: nuestra capacidad de ponernos en la piel del otro.

Una negociación competitiva es aquella en la que cuando uno gana el otro pierde (en una dinámica de "ganar-perder", conocida en la terminología negociadora como negociación win-lose). Por el contrario, una negociación colaborativa es aquella en la que ambas partes ganan (dinámica de "ganar-ganar", o win-win). En esta última, para ganar debemos tratar de ayudar también a la otra parte.

Las negociaciones con el capital riesgo son siempre colaborativas. Es importante saber en qué tipo de negociación estamos inmersos, porque nuestra estrategia será muy distinta en función de si necesitamos competir o cooperar.

En las negociaciones competitivas nuestro único interés es salir bien parados nosotros. En las negociaciones colaborativas, en cambio, queremos también salir bien parados de la negociación, pero sabremos que ese resultado óptimo para nosotros pasa por entender y ayudar a la otra parte.

El negociador se enfrenta continuamente, por tanto, a una tensión entre "competir" (sacar el máximo partido sin importarle su oponente) y "cooperar" (crear valor tratando de generar opciones mejores para ambos). En una negociación con capital riesgo, la cooperación es la única opción viable, y es importante que los emprendedores sanitarios lo entiendan. ■

(*) 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.pareras@comb.es

Mesa redonda sobre retos en gestión profesional

Cerca de un millar de personas acudieron a las XVI Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Estética. José María Martínez, director asociado de MEDICAL ECONOMICS, participó en una de las mesas redondas celebradas.

Bajo el título *Retos insoslayables* se celebró recientemente en Sitges (Barcelona) una mesa redonda dedicada a la gestión profesional, en el marco de las XVI Jornadas Mediterráneas de Confrontaciones Terapéuticas en Medicina y Cirugía Estética, declaradas de Interés Científico y Profesional por la Organización Médica Colegial (OMC), y que contaron con la asistencia de casi un millar de personas. La mesa redonda, que conmemoraba el X Aniversario de la creación de la Sociedad Española de Medicina y Cirugía Cosmética (SEMCC), estuvo moderada por José María Martínez García, director asociado de MEDICAL ECONOMICS.

Gestión de la salud

Con un auditorio lleno de asistentes, pese a celebrarse la sesión en domingo, y con participantes de diversos países, la mesa redonda incluyó temas tan interesantes para la gestión de la salud como la creación de guías de práctica clínica y sus mecanismos de actualización continuada, la nueva reglamentación sobre protección de datos en el ámbito sanitario, la exención de responsabilidad con la existencia del consentimiento informado, la puesta en práctica de los diplomas de acreditación profesional en el marco de la LOPS, el marketing en Medicina y Cirugía Cosmética como camino al éxito profesional y la gestión del conocimiento en una organización clínica.

Esta última ponencia fue pronunciada también por José María Martínez, mientras que en las demás intervinieron especialistas españoles y latinoamericanos de diversos sectores sanitarios, destacando, en el ámbito institucional, la participación del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Colegio de Médicos de Barcelona y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Durante las jornadas han participado profesores universitarios de la talla de Jaume Alíjotas, Pier A. Bacci, Mauricio Ceccarelli, Julio Ferreira, M^a Antonia Lizarraga, o Joan Sabater, y destacados docentes internacionales como Jean-Luc Bachelier, Ghislaine Beilin, Denis Blache, entre otros. ■



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

SureSkin[®] II 
APÓSITOS HIDROCOLOIDES
DE II^a GENERACIÓN

FINANCIADO
POR LA
SEGURIDAD SOCIAL



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

Info  **Salvat**
900 80 50 80
infosalvat@salvatbiotech.com


SALVAT
innovación y calidad

antisepsia y desbridamiento

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.medecoes.com

donde encontrará información adicional sobre este curso.



CLUB MÉDICO INFORMATIVO

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



40 años viajando entre amigos
¡feliz aniversario!

Viajes por el mundo.

33 años

haciendo historia



POLITOURS

C.A.A. 19

www.politours.com

De venta en su Agencia de Viajes

LOS MEJORES CRUCEROS FLUVIALES DE EUROPA 2008

(FLETADOS EN EXCLUSIVA POR POLITOURS)

desde
950€
por persona

M. S. PRINCESS 3* SUP



CRUCERO POR LOS PAISES BAJOS

Crucero 8 días
de Ámsterdam a Brujas y viceversa
Salidas todos los DOMINGOS
15 de junio a 7 de septiembre 2008

M.S. SERENITY 4*

desde
985€
por persona



CRUCERO RHIN Y MOSELA

Crucero 8 días
de Colonia a Estrasburgo y viceversa
Salidas todos los LUNES
2 de junio a 22 de septiembre 2008

POLITOURS



RIVER CRUISES

desde
1.350€
por persona

M.S. RUSS 3* / M.S. ZISIMA 3*
M.S. NIZHNY NOVGOROD 3*



GRAN CRUCERO DE RUSIA

Crucero 11/12 días
de Moscú a San Petersburgo y viceversa.
Salidas todos los LUNES Y JUEVES
19 de mayo a 22 de septiembre 2008

**AVIÓN
INCLUIDO**

MS SWISS CRYSTAL 4* SUP
MS MY STORY 3* SUP

desde
890€
por persona



CRUCERO DANUBIO

Crucero 8 días
de Linz a Budapest y viceversa
Salidas todos los LUNES
2 de junio a 22 de septiembre 2008

Información y reserva en su agencia de viajes



POLITOURS

CAA-19

www.politours.com

BONIFICACIONES
(Reserva Anticipada)
7% o (+ de 50 días)
12% o (+ de 80 días)



La mejor experiencia en

CRUCEROS

MEDITERRÁNEO • CAPITALES BÁLTICAS • ADRIÁTICO E ISLAS GRIEGAS • CARIBE



2008


Medical Economics

Chequeo hospitales



Medicina de calidad con tecnología de vanguardia

Dirigido por médicos y con el objetivo de ofrecer una medicina de calidad, los diferentes centros del Grupo Hospital de Madrid (HM), se han dotado con una tecnología de vanguardia y con el personal mejor cualificado y más humano.

Medical Economics

Editor

Manuel García Abad

Directores asociados

José María Martínez García

Gonzalo San Segundo Prieto

Coordinador editorial

Enrique González Morales

Secretaría de redacción

Cristina García Blanco

medeconomics@drugfarma.com

Maquetación

Carolina Vicent, Carlos Sanz

Producción

José Luis Águeda Juárez

Administración

Ana García Panizo

Tel.: 91 500 20 77

Fotomecánica e impresión:

Litofinter Industria Gráfica

© 2008

Spanish Publishers Associates, S. L.

Antonio López, 249-1º Edif.
Vértice

28041. Madrid.

Tel. 91-5002077. Fax 91-5002075

E-mail: spa@drugfarma.com

Numancia, 91-93. 08029.

Barcelona

Tel. 93-4198935. Fax 93-4307345

ISSN: 1696-61-63

D.L.: M-35829-2003

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

Controlado por



IV Entrevista a Juan Abarca Cidón, director general del Grupo HM

“El médico es el que puede hacer una gestión más eficaz, porque es el que distribuye los recursos de la mejor manera y dando la mayor calidad posible a los pacientes. La mitad de nuestros accionistas son médicos”.

VI Una empresa de médicos para médicos

El Grupo Hospital de Madrid es una empresa de médicos para médicos, dirigida a los pacientes y que cuenta con la tecnología más puntera.

VIII Ejercicio profesional de vanguardia

En el Grupo HM no se concibe, desde el punto de vista médico, un hospital en el que no se hallen integradas la asistencia, la docencia y la investigación, y en el que los recursos tecnológicos no sean punteros.

X Hacia la excelencia sanitaria

Mejorar la calidad asistencial precisa integrar la misma con la docencia, la formación continuada, la investigación y la innovación, para así lograr la excelencia sanitaria.

XIII El ariete del Grupo HM

La finalidad de Fundación del Grupo Hospital de Madrid es conseguir la excelencia en la asistencia sanitaria, con unos claros compromisos socioeducativos y de promoción de la investigación traslacional.

XIV A la salud del paciente

El Grupo HM acerca al paciente la información más útil para la prevención en salud, un camino necesario para alcanzar la excelencia sanitaria.

XV Entrevista a Pablo González Jérez, director médico del Grupo HM

“Tenemos las líneas bien definidas: una apuesta clara por la Oncología, junto con la Pediatría, la Ginecología, la Neurología, la Cardiología, que son nuestras líneas principales de asistencia”.

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

Un grupo hospitalario de médicos para médicos



Hace 20 años el Grupo Hospital de Madrid (Grupo HM) comenzó su andadura con la rehabilitación y gestión de un antiguo hospital en el centro de Madrid. Hoy cuenta con cuatro hospitales y un *cancer center* con unas 750 camas en total. En él trabajan más de 2.000 personas, de las que un millar son médicos y, de éstos, un 60 por ciento lo hace de forma exclusiva.

Desde sus inicios, el Grupo HM se marcó unos objetivos que trata de llevar a cabo con esrupulosidad. Uno de ellos, el esencial, es aunar docencia, formación e investigación para ofrecer a sus pacientes una asistencia de calidad y segura. Y de esa conjunción nace la medicina traslacional e individualizada. Este tipo de medicina se desarrolla y practica, en todos los hospitales del grupo, en unidades especializadas, de forma integral, con equipos multidisciplinarios y la tecnología más puntera.

¿Quién dijo que el médico no sabe gestionar? El Grupo HM es “una prueba evidente” de que quien tal cosa afirme “está en un error”, afirma su director general Juan Abarca Cidón. Ese es el camino que lleva hacia la excelencia sanitaria y hacia el éxito empresarial. Porque la consecución de beneficios no está reñida, ni mucho menos, con la buena práctica médica y la calidad asistencial.



Juan Abarca Cidón, director general del Grupo Hospital de Madrid.

ENTREVISTA

“Es un error decir que el médico no sabe gestionar”

“La mitad de nuestros accionistas son médicos y la mayoría de éstos trabajan en labores asistenciales en los hospitales del Grupo”, afirma el director general del Grupo Hospital de Madrid, Juan Abarca Cidón, médico y abogado.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Por qué un grupo hospitalario de médicos para médicos? Esto no es habitual en el sector privado de la Sanidad.*

JUAN ABARCA: No, no es habitual. Hoy, salvo nosotros, los grupos hospitalarios más importantes están dominados por empresas de capital riesgo. Es un error decir que el médico no sabe gestionar. Nosotros somos una prueba evidente de ello. El médico es el que puede hacer una gestión más eficaz, porque es el que distribuye los recursos de la manera más económica para dar la mayor calidad posible a los pacientes. La mitad de nuestros accionistas son médicos y la mayoría de éstos trabajan en labores asistenciales en los hospitales del Grupo.

M. E.: *¿Cómo conjuga el Grupo HM la docencia, la investigación y la labor asistencial de sus profesionales, pensando en el beneficio de los pacientes?*

J. A.: Una vez consolidado el Grupo Hospital de Madrid con una actividad asistencial de calidad y excelencia, el objetivo prioritario del Grupo es la integración de la labor asistencial con la docente y la investigadora. La docencia porque es un motivo de mejora continua y la investigación, junto con la innovación, porque aportan el poder dar a tus pacientes las últimas novedades en diagnóstico y tratamiento, con el objetivo de una medicina personalizada, en base a la respuesta individual de cada paciente a un tratamiento, y traslacional (aplicación directa de los avances de la investiga-

ción básica en la clínica, siendo el objetivo la búsqueda de nuevas dianas diagnósticas/prognósticas y terapéuticas).

M. E.: *O sea, que el Grupo forma a sus propios profesionales, sin tener la necesidad de recurrir a la contratación de médicos extranjeros...*

J. A.: Tenemos de todo, pero en nuestro caso, tenemos compensado el déficit de profesionales que hay en el sector sanitario porque formamos a nuestras propias enfermeras, técnicos de radiodiagnóstico, de laboratorio, y, dentro poco médicos y especialistas vía MIR. Intentamos crear un caldo de cultivo lo suficientemente interesante como para que el profesional sanitario se quede con nosotros.

M. E.: *¿En qué consisten las unidades especializadas existentes en los hospitales del Grupo HM y cuál es su importancia y finalidad?*

J. A.: Pueden hacer cualquier técnica diagnóstica y terapéutica de las que se realizan en cualquier sitio; combinan la rapidez y la eficacia para poder aplicar esos tratamientos y diagnósticos, y funcionan integralmente, lo que hace que el paciente reciba las técnicas más avanzadas en el menor tiempo posible. Y, todo ello, en nuestro grupo hospitalario.

M. E.: *¿Qué implica que el Grupo haya sido elegido por los estudiantes universitarios como el preferido para trabajar en España dentro del ámbito sanitario?*

J. A.: Implica un éxito en nuestra política de personal. Hacemos grandes esfuerzos

» El médico es el que puede hacer una gestión más eficaz, porque es el que distribuye los recursos de la mejor manera y dando la mayor calidad posible.

» Tanto la docencia como la investigación son motivaciones extras para la fidelización de los profesionales sanitarios.

para proporcionar a nuestros empleados beneficios de tipo social y flexibilización de las condiciones laborales, como la conciliación con la vida familiar. En cualquier caso, nos regimos por encima de las condiciones de los convenios. La fidelización de nuestros trabajadores, especialmente los médicos, es muy alta, y la rotación del personal facultativo, no como quisiéramos, pero más baja que la media del sector sanitario privado.

M. E.: *El Grupo HM cuida mucho su política de colaboraciones externas. ¿Son exigentes los criterios para establecer estas alianzas?*

J. A.: Hay un denominador común que tiene que primar en los acuerdos o alianzas que establecemos: que nos tienen que dejar hacer las cosas bien en el ámbito de que se trate, y que nos aporten cosas nuevas para crear *know how* de cara a nuestros pacientes.

M. E.: *¿Tienen pensado patrocinar alguna cátedra?*

J. A.: Vamos a establecer con la Universidad CEU San Pablo cuatro líneas de investigación y educación principales, las cuales se enmarcarán en cátedras: oncología, neurociencias, medicina del envejecimiento y terapia celular, dentro del proyecto global de colaboración que tenemos suscrito. La garantía de conseguir frutos es encontrar los socios adecuados en cada proyecto.

M. E.: *Creo que han solicitado autorización para impartir la enseñanza MIR...*

J. A.: A partir del año que viene asumimos toda la enseñanza teórico-práctica de tercero de la carrera de Medicina, y estamos pendientes de que el Ministerio de Sanidad, tras el ya visto bueno de la Comunidad de Madrid, nos acredite el Grupo HM para la formación médica de postgrado, incluyendo MIR, FIR y Radiofísica Hospitalaria. Tenemos capacidad, volumen y número de profesionales suficientes en exclusiva como para, sobre todo en algunas especialidades (como Pediatría, Análisis Clínicos, Radiología, Oncología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, etc.), poder ser un referente y garantizar una formación postgrado.

M. E.: *¿Qué aporta al quehacer sanitario del Grupo la Fundación Hospital de Madrid?*

J. A.: La Fundación HM es una entidad sin ánimo de lucro cuyo fin fundacional es la promoción de la docencia, formación continuada, investigación e innovación en las cien-

cias de la salud y es el vehículo que nos permite desarrollar todas estas actividades que no son asistenciales. Además, entregamos anualmente unos premios y becas a la investigación y formación de técnicos sanitarios que cuentan con gran prestigio en el ámbito de la Sanidad.

M. E.: *¿Y el Centro Integral Oncológico Clara Campal al Grupo que usted dirige?*

J. A.: Aporta, como *cancer center*, la innovación de la medicina horizontal, no sólo al Grupo, sino a la Comunidad de Madrid y a España. Es un centro de atención integral, con la tecnología más puntera, y se caracteriza porque el paciente no pertenece a un médico concreto, sino a un programa a cargo de un equipo multidisciplinar.

M. E.: *El Grupo HM tiene a gala publicar sus resultados y colgarlos en su página web. ¿A qué se debe este hecho, poco habitual en el sector sanitario?*

J. A.: Es uno de los principios fundamentales de actuación de esta empresa. Y va ligado a la transparencia que debe tener el sector sanitario para que los ciudadanos puedan elegir con independencia, criterio y ecuanimidad dónde quieren curarse. Creemos que la publicación de los resultados médicos debería ser una obligación de todo el sector sanitario, tanto público como privado. Estimula la competencia y proporciona elección al ciudadano. Esta política de transparencia la marcó mi padre desde la fundación del Grupo HM.

M. E.: *Supongo que esa política se amplía a la responsabilidad social corporativa...*

J. A.: Nuestro compromiso social es claro y se manifiesta en nuestros certificados de calidad, en nuestro permanente período de formación, de auditoría interna continuada y política medioambiental (somos el único grupo hospitalario que tiene a nivel corporativo la ISO 9001 y la ISO 14001, y estamos en vías de obtener la OSHAS y la SGE21). ■



Juan Abarca asegura que la publicación de resultados médicos debería ser una obligación de todo el sector sanitario.

HISTORIA DEL GRUPO HM

Una empresa de médicos para médicos

El Grupo Hospital de Madrid es una empresa de médicos para médicos, dirigida a los pacientes y que cuenta con la tecnología más puntera y los últimos avances científicos.

Médico es su fundador y consejero delegado, Juan Abarca Campal; médico es su director general, Juan Abarca Cidón, hijo del anterior; y médicos son los principales directivos del Grupo y centros hospitalarios que lo componen. Este organismo del Grupo Hospital de Madrid (Grupo HM) se enriquece con la participación de los profesionales en la gestión de los hospitales y en el accionariado de la empresa.

El Grupo HM, que posee la certificación ISO 9001:2000 y la ISO 14001:2004 para todos sus servicios, inició su andadura en 1988 en torno al cirujano Abarca Campal, que pretendía llevar a la práctica un proyecto basado, esencialmente, en: un hospital privado gestionado por médicos clínicos, que éstos fueran copropietarios del mismo, que ejercieran su profesión con libertad y que ofrecieran una buena calidad asistencial. Pretensiones ambiciosas y poco comunes, en su conjunto, en el sector sanitario privado de este país.

Partiendo de esas ideas, un año más tarde se constituyó la sociedad Profesionales de la Medicina y de la Empresa, S. A (PMESA), que, a la postre, sería el *holding* del Grupo HM. Su primer activo, esta vez en gestión, fue el antiguo Hospital de San Pedro de los Naturales, inaugurado como Hospital de Madrid en diciembre de 1990. La

calidad y dedicación de sus médicos y la atención de la Enfermería y demás personal, todo ello apoyado por una dotación tecnológica continuamente ampliada y renovada y por la calidez y amabilidad en el trato de sus profesionales, sentaron las bases para la expansión del Grupo HM.

En esa expansión, el arrendamiento dio paso a la propiedad. Tras rehabilitar un gran edificio en el municipio de Boadilla del Monte que había sido residencia de lujo, en noviembre de 1998 entró en funcionamiento el Hospital de Madrid Montepríncipe, propiedad de PMESA y de Hospital de Salamanca por medio de la sociedad Boadilla 95, S. A. Está gestionado, como el anterior, por Hospital de Madrid, S. A.

El Montepríncipe, que a finales de 2007 obtuvo la certificación de la Comunidad de Madrid para convertirse en hospital universitario adscrito a la Universidad CEU San Pablo, está asimismo autorizado por el Gobierno madrileño para la realización de técnicas de reproducción humana asistida, transplante de tejido osteotendinoso, extracción de órganos de fallecido y transplantes de válvulas cardíacas, vasos sanguíneos, hepáticos e intestinales.

Las ampliaciones y modernización del Hospital Universitario de Madrid Montepríncipe han sido constantes. A destacar los servicios de radiología, que cuentan con una RM abierta, otra vertical (la primera que se instaló en Europa) y otra cerrada de alto campo, para estudios coronarios y neurológicos. A estas nuevas prestaciones de imagen, se suman la Unidad de Reproducción y Fertilidad, otra de Litotricia y un nuevo Servicio de Rehabilitación.

Después del éxito cosechado por esos dos hospitales, la expansión del Grupo HM ya era imparable. Y en julio de 2004 se inauguró el Hospital de Madrid Torrelodones, nombre que



El Hospital de Madrid Norte Sanchinarro fue inaugurado en 2007.

toma de la población situada a 29 kilómetros al oeste de Madrid en la que está ubicado. Su Servicio de Diagnóstico por Imagen dispone de radiología convencional y telemando, TAC multicorte, RM abierta y dos ecógrafos de última generación. Este hospital médico-quirúrgico, con más de 150 camas y media docena de quirófanos, presta asistencia sanitaria a toda la zona norte y noroeste de la Sierra de Madrid.

El cuarteto hospitalario del Grupo HM se completa con la entrada en funcionamiento, en noviembre de 2007, del Hospital de Madrid Norte Sanchinarro. Inaugurado por la Reina Doña Sofía y ubicado al norte de la capital, se

trata de un edificio singular que alberga las más completas y modernas instalaciones sanitarias y no sanitarias. Cuenta con más de 200 camas y una tecnología puntera. En el mismo acto se inauguró el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), anexo a este último hospital y equipado con las tecnologías más modernas en radioterapia y radiocirugía y los últimos adelantos en el diagnóstico por imagen. El CIOCC es ya una referencia mundial en el tratamiento integral del cáncer.

El Grupo HM acaricia proyectos para salir del ámbito geográfico de la Comunidad de Madrid, pero, por ahora, son más deseos que proyectos. ■

Preferido para trabajar en España

El Grupo Hospital de Madrid (Grupo HM) es el grupo de empresas sanitarias preferido para trabajar en España, según los resultados de un estudio de la Fundación Know How dados a conocer en octubre de 2007 y en el que participaron 10.000 estudiantes del último año de carrera. En concreto, el Grupo HM figura en la posición 33 de la clasificación general de empresas que los universitarios han elegido como predilectas para formar parte de su plantilla.

¿Qué es lo que tiene u ofrece el Grupo HM para que los jóvenes universitarios se hayan fijado en este pujante y atractivo grupo hospitalario? En el estudio ci-

tado se resaltan varios aspectos, como imagen de marca, trayectoria de oferta de asistencia sanitaria de excelencia, buen ambiente laboral, salarios competitivos, promoción profesional interna y calidad de sus infraestructuras, incluidas las tecnológicas.

A los aspectos señalados habría que añadir la investigación. Como afirma el fundador y consejero delegado del Grupo HM, Juan Abarca Campal, "todo centro hospitalario, aunque sea privado, debe hacer investigación, por el prestigio científico y social que proporciona, y porque supone una motivación importante para el personal, entre otras razones".

Centro a centro

Hospital	Número de camas ⁽¹⁾				
	General	UCI	H. de Día	Quirófanos	Médicos
H. de Madrid	93	8	5	5	68
H. Univer. Montepíncipe	186 ⁽²⁾	32	4	11	395
H. de Torreldones	136	15	8	6	340
H. de Sanchinarro	182 ⁽³⁾	14	9	13 ⁽⁴⁾	305
Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC)	23 ⁽⁵⁾	—	—	—	16

⁽¹⁾ En habitaciones individuales.

⁽²⁾ Más de la mitad en habitaciones tipo *suite*.

⁽³⁾ El 40 por ciento son *suites*.

⁽⁴⁾ Uno de ellos es inteligente.

⁽⁵⁾ Ampliables a 70, 16 son tipo *suite*. Sala de observación con 4 camas.

GESTIÓN INTEGRAL

Ejercicio profesional de vanguardia

La organización y el trabajo integrados caracterizan al Grupo Hospital de Madrid, en cuyos centros ejercen unos 900 profesionales médicos, casi el 80 por ciento de forma exclusiva.

Resulta una práctica cada vez más habitual el que los profesionales sanitarios participen en la gestión de los hospitales privados en los que desarrollan su labor. Esto es lo que sucede en el Grupo Hospital de Madrid (Grupo HM) y lo que defiende, como necesidad, su fundador y consejero delegado, Juan Abarca Campal, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Tal vez por ser él médico, Abarca Campal ha puesto también a médicos en la dirección de sus hospitales, que funcionan todos ellos de forma integrada, para lo cual existe una estructura con servicios centralizados, así como diferentes herramientas informáticas de gestión integral. Esto permite una actuación complementaria y sinérgica de estructuras, servicios y equipamiento, lo que, a su vez, conlleva el máximo aprovechamiento de los recursos humanos y tecnológicos. La tecnología es de vanguardia y el personal de reconocida cualificación y trato humano.

En el Grupo HM no se concibe, desde el punto de vista médico, un hospital en el que no se hallen integradas la asistencia, la docencia y la investigación, y en el que los recursos tecnológicos no sean punteros. Todo ello, con el añadido de una gestión multidisciplinar, redundará en beneficio de la salud del paciente, que de esta manera obtiene una calidad asistencial muy superior a la habitual.

En el aspecto asistencial, la gestión multidisciplinar se concreta en unidades funcionales, compuestas por distintos especialistas que se integran en ellas con un objetivo co-

Armonización de protocolos

Desde el punto de vista del profesional médico, el Grupo Hospital de Madrid (Grupo HM) se singulariza porque sus hospitales tienen cuadros médicos cerrados: alrededor del 80 por ciento de sus actuales 900 facultativos desarrollan su actividad exclusivamente en sus centros. Esto constituye el pilar fundamental y la garantía para poder conseguir la armonización de protocolos, tanto diagnósticos como terapéuticos. Es decir, que en todos los hospitales del Grupo HM rijan las mismas normas de actuación médica según los casos. Esta actividad de protocolización está dirigida a “mejorar la calidad y eficacia de la actuación sanitaria”, en palabras de Juan Abarca Cidón, director general del Grupo HM.



En el Grupo HM la tecnología es de vanguardia y el personal de reconocida cualificación y trato humano.

mún. Por ejemplo, en la Unidad de Mama participan profesionales de Ginecología, Anatomía Patológica, Oncología, Radiodiagnóstico y Cirugía Plástica, Estética y Reparadora; y en la de Tratamiento Multidisciplinar de la Obesidad Severa figuran expertos en Endocrinología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Psiquiatría y Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

Ante lo descrito, ¿cómo actúa el médico respecto al paciente? Pues como el director de un proyecto específico, consistente en intentar solucionar su problema de salud. De ahí la importancia del trabajo en equipo. También es esencial en la gestión integral o

integrada conocer en todo momento qué se hace, cómo se hace y cuánto cuesta; eso sí, “sin conceder oportunidades al error y la desatención”, en palabras de Emilio Vicente, director del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital de Madrid Norte Sanchinarro. Y dos herramientas imprescindibles para lograrlo son la gestión por objetivos y el control por resultados.

Los grupos relacionados de pacientes y los protocolos de tratamiento contribuyen a homogeneizar la asistencia. El fin es determinar los recursos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de cada grupo específico de pacientes. ■

Centro Integral Oncológico Clara Campal

El Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC) debe su nombre a la madre del fundador y consejero delegado del Grupo Hospital de Madrid, Juan Abarca Campal. Se encuentra anexo al Hospital de Madrid Norte Sanchinarro y se caracteriza por la atención integral al paciente de cáncer. Para ello, sigue el modelo norteamericano de *cancer center*, en el que la asistencia se organiza por programas o especialidades oncológicas y gira siempre alrededor del paciente. El profesional sanitario se integra en un equipo multidisciplinar cuyo esquema de trabajo está protocolizado y abierto a una actualización continua. Ésta se origina en diversas fuentes: distintas especialidades médicas, investigación básica y clínica y tecnología. En este ámbito, cuenta con las tecnologías más modernas de radioterapia y radiocirugía. Todo ello, naturalmente, sin olvidar el cuidado integral del paciente.

La dirección del CIOCC corre a cargo de Manuel Hidalgo Medina, jefe de Oncología Digestiva del Hospital John Hopkins de Baltimore (Estados Unidos), y en el cuadro médico se integran un coordinador asistencial, siete oncólogos consultores, dos oncólogos adjuntos, dos investigadores (I+D y dianas terapéuticas), un radiofísico y dos especialistas en Radioterapia.

Una de las características fundamentales del CIOCC es la investigación propia, tanto clínica como básica, esta última vinculada e integrada en la actividad clínica, es decir, oncología traslacional. Otro aspecto esencial radica en la docencia y formación con-

tinuada interna, para asegurar una calidad asistencial básica. La finalidad es desarrollar en el centro una nueva forma de practicar la Medicina en el paciente oncológico. En el área de hospitalización, el CIOCC dispone de 23 habitaciones individuales (16 tipo *suite*), sala de observación y cuidados intermedios, hospital de día, despachos para atención al paciente, ocho consultas externas, área de radioterapia y otra de investigación clínica.

Comité de expertos

El director del CIOCC se halla asesorado por un comité de expertos compuesto por: **David Sidransky**, director de Investigación de los tumores de cabeza y cuello en el Sidney Kimmel Cancer Center de la Universidad John Hopkins (Baltimore, Maryland); **Zvi Fuks**, director de Radioterapia del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center; **Daniel D. Von Hoff**, científico y jefe médico del Translation Genomics Research Institute; **Carlos Cerdón-Cardó**, profesor de Patología del Centro de Cáncer Herbert Irving de la Universidad de Columbia; **Eugenio Santos de Dios**, catedrático y director del Centro de Investigación del Cáncer de la Universidad de Salamanca, y **Eduardo Díaz-Rubio**, catedrático y jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico San Carlos.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Hacia la excelencia sanitaria

Mejorar la calidad asistencial precisa integrar la misma con la docencia la formación y la investigación. Requisitos necesarios, para lograr la excelencia sanitaria.

Uno de los soportes del Grupo Hospital de Madrid (Grupo HM) lo constituyen la docencia y la formación continuada. La docencia, tanto de pregrado como de postgrado, surge como una demanda de los profesionales sanitarios que trabajan en el Grupo. Demanda que se transforma en necesidad para poder mantener un alto nivel formativo y para transmitir una nueva forma de practicar la Medicina.

En ese contexto, el Grupo HM ofrece la enseñanza teórica y práctica de las Ciencias de la Salud y, en concreto, de la medicina contextual, idónea para la formación de nuevos médicos. Este tipo de medicina compagina la enseñanza de la medicina textual, es decir, el aprendizaje por medio de los textos académicos, con la realidad del ejercicio asistencial. El Grupo HM ejerce y mantiene la actividad docente con el fin de mejorar la calidad asistencial que sus profesionales prestan. Y se realiza gracias a los diferentes acuerdos suscritos con escuelas, universidades y ministerios.

Recientemente, se ha suscrito un convenio con la Universidad CEU San Pablo para formar profesionales de la salud (medicina, enfer-

mería, odontología, fisioterapia, podología y psicología), que se basa en la integración de ambas entidades y en la práctica unión del proyecto docente con el investigador. Fruto de este convenio, así como del alcanzado con otras universidades, es también la formación profesional de grado superior (técnicos en Imagen para el Diagnóstico, en Citología y Anatomía Patológica, técnicos de Laboratorio, etcétera). Esta docencia de pregrado es un motor del conocimiento para los profesionales sanitarios del Grupo HM para poder formar a los alumnos.

Pero la docencia precisa de una formación continuada si se desea conseguir la excelencia sanitaria. Para ello, los planes de formación, integrados desde en el esqueleto de organización del Grupo, en base a la normativa ISO 9001:2000, son muy ambiciosos y están dirigidos tanto al personal sanitario como no sanitario, incluyendo los aspectos humanos en los que el Grupo hace especial hincapié.

De la mano de estas actividades de formación continuada surge la formación de postgrado, que se realiza en colaboración con diferentes universidades, destacando de nuevo la colaboración con la Universidad CEU San Pablo en materia de Genética, Enfermería de Anestesia, investigación en Oncología y procesos de envejecimiento y terapia celular.

Finalmente, la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, vía MIR, FIR, BIR, radiofísica y farmacia hospitalarias, es un proyecto a corto plazo iniciado ya como Unidad Docente Asociada acreditada por los ministerios de Sanidad y Educación en las especialidades de Medicina del Trabajo y Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

El camino hacia la excelencia sanitaria quedaría truncado sin una apuesta firme y decidida por la investigación. En este sentido, la apuesta del Grupo HM es la medicina traslacional; es decir, la que combina la actividad básica con la clínica. La finalidad es promover una asisten-



El Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC) dispone de varios programas oncológicos liderados por expertos.

cia sanitaria caracterizada por la seguridad y la calidad, con la integración de diferentes equipos médicos para el tratamiento de las enfermedades, siempre desde el punto de vista multidisciplinario. Y con el objetivo de tener una investigación de vanguardia, el Grupo HM ha creado un laboratorio de I+D para la realización de pruebas diagnósticas de biología molecular de utilidad directa en la actividad asistencial y en el que se han integrado tres unidades. Una de ellas es un Banco de Muestras Biológicas, con un Banco de Tumores, un Laboratorio de Dianas Terapéuticas y una Unidad de Xenoinjertos, única en Europa. La integración de estas unidades de investigación básica con la actividad asistencial es una realidad en el Centro Integral Oncológico Clara Campal, donde, a través de unidades multidisciplinarias, organiza-

das en programas oncológicos y lideradas por un experto, lo que se busca es la terapia individualizada del cáncer, con la búsqueda de nuevas dianas terapéuticas y la respuesta de cada paciente a los diferentes tratamientos existentes.

Podemos decir que el cáncer, en el Grupo HM, se trata de forma integral, multidisciplinaria y, lo que es más importante, de forma individual, con atención tanto a la patología como a la persona. Al éxito del tratamiento del cáncer colabora esta estructura y la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos únicos en España, e incluso en Europa, como resonancia vertical y dinámica, radioterapia intra y extracranial. A estas líneas de I+D+i se ha unido recientemente, y como consecuencia directa de la colaboración con la Universidad CEU San Pablo, la apertura de una línea de investigación en

Montepríncipe, hospital universitario

La firma de un acuerdo de colaboración entre el Grupo Hospital de Madrid y la Universidad CEU San Pablo el pasado 21 de abril confirmó al Hospital de Madrid Montepríncipe como hospital universitario, acreditación con la que cuenta desde septiembre de 2007. Dicho convenio compromete a ambas entidades a colaborar en la docencia de las distintas enseñanzas en Ciencias de la Salud que ofrece la Facultad de Medicina de esa universidad privada, como Medicina, Odontología, Psicología, Enfermería y Podología. El objetivo es lograr el desarrollo de programas de formación de grado, postgrado y especialización por medio de proyectos y actividades de investigación e innovación tecnológica.

La atención investigadora se centrará, sobre todo, en Oncología, Neurociencias, terapia celular, factores de crecimiento con implicaciones en la neuroprotección, hepatoprotección y envejecimiento. Según Juan Abarca Campal, consejero delegado del Grupo HM, el convenio “da la oportunidad de transmitir nuestros conocimientos sobre Medicina a los alumnos”, y enseñar “enriquece la calidad científica y asistencial de los hospitales, al tiempo que produce una satisfacción íntima en los docen-

tes, al asegurarse que su experiencia no caerá en el vacío”.

Por su parte, el presidente de la Fundación Hospital de Madrid, profesor Juan Martínez López de Letona, asegura que el convenio con la Universidad CEU San Pablo nace “con la firme decisión de contribuir a la formación de mejores profesionales de la salud”, y su aspiración es “mejorar aún más la excelente calidad de nuestros centros de investigación, enseñanza y asistencia”.

El Hospital Universitario Madrid Montepríncipe es en el primer centro hospitalario madrileño privado y uno de los pocos que en este país han conseguido la máxima certificación en esta área, otorgada por la Agencia Laín Entralgo.



Fachada principal del Hospital Universitario Madrid Montepríncipe.

terapia celular, basada en la disponibilidad de células madre de cordón umbilical. Además, el Grupo ha constituido una Unidad de Ensayos

Clínicos, de apoyo a la actividad asistencial, lo que hace que la participación en ensayos clínicos fase III sea casi una rutina, y cuyo fruto más inmediato ha sido la creación de una unidad de ensayos clínicos Fase I. Se ha recibido ya la aprobación por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios del primer ensayo, que se realiza conjuntamente con un centro de Milán y otro de Ginebra, y pretende definir la actividad de un fármaco inhibidor del ciclo celular frente a tumores cerebrales malignos refractarios a tratamientos convencionales. Los resultados obtenidos se presentaron en el encuentro de la Sociedad Americana de Oncología Clínica, celebrado recientemente en Chicago.

A ese respecto, Manuel Hidalgo, director del CIOCC, destaca: "Es el comienzo de lo que esperamos sea un área en constante crecimiento en el Grupo Hospital de Madrid, centrada fundamentalmente en investigar nuevas moléculas en pacientes con enfermedades complicadas, como es el caso de los tumores cerebrales malignos". Y añade: "Ser el único centro de España implicado en este estudio demuestra nuestro compromiso por captar la investigación de más alta calidad". El CIOCC espera la aprobación de otro ensayo clínico en fase I destinado a pacientes con cáncer de colon con una mutación en el gen P13k. ■

Decálogo de un hospital

Conseguir la excelencia sanitaria en un hospital precisa de otros requisitos más allá de la docencia, formación e investigación. Se trata de un conjunto de conceptos y actuaciones que consejero delegado del Grupo HM Hospitales ha resumido en este decálogo.

1. La propiedad será equitativa entre los diversos componentes de la sociedad para que al defender cada uno sus propios y diferentes intereses garanticen a los demás la calidad asistencial.
2. Contará con el certificado de calidad homologado internacionalmente, y con los medios tecnológicos y humanos para tratar con seguridad cualquier proceso.
3. No aceptará ofertas que por insuficientes obliguen a reutilizar o adquirir materiales de dudosa calidad.
4. Estará preparado para funcionar eficazmente durante las 24 horas del día.
5. Los médicos de puerta y los quirúrgicos de urgencia serán especialistas experimentados.
6. La dirección médica contará con profesionales de gran experiencia en especialidades de acción, tales como anestelistas, cirujanos e intensivistas. El médico tendrá dedicación plena.
7. El "hospital de día" estará ubicado lo más cerca posible de las UCIs, que tendrán luz natural, y de los quirófanos.
8. Los propietarios y gestores asumirán que algunos servicios son imprescindibles, aunque no sean rentables.
9. El hospital se regirá por un reglamento aceptado por todos. La docencia y la investigación serán sus motivaciones.
10. El accionariado y la Administración velarán para que sea libre, autónomo y transparente, y pueda publicar los resultados médicos y estadísticas anuales. La excelencia y la buena gestión aseguran su viabilidad.

Calidad y gestión medioambiental

En el objetivo de alcanzar la excelencia sanitaria no puede faltar una adecuada política de responsabilidad social corporativa en sus aspectos de calidad y gestión medioambiental. En este sentido, el Grupo Hospital de Madrid mantiene sus acreditaciones bajo las normas ISO 9001:2000 e ISO 14001:2004, tras la realización el pasado mes de abril de una "exhaustiva" auditoría externa. Dicha auditoría ha comprobado que "se trabaja de acuerdo con los procedimientos y protocolos previamente elaborados por los responsables de las diferentes áreas funcionales". Según la directora de Gestión y Calidad del Grupo HM, Celia Moar, "gracias a estas auditorías la estrategia de calidad se mantiene siempre viva y toda actividad desempeñada en nuestros cinco centros es respetuosa con el medio ambiente".

LA FUNDACIÓN

El ariete del Grupo HM

Uno de los objetivos de la Fundación Hospital de Madrid es comprometerse con la promoción de la investigación traslacional.

En junio de 2003 quedó inscrita en el Registro de Fundaciones del Ministerio de Educación la Fundación Hospital de Madrid (Fundación HM). Su finalidad principal es conseguir la excelencia en la asistencia sanitaria, con unos claros compromisos socioeducativos y de promoción de la investigación traslacional.

Para mejorar la atención sanitaria, la Fundación HM se ha marcado, entre otros, los siguientes objetivos: la financiación de empresas de servicios sanitarios excelentes, en las que se atienda a los enfermos de forma integral, multidisciplinaria y segura; la formación de profesionales en Ciencias de la Salud con los conocimientos más actuales; la especialización de la asistencia sanitaria, con la tecnología más moderna y aprovechando los avances científicos más recientes; la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación en la atención sanitaria; la promoción de la investigación básica con una aplicación clínica inmediata; y la utilización de diferentes herramientas de gestión clínica y empresarial para lograr resultados objetivos, públicos y comparables (*benchmarking*).

Además de participar en la creación y dotación tecnológica y humana de los centros sanitarios del Grupo Hospital de Madrid, la Fundación HM desarrolla varias apuestas. Una es la docencia, la formación continuada y la especialización de los profesionales de la salud, tarea que lleva a cabo mediante la organización de eventos de divulgación científica, y convenios firmados con hospitales, universidades, institutos y centros de formación, privados y públicos. Otra apuesta se centra en la innovación tecnológica, con la ayuda a diferentes hospitales en la adquisición de nuevas tecnologías de vanguardia. Otro de sus compromisos es la promoción de la investigación traslacional en los hospitales. Entre los numerosos acuerdos firmados por la Fundación HM, hay que mencionar los suscritos con la

Universidad Francisco de Vitoria para la formación de técnicos superiores en Imagen para el Diagnóstico y en Anatomía Patológica, y con dos fundaciones punteras en investigación biomédica en Argentina y Brasil, en colaboración con la Fundación para la Promoción y Desarrollo del Transplante Hepático. A ellos se suma la creación reciente de una Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliarios para niños y adolescentes con cáncer. ■



La Fundación HM desarrolla varias apuestas relacionadas con la docencia y la divulgación científica.

Premios de prestigio

Un referente de la Fundación Hospital de Madrid son los premios anuales que concede a los mejores trabajos de investigación en medicina traslacional. Van por la cuarta edición y ya han alcanzado un reconocido prestigio en el ámbito médico-científico. El primer galardón se otorgó en junio de 2005 a Manel Esteller, director del Laboratorio de Epigenética del Cáncer del CNIO, por el hallazgo de nuevos marcadores pronósticos en el tumor infantil denominado neuroblastoma. Estos premios están dotados con 6.000 euros y, además, se entregan ayudas para la promoción profesional de médicos especialistas y becas para realizar la diplomatura de Enfermería.

LA ATENCIÓN SANITARIA

A la salud del paciente

En el Grupo Hospital de Madrid, investigación e información se unen para ofrecer a los pacientes servicios sanitarios seguros y de calidad.

Un brindis desde la I+D+i...

La integración de la actividad asistencial con la docencia y la investigación, con el objetivo de ofrecer unos servicios sanitarios seguros y de calidad, es una firme apuesta y creencia de los responsables del Grupo Hospital de Madrid (Grupo HM) y de sus profesionales. La investigación se desarrolla tanto en el ámbito básico como el clínico. La investigación básica se encuentra vinculada e integrada en la actividad clínica, como sucede en el Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC), dando lugar a la oncología traslacional.

Todo ello dirigido a la salud del paciente, tanto en el aspecto preventivo como asistencial. Es decir, promover una actividad asistencial caracterizada por la seguridad y la calidad, mediante la integración de diferentes equipos médicos para el tratamiento de las enfermedades desde el punto de vista multidisciplinario.

Y es que en el Grupo HM anida la certeza de que un hospital en el que no hay ca-

ta por la medicina traslacional. De ahí que la línea principal que sigue el departamento de I+D+i sea la interrelación de la investigación básica con la clínica, que es la finalidad que persigue la medicina traslacional.

De hecho, en el Grupo HM la investigación, fundamentalmente la clínica, aparece como un aspecto asistencial más, debido al interés de determinados especialistas en su realización y a que los promotores externos recurren a centros que demuestran una capacidad investigadora de calidad.

En su departamento de I+D+i, los profesionales del Grupo HM llevan ya varios años realizando pruebas diagnósticas de biología molecular, pruebas genéticas basadas en la tecnología de los *microarrays*, estudios biotecnológicos y la puesta en funcionamiento de un Banco de Tejidos multicéntrico para el archivo de tejidos tumorales, inflamatorios y normales.

....y desde 'Tu Salud'

Con el fin de acercar a los pacientes los avances científicos y tecnológicos más relevantes en las áreas y patologías de mayor impacto en la población, el Grupo HM sacó a la luz el pasado mes de febrero el periódico mensual *Tu Salud*. Su distribución se realiza en los cinco hospitales del grupo y en sus cuatro policlínicos. Además, está disponible en la página web corporativa: www.hospitaldemadrid.com.

Tu Salud tiene un triple objetivo: fomentar un mejor conocimiento de este grupo hospitalario entre la población, promover la educación sanitaria y contribuir a consolidar la figura del paciente informado como gestor de su propia salud. De esta forma, se acerca al paciente la información más útil para la prevención en salud, un camino necesario para alcanzar la excelencia sanitaria. ■



La Unidad de Oncopediatría del H. Universitario Madrid Montepríncipe funciona de forma disciplinar.

bida para la investigación, tanto clínica como básica, no puede garantizar el máximo desarrollo de sus profesionales y, por ende, no puede ofrecer a los pacientes la mejor calidad asistencial. Y al combinar la actividad básica con la clínica se apues-

ENTREVISTA

“Arrendamos parcelas sanitarias a los profesionales”

En el Grupo HM los profesionales tienen “libertad absoluta para que se tracen las metas más ambiciosas, y les apoyamos para que las consigan”



Pablo González Jerez, director médico del Grupo Hospital de Madrid.

MEDICAL ECONOMICS: *¿Cuáles son los campos prioritarios de investigación?*

PABLO GONZÁLEZ JEREZ: Tenemos las líneas bien definidas: una apuesta clara por la Oncología, junto con la Pediatría, la Ginecología, la Neurología, la Cardiología, que son nuestras líneas principales de asistencia. Y, dentro de la Oncología, una parte importante es todo lo que se refiere a la individualización en el diagnóstico y en el tratamiento.

M. E.: *El personal investigador, ¿también se dedica a la docencia y a la labor asistencial?*

P. G. J.: Una de las formas de atraer a los médicos es ofrecerles, además de asistencia, docencia e investigación. No es una obligación, por supuesto, porque no a todo el mundo le gusta hacer de todo. Pero la mayoría de nuestros médicos aplican la medicina traslacional, es decir, hacen asistencia e investigación. Ahora tenemos unos 40 proyectos de investigación activos, en los que trabajan unos 150 médicos.

M. E.: *La excelencia sanitaria, ¿es algo que se consigue o es una constante aspiración?*

P. G. J.: Es más una aspiración constante. Por la propia naturaleza de la Medicina, la excelencia médica es una utopía a la que todos los médicos desean llegar. Pero, evidentemente, es imposible, ya que las novedades terapéuticas y la capacidad de estudio y de mejora son infinitas. Nuestra excelencia se basa en querer llegar a esa excelencia. Y, para ello, proporcionamos a nuestro personal todos los medios habidos y por haber, tanto humanos como tecnológicos y financieros.

M. E.: *¿Cómo se concreta la participación de los profesionales en la gestión? ¿Se apoyan sus iniciativas emprendedoras?*

P. G. J.: Arrendamos parcelas sanitarias a los profesionales, es decir, les facilitamos que, dentro su ámbito de trabajo, desarrollen el servicio hasta donde quieran. Les marcamos unos objetivos mínimos y les dejamos libertad absoluta para que se tracen las mejores y más ambiciosas metas. Y les apoyamos para que las consigan. Y si alguien nos presenta un proyecto correcto y viable desde el punto de vista de la explotación empresarial, lo evaluamos y rara vez lo echamos para atrás. Apoyamos al médico emprendedor.

M. E.: *¿Qué papel juegan las nuevas tecnologías como elemento integrador dentro del grupo?*

P. G. J.: El Grupo HM siempre se ha caracterizado por intentar estar a la última, hasta el punto de invertir en tecnología única en Europa, como la resonancia vertical, o tecnología pionera en España, como la resonancia abierta en alto campo. En relación con las tecnologías de la información y comunicación el objetivo del Grupo HM es que las TICs sean una herramienta útil para mejorar nuestra asistencia al paciente. El Grupo HM es una verdadera red hospitalaria digital que permite la gestión de admisiones y recursos entre los diferentes hospitales. Hemos diseñado una historia clínica electrónica propia y modular, base sobre la cual se está produciendo la digitalización y centralización de toda la información en todos nuestros centros asistenciales. Un ejemplo de esto es la central radiológica virtual, que permite visualizar los estudios radiológicos incluso desde casa. ■

» Una de las formas de atraer a los médicos es ofrecerles, además de asistencia, docencia e investigación.

» Si alguien nos presenta un proyecto correcto y viable desde la explotación empresarial, lo evaluamos y rara vez lo echamos para atrás.

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.
- **NOVEDOSO EN ESPAÑA.** Los fragmentos de tejido tumoral obtenidos del paciente se implantan en mórulos de laboratorio, lo que permite en ellos testar la eficacia de diferentes fármacos quimioterápicos y la posibilidad de ofrecer un tratamiento individualizado, mejorando el pronóstico.

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 Cordón
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



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

Pal. de Ferias y Congresos

CON LA GARANTÍA DE:



INSCRIPCIÓN: www.livemed-spain.com

LIVEMED

ESPAÑA

Educación Médica Continuada

Cómo *tratar* a los pacientes sin cita

Por Gail Garfinkel Weiss

Puntos clave

» Su consultorio debería desarrollar una política a seguir con los pacientes sin cita.

» Usted podría considerar la conveniencia de elegir un médico en concreto en ver a pacientes que vengan sin cita.

» Si usted prefiere no recibir a pacientes sin cita, hágales desistir con amabilidad y ofrézcales la próxima cita disponible.

Charles Davant, un médico de familia de Blowing Rock, relata que recientemente regresó de un crucero por el Mar Báltico que había sido pagado por sus pacientes sin cita. “En mis tres consultas médicas tratamos a todos cuantos quieren ser vistos en el mismo día, siempre que acepten ser vistos por cualquiera de nosotros que tenga un hueco, y dando por sentado que estén dispuestos a esperar”.

A la inversa, el cardiólogo Shashi Agarwal de East Orange, NJ, es receloso con estos pacientes, proviniendo de 25 años de triste experiencia con este tipo de pacientes. “Las personas que ven a un cardiólogo sin una cita previa o sin referencias,” dice Agarwal “o bien son drogodependientes, que afirman que son nuevos en la zona o que su médico se ha mudado, se ha ido de vacaciones, o ha fallecido; o son pacientes que se presentan con tarjetas del seguro caducadas o que pagan con cheques que nunca tienen fondos. Y, por supuesto, nuestra agenda se ve alterada por este tipo de pacientes, sin entrar a considerar los motivos de la visita o la situación de su seguro.

Le caigan bien o no, los pacientes sin cita previa son una realidad de la vida en la medicina ejercida en las consultas, así que es necesario establecer ciertas reglas para tratar con ellos. La política a seguir con estos pacientes difiere de un consultorio a otro, e incluso de un médico a otro dentro del mismo consultorio, dependiendo de quién está disponible, quien está deseando hacer más abultada su lista de pacientes y qué tipo de ayuda necesitan los pacientes no anunciados.

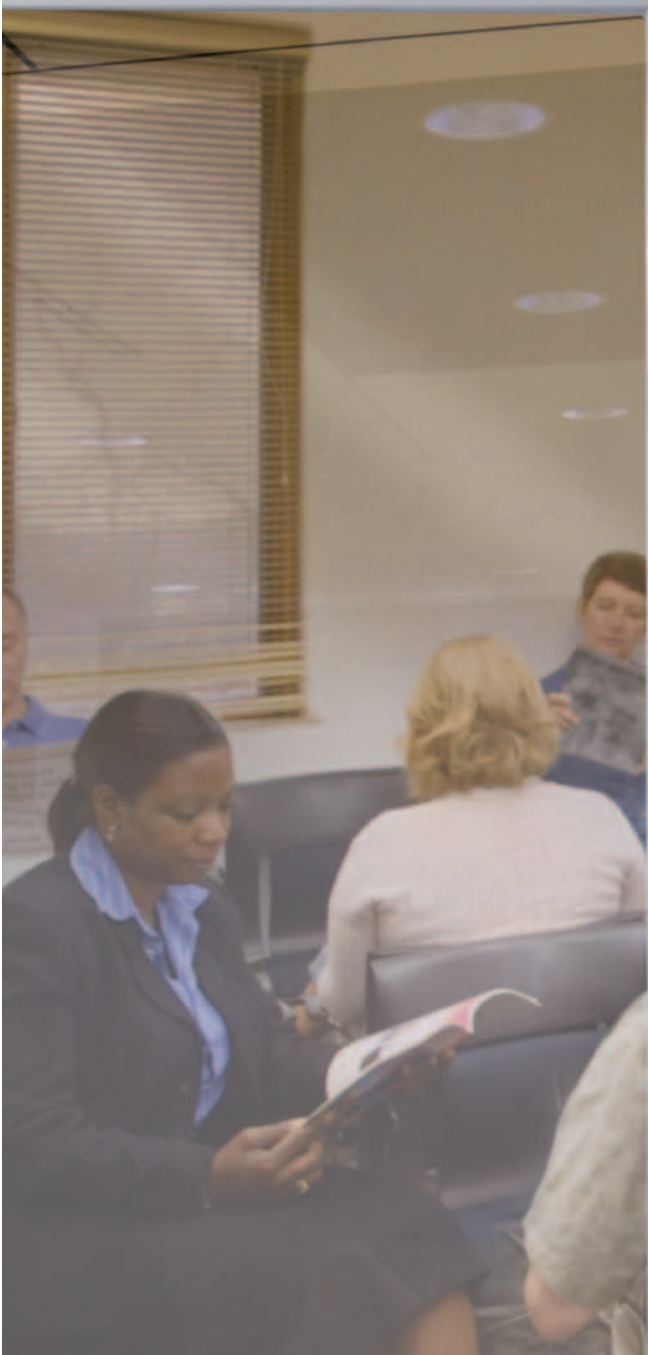
Incluso si atiende a las personas que aparecen en recepción sin una llamada previa o una cita, usted no tiene por qué verlos a todos. Jeffrey J. Denning, un consultor en prácticas de Administración de Empresas con el Grupo de Mejora de la Práctica en La Jolla, CA, recomienda que se someta a los pacientes sin cita al mismo “escaneo” a que se somete a las personas que llaman para solicitar una cita: pregúnteles para determinar si su problema se adapta a sus criterios de urgencia (recibir hoy) o de no urgencia (no hoy, pero a lo largo de la semana).

Hacer un hueco en la agenda

“Por supuesto las verdaderas urgencias tienen que ser tratadas en el momento”, dice Denning. “Pero en el caso de problemas menos urgentes, el personal de recepción pueden indicar al paciente que usted lo verá tan pronto como haya un hueco en su agenda —o mejor aún— se puede indicar al paciente que regrese al final del día para evitar alteraciones en la puntualidad de las citas a los pacientes ya programados”.

“El manejo de los pacientes sin cita se hará más cómodo si usted hace sus deberes. Haga un seguimiento de cuántos pacientes aparecen con problemas urgentes y no urgentes, y ajuste su agenda en consecuencia”, indica Denning. Por ejemplo, si normalmente los lunes aparecen por su consulta dos pacientes con problemas urgentes, reserve dos huecos en la agenda de cada lunes, para ser tratados por ejemplo uno a última hora de la mañana y el otro por la tarde. Haga también una estimación de cuántos

Los pacientes que llegan sin cita previa pueden alterar –o mejorar– su consulta. Una adecuada política a seguir con estos pacientes marcará la diferencia.





«Asignamos pacientes sin cita a cualquier médico que está empezando. Es una excelente forma de mejorar la práctica en los médicos más novatos»»

Sumana Reddy

huecos necesita para problemas menos urgentes, así que si un paciente entra el lunes con un problema que puede esperar, usted podrá ofrecerle una cita para otro día de esa misma semana.

¿En un consultorio de equipo, quién recibe a los pacientes sin cita previa? Podría ser un médico auxiliar, o un enfermero practicante, o incluso un médico designado al efec-

to” (por lo general el médico de guardia para ese día). En la consulta de familia de Sumana Reddy, con cinco doctores, los pacientes sin cita son asignados a cualquier médico que está empezando. “Hemos descubierto que ésta es una forma óptima de desarrollar la práctica en los médicos más novatos, ya que los pacientes sin cita previa están más dispuestos a ser vistos por cualquiera que esté disponible, y a consentir largas esperas”, dice Reddy.

Kenneth T. Hertz, un estudiante del último año, consultor de la Asociación de Dirección del Grupo Médico con sede en Alejandría, LA, trabajó con una clínica de Traumatología que canalizaba a todos los pacientes sin cita previa a un médico de mas edad que ya no practicaba la cirugía. Él, a su vez, enviaba a esos pacientes al médico más adecuado. “Esto contribuyó a agilizar el acceso a la consulta, y aseguró que los traumatólogos que operaban veían a un porcentaje más alto de aspirantes a la cirugía”, dice Hertz.

Los profesionales con consulta propia necesitan una política con estos pacientes que aborde los desafíos de trabajar en soledad. En la consulta del pediatra Eric J. Ruby en Taunton, MA, por ejemplo:

- ▶ La enfermera debe efectuar la selección principal.

- ▶ Si es una urgencia médica, Ruby ve al niño inmediatamente.

- ▶ Si no es una urgencia y su agenda lo permite, Ruby ve al paciente según el orden de llegada.

- ▶ Si no es una urgencia y su agenda está completa, Ruby indica a los padres que traigan al niño más tarde ese mismo día.

- ▶ Si no es una urgencia y el paciente no puede volver ese día, llama a los padres para indicarles el tratamiento y “sigue el caso”.

“Dejamos 10 minutos cada hora para abordar estas ‘incidencias’, y la flexibilidad es nuestro lema”, dice Ruby.

“Los médicos a menudo hablan de estos pacientes en términos peyorativos, pero no

Algunos pacientes son adictos a la consulta

Nadie sabe cuantos pacientes que aparecen por las consultas de los médicos sin cita previa están tratando de conseguir su medicamento preferido, pero algunos son adictos sin lugar a dudas, así que es aconsejable permanecer alerta.

¿Cuáles son algunas de las “señales de humo” a vigilar?

La psiquiatra de la ciudad de Nueva York, Sharon Packer está especialmente atenta a los pacientes que dicen que su médico de cabecera está de vacaciones, o dicen que están buscando a un nuevo psiquiatra pero no pueden dar una buena razón que justifique el cambio de médico. O podrían afirmar que su última receta de Xanax fue escrita en otra ciudad, pero no pueden recordar el nombre del médico que lo prescribió y que sólo necesitan una dosis de “emergencia”.

“En psiquiatría, muchos pacientes sin cita han sido despedidos por su anterior médico, o han agotado sus pastillas y están buscando una nueva dosis”, dice Packer.

Wayne Hooks, el director de la oficina de la consulta de familia de su esposa Rosanne Hooks, en Mullins, SC., dice que los adictos a consultas y fármacos a menudo se van ellos mismos. “Por ejemplo, un joven de 19 años pide OxyContin para un terrible dolor de espalda, pero se muestra dubitativo sobre el trauma o lesión causante del dolor y no ha visto a un médico en muchos años”. Si Hooks sospecha que un paciente sin cita esta allí únicamente para conseguir medicamentos, le dirá que el médico estará encantado de verlo pero no le recetará sustancias controladas sin la evidencia médica —por ejemplo mediante una nota de otro médico o un informe de resonancia magnética— de que tales medicinas son necesarias. “Es en ese momento cuando, generalmente, buscan la salida”, dice Hooks.

tiene por qué ser el caso si usted está dispuesto a tratar con pacientes que no llaman con anticipación”; dice Judy Bee, compañero de Jeff Denning en el Grupo de Mejora de la Práctica. Algunos de ellos son adolescentes o jóvenes veinteañeros que hasta ahora nunca han desarrollado una relación estable con un médico, y que podrían contribuir en manera excelente a incrementar el número de sus pacientes.

Educar a los pacientes y cobrar los honorarios

En cuanto se corra la noticia de que su consulta admite a pacientes sin cita, necesitará establecer unas directrices para que la afluencia de estos no comprometa su agenda diaria. Stefan Topolski, un médico de familia en Shelburne Falls, MA, limita estos pacientes a ventanas de cinco minutos, con esperas de hasta dos horas. “Hacemos la selección de un modo algo exigente y después les damos una cita si es clínicamente necesario”, dice.

Su política con los pacientes sin cita debería distinguir entre los nuevos pacientes y aquellos otros que ya han acudido a su consulta. En su consultorio de Mullins, la médico de familia Rosanne Hooks organiza su agenda de forma que logra atender a estos pacientes en un plazo de unos 30 minutos, en caso de que ya estén en su lista de pacientes. Sin embargo, si nunca antes ha visto al paciente, su marido y administrativo Wayne Hooks, establece contacto con el anterior médico del paciente para conseguir que le envíe por fax la información básica de su historial.

Dependiendo de su especialidad, usted podría encontrar conveniente recibir a pacientes sin cita atendiendo a circunstancias específicas, que usted mismo determina y hace cumplir. Sharon Packer, un psiquiatra de Nueva York, insta a los pacientes a llamar con antelación: “Porque el resto del mundo espera que la gente programe sus citas, por lo que estaría estimulando un comportamiento inapropiado si yo apoyara esa práctica”. Sin embargo, de vez en cuando aparecen por la consulta, sin avisar, los padres de un estudiante universitario, a la hora en que el estudiante tiene su cita. “Con la aprobación del paciente, les hago pasar adentro por un momento, estrecho sus manos, y me disculpo por no disponer de más tiempo esa mañana para pasarlo con toda la familia”, relata Packer. “Ofrezco fijar una cita para la familia para otro momento, pero nunca se me ha dado el caso de

«Atendemos a todo el que quiera ser visto en este mismo día, siempre que acepten a cualquier médico que tenga un hueco»

Charles Davant

ninguna que haya aceptado mi ofrecimiento. Intuyo que las familias sólo quieren conocer al psiquiatra que está tratando a sus hijos en edad universitaria”.

El médico de familia Omar A. Khan no es partidario de fomentar lo que él denomina “Aparezca cuando le parezca” en su consulta en Wilmington, porque como recalca, a quienes llaman casi siempre se les ofrecen citas para el mismo día. “El asunto consiste en no tener una sala de espera repleta de gente”, y añade, “así como tampoco dar a los pacientes citados la sensación de que alguien sin cita previa se les ha colado”. Del mismo modo, Michael Casser, un neumólogo de Englewood, New Jersey, atiende a pacientes sin cita porque lo contrario no le parece una buena decisión, ni ética ni para el negocio.” Pero les recomienda que la próxima vez llamen con antelación porque “Normalmente esto es menos costoso para ellos, y significará un menor tiempo de espera en la consulta.”

Hablando de costes, su política con los pacientes sin cita debería incluir mecanismos para asegurar que sus honorarios serán satisfechos.

«Dejamos 10 minutos cada hora para abordar las ‘incidencias’ porque la flexibilidad es nuestro lema»

Eric Ruby



Los administrativos de la consulta de Sumana Reddy observaron que pacientes que andaban retrasados en sus pagos se dejaban caer por la consulta con la esperanza de ser atendidos antes de que alguien se diera cuenta de los números rojos de su cuenta. Para evitar esto, indique a sus empleados que verifiquen el estado de las cuentas de los pacientes sin cita y revisen la cobertura de sus pólizas. Si sospecha que estos pacientes están tratando de escamotearse a su “radar” de vigilancia de pagos, pida el pago completo por adelantado, asegurándoles que devolverá toda la cantidad que usted reciba de terceros.

Implantar una política de “sólo cita previa”

En opinión del médico de familia Mike Christian, introducir pase lo que pase pacientes sin cita en una agenda ya llena, no es bueno ni para los médicos ni para los pacientes. “Todos resultan perjudicados”, indica Christian, quien ejerce en Moses Lake, “Usted no puede justificarse por haber olvidado algo alegando que tuvo que trabajar a toda prisa para poder atender a un paciente sin cita”.

«A veces, no importa lo que usted haga, los pacientes sin cita continúan llegando, especialmente a las consultas de pediatría»

Si usted prefiere mantener a raya a los pacientes sin cita, asegúrese de que, sin darse cuenta, no los está usted mismo animando, dice Judy Bee. Por ejemplo, ¿cómo es de difícil para sus pacientes contactar telefónicamente con su consultorio? “Una gran cantidad de pacientes sin cita con los que he hablado, simplemente estaban hartos de recibir la señal de línea ocupada o de ser puestos en espera”, recalca Bee. “Puedo asegurarle que aún en días en los que se indica a los pacientes que el médico está completamente saturado, los que aparecen sin cita también acaban por ser atendidos”.

Si usted quiere restringir, o poner punto y final a la afluencia de pacientes sin cita, ¿cómo hacer para desanimarlos sin que se sientan ofendidos o, peor aún, sin ponerles a ellos y a su consulta en peligro. Judy Capko, un consultor de Thousand Oaks, CA, recomienda dar al per-

sonal de recepción una especie de “chuleta” en la que se relacionen los síntomas que deben ser inmediatamente informados a usted u a otro médico.

Judy Bee hace hincapié en la diplomacia, y recuerda a un joven médico de familia que compró una consulta próxima a la frontera con México, donde los pacientes estaban acostumbrados a aparecer por la consulta a primeras horas de la mañana y esperar hasta ser vistos. Poco a poco, el nuevo médico logró que su personal empezara a dar citas a los pacientes —bien para ese día o para algunos días más tarde— y a pedirles que regresaran para entonces. A aquellos que continuaron dejándose caer se les dijo: “Es una lástima que usted no haya llamado antes. El doctor Jones está hoy completamente ocupado, pero puede verlo el miércoles a las 3, ¿Le va bien así?”

Una forma no tan sutil de disuadir a los pacientes sin cita consiste en decirles que serán atendidos sólo si abonan un plus, como dice Scott Katz, un pediatra en Plano, Texas. “No va dirigido a hacer una gran cantidad de dinero”, dice. “Antes bien, es para permitir a nuestra oficina funcionar con puntualidad para con aquellos pacientes que han tenido la amabilidad de llamar con anticipación. Esto también lo aplica a los padres que hacen una cita para un niño, llegan a la oficina, y quieren que también veamos a un segundo niño.” Pero Katz generalmente no aplica el recargo en caso de que el niño que no estaba citado esté gravemente enfermo.

A veces, no importa lo que usted haga, los pacientes sin cita continúan llegando, especialmente a las consultas de pediatría, donde padres asustados se apresuran a llevar a los niños por problemas que luego resultan ser de importancia menor. “Cuando tratamos de ser estrictos con los padres, se quejaron de que habían aparecido en la consulta porque no podían contactar telefónicamente con la consulta. Si tratábamos de citarlos para otro día, acudían al servicio de Urgencias o a la consulta de otro doctor, y nunca más les volvíamos a ver”, dice Alberto Kriger, un pediatra de Pembroke Pines, FL. “Incluso aunque a veces se altere la circulación normal de los pacientes citados, ahora siempre atendemos a quienes vienen sin cita”.

Según Jeff Denning, “Por lo general, se trata de permitir a los médicos que puedan efectuar las consultas que quieren y, al mismo tiempo, de suministrar a los administrativos las herramientas adecuadas para que realicen un buen trabajo de atención al público”. ■

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 **ap**

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^a 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

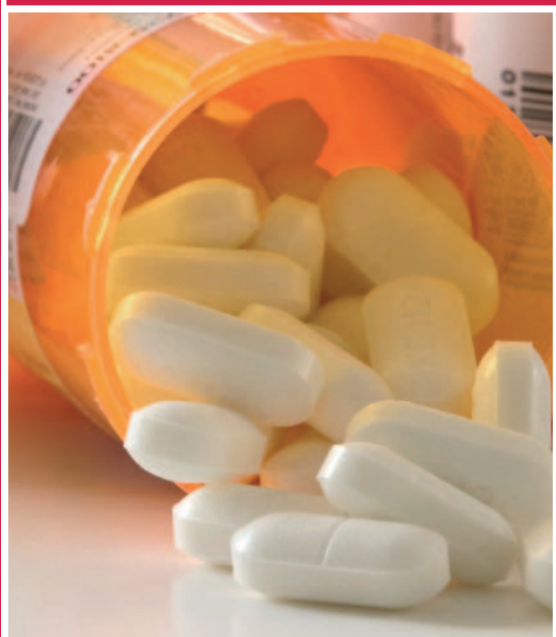
Información e inscripción

www.idepro.es



GlaxoSmithKline
www.gsk.es

JORNADA DE DEBATE



El impacto
de las nuevas
tecnologías
y la evaluación
económica
en la prescripción
de medicamentos

Martes, 23
de septiembre
de 2008

Consejo Superior
de Investigaciones Científicas (CSIC)
Salón de Actos
C/ Serrano, 117. Madrid



Organiza:

Medical Economics

Con la colaboración de:



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



Médicos en el Parlamento

*Una treintena de médicos se sientan en los
escaños del Congreso de los Diputados y del
Senado. La mayoría forman parte de las
respectivas comisiones de Sanidad.*

Por Gonzalo San Segundo

Un médico, por favor!", "¿Hay algún médico?". Si alguna vez estas expresiones de petición de auxilio se pronunciaran en los plenos del Congreso de los Diputados o del Senado, saltarían in-

mediatamente de sus escaños un nutrido grupo de profesionales de la Medicina.

Y es que en el Parlamento hay varias decenas de médicos preparados para atender una urgencia o dar un consejo o recomendación a

Quién es quién en la Sanidad parlamentaria

COMISIÓN DE SANIDAD DEL CONGRESO

María Rosario Aburto Baselga, vicepresidenta 1ª. Diputada del PSOE por Huelva. Neonatóloga. Senadora en la VII Legislatura.

José Alberto Cabañes Andrés, vocal. Diputado del PSOE por Badajoz. Ginecólogo.

Soledad Cabezón Ruiz, vocal. Diputada del PSOE por Sevilla. Cardióloga y máster en Derecho Sanitario.

Juan Gabriel Callejón Baena, secretario 1º. Diputado del PSOE por Almería. Especialista en Medicina del Trabajo. Diputado en la IV Legislatura.

Santiago Cervera Soto, vocal. Diputado de UPN/PP por Navarra. Licenciado en Medicina y máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. Senador en la V Legislatura y ex consejero de Salud del Gobierno de Navarra.

Mercedes Coello Fernández-Trujillo, vocal. Diputada del PSOE por Tenerife. Médico de Urgencias Hospitalarias. Diputada en la VIII Legislatura.

Pilar Fernández Pardo, secretaria 2ª. Diputada del PP por Asturias. Médico de Atención Primaria no ejerciente y licenciada en Derecho. Senadora en la VIII Legislatura.

Blanca Fernández-Capel Baños, vocal. Diputada del PP por Granada. Profesora titular de Anatomía y Embriología Humana de la Universidad de Granada, especialista en Genética y Gestión Sanitaria y licenciada en Filosofía. Diputada en varias legislaturas.

Alberto Hidalgo Francisco, portavoz del Grupo Socialista. Diputado por Orense. Médico de Admi-

sión y Documentación Clínica. Diputado en varias legislaturas.

Pilar Grande Pesquero, portavoz del Grupo Socialista. Diputada por Las Palmas. Médico Forense. Diputada en la VIII Legislatura.

Antonio Gutiérrez Molina, vocal. Diputado del PP por Melilla. Especialista en Valoración del Daño Corporal y Medicina de Empresa. Diputado en varias legislaturas.

Gaspar Llamazares Trigo, presidente. Diputado de IU por Madrid. Especialista en Salud Pública. Diputado en varias legislaturas.

Guadalupe Martín González, portavoz adjunta del Grupo Socialista. Diputada por Toledo. Médico de Atención Primaria.

Mario Mingo Zapatero, portavoz del Grupo Popular. Diputado por Madrid. Cirujano del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, ejercicio libre y máster en Dirección y Gestión de Instituciones Sanitarias. Diputado en varias legislaturas.

Ana Pastor Julián, vocal. Diputada del PP por Pontevedra. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y MBA en *Business Administration*. Diputada en varias legislaturas y ex ministra de Sanidad.

Concepción Sanz Carrillo, vocal. Diputada del PSOE por Zaragoza. Psiquiatra en el Hospital Miguel Servet y profesora de Ciencias de la Salud en la Universidad de Zaragoza.

Francisco José Villar García-Moreno, vocal. Diputado del PP por Madrid. Cirujano. Diputado en la VIII Legislatura y ex director general del Servicio Gallego de Salud.



**GASPAR
LLAMAZARES
TRIGO**



**ANTONIO
ALARCÓN
HERNÁNDEZ**



**MARÍA
ROSARIO
ABURTO
BALSEGA**



**PILAR
FERNÁNDEZ
PARDO**

COMISIÓN DE SANIDAD DEL SENADO

Todos, excepto Villagrán Bustillos, fueron electos por el Partido Popular.

Jesús Aguirre Muñoz, secretario 2°. Senador por Córdoba. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Ex vicepresidente de la OMC.

Antonio Alarcó Hernández, vocal. Senador por Tenerife. Catedrático y jefe del Servicio de Cirugía General y Digestiva en excedencia del Hospital Universitario de Canarias.

Carmen de Aragón Amunarriz, vicepresidenta 2°. Senadora por Ávila. Médico. Senadora en la VIII legislatura.

Ignacio Burgos Pérez, vocal. Senador por Ávila. Especialista en Medicina Interna. Senador en la VIII Legislatura.

Dolores Pan Vázquez, portavoz del Grupo Popular. Senadora por Pontevedra. Médico de Atención Primaria y máster en Derecho Sanitario. Diputada en la VIII Legislatura.

Miguel Ángel Pérez de Juan Romero, vocal. Senador por Orense. Cardiólogo, profesor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Vigo.

José Antonio Rubio Mielgo, vocal. Senador por Palencia. Médico de Atención Primaria.

Pedro Villagrán Bustillos, portavoz del Grupo Socialista. Senador por Málaga. Traumatólogo. Senador en la VIII Legislatura.

quien para su salud lo necesitara. De los 558 parlamentarios elegidos por sufragio universal (350 diputados y 208 senadores) en las elecciones del pasado 9 de marzo, una treintena son médicos, es decir, el 5,5 por ciento.

Todos ellos (excepto Bernat Soria, Joan Clos, Antonio Gutiérrez y José Ignacio Echániz) forman parte de las comisiones de Sanidad del Congreso y del Senado. Y seis de ellos: Blanca Fernández-Capel, Alberto Hidalgo, Ana Pastor, Pedro Villagrán, Antonio Alarcó y José Antonio Rubio, junto con Echániz, son, además, miembros de las respectivas comisiones de Ciencia e Innovación de ambas cámaras.

De los 38 miembros (excluidos los adscritos) que componen la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso, 17 (el 45 por ciento del total) son médicos: ocho son hombres y nueve mujeres.

Este predominio femenino en la Cámara Baja se torna abrumadoramente masculino en la comisión homóloga de la Cámara Alta:

de los ocho senadores médicos (31 por ciento del total de componentes), seis son hombres y, dos, mujeres. Por especialidades, los galenos parlamentarios más numerosos son los de Atención Primaria, con un total de seis, seguidos por los cardiólogos, Cirugía General y Medicina del Trabajo, que cuentan con dos en cada una de estas materias.

En el Congreso dominan los médicos del Grupo Socialista, nueve, frente a los siete del Grupo Popular y uno de Izquierda Unida: Gaspar Llamazares, presidente de la comisión.

Por el contrario, en la Comisión de Sanidad del Senado sólo figura un médico socialista por siete del Partido Popular. Estrenan escaño en el Parlamento los diputados José Alberto Cabañes, Soledad Cabezón, Guadalupe Martín y Concepción Sanz; y los senadores Jesús Aguirre, Antonio Alarcó, Miguel Ángel Pérez de Juan y José Antonio Rubio.

Curiosamente, los cuatro nuevos diputados pertenecen al Grupo Socialista, y los cuatro nuevos senadores, al Grupo Popular. ■



**JESÚS
AGUIRRE
MUÑOZ**



**MARIO
MINGO
ZAPATERO**



**DOLORES
PAN
VÁZQUEZ**



**ANTONIO
GUTIÉRREZ
MOLINA**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO. Artilog 200 mg cápsulas duras. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cada cápsula contiene 200 mg de celecoxib. Las cápsulas de Artilog 200 mg contienen lactosa. Cada cápsula de Artilog 200 mg contiene 49,8 mg de lactosa monohidrato; ver "Advertencias y precauciones especiales de empleo". Para consultar la lista completa de excipientes, ver "Lista de excipientes". **FORMA FARMACÉUTICA.** Cápsulas duras. Opacas, blancas, con dos bandas doradas, marcadas con 7767 y 200. **DATOS CLÍNICOS. 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 "Contraindicaciones" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **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 "Contraindicaciones", "Advertencias y precauciones especiales de empleo" y "Reacciones adversas"). **Artrosis.** La dosis habitual diaria recomendada es de 200 mg administrados una vez al día o 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 o 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. **Anianos.** 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 "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). **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 clínicos (ver "Contraindicaciones") y "Advertencias y precauciones especiales de empleo". **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 "Contraindicaciones") y "Advertencias y precauciones especiales de empleo". **Niños:** No está indicado el uso de celecoxib en niños. **Metabolización lenta por el citocromo CYP2C9.** Celecoxib se debe administrar con precaución en aquellos pacientes que presenten, o se sospeche que pueden presentar una metabolización lenta por el citocromo CYP2C9 en base a los genotipos o a antecedentes/experiencia previa con otros sustratos del CYP2C9, dado que aumenta el riesgo de presentar reacciones adversas dosis-dependientes. Se ha de considerar la reducción a la mitad de la dosis mínima recomendada. **Contraindicaciones.** Antecedentes de hipersensibilidad al principio activo y a cualquiera de los excipientes (ver "Lista de excipientes"). Hipersensibilidad conocida a sulfamidas. Ulceración péptica activa o hemorragia gastrointestinal. Pacientes que hayan experimentado asma, rinitis aguda, polipos 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), el embarazo y en mujeres con potencial para concebir, salvo que utilicen un método efectivo de contracepción (ver "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Se ha demostrado que celecoxib causa malformaciones en las dos especies animales estudiadas (ver "Embarazo y lactancia"). El riesgo potencial en humanos durante el embarazo es desconocido, pero no puede excluirse. Lactancia (ver "Embarazo y lactancia"). 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 cardiaca congestiva (clases funcionales I-III según la clasificación de la Asociación Cardíaca de Nueva York, NYHA). Cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y/o enfermedad cerebrovascular establecida. **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 (incluido 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 debe evitar el uso concomitante de celecoxib con un AINE diferente al ácido acetilsalicílico (aspirina). 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 poliposis adenomatosa 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 "Posología y forma de administración", "Contraindicaciones" y "Reacciones adversas"). 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, ha sido observado retención de líquidos y edema en pacientes que recibieron 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. Como ocurre con el resto de AINEs, celecoxib puede generar una hipertensión o empeorar la hipertensión ya existente, lo cual puede contribuir al aumento de la incidencia de eventos cardiovasculares. Por tanto, se debe monitorizar cuidadosamente la presión arterial al inicio del tratamiento con celecoxib y a lo largo del mismo. 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. En AINEs, incluido celecoxib, pueden causar toxicidad renal. Los ensayos clínicos con celecoxib han mostrado unos efectos renales similares a los observados con los AINEs utilizados como comparadores. Los pacientes con alto riesgo de presentar toxicidad renal son aquellos con la función renal alterada, insuficiencia cardíaca, disfunción hepática y los ancianos. Estos pacientes deben ser monitorizados cuidadosamente durante el tratamiento con celecoxib. Si durante el tratamiento, los pacientes manifiestan un deterioro de la función de los órganos y sistemas descritos anteriormente, se deberán adoptar las medidas oportunas y considerarse la suspensión del tratamiento con celecoxib. Celecoxib inhibe el CYP2C9. Aunque no es un inhibidor potente de esta enzima, puede ser necesaria una reducción de la dosis de medicamentos que son metabolizados por el CYP2C9 y cuyas dosis se establecen individualmente (ver "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). Los pacientes que presenten una metabolización lenta por el CYP2C9 deben ser tratados con precaución. My ramente 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 "Reacciones adversas"). 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 anafilatoxenia) en pacientes que recibían celecoxib (ver "Reacciones adversas"). 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 "Contraindicaciones"). 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 "Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción"). 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 malabsorción de glucosa-galactosa. **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 "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). 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, 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. En un ensayo clínico de 28 días de duración en pacientes con hipertensión en Estadio I y II controlada con lisinapril, la administración de celecoxib 200 mg dos veces al día no produjo un aumento clínicamente significativo, al compararlo con placebo, de la media de la presión arterial sistólica o diastólica diaria determinada mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial durante 24 horas. Entre los pacientes tratados con celecoxib 200 mg dos veces al día, el 48% fueron considerados en la visita clínica final no respondedores al lisinapril (definidos como presión arterial diastólica > 90 mmHg o aumento de la presión arterial diastólica > 10% respecto al valor inicial), frente a un 27% de los pacientes tratados con placebo; esta diferencia fue estadísticamente significativa. 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 y 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/35µg de etinilestradiol). Celecoxib no afecta la farmacocinética de tolbutamida (sustrato del CYP2C9), o el glibenclámda 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 como resultado un incremento medio de un 16% en la C₀, 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: En aquellos pacientes que son metabolizados lentos por el CYP2C9 y que presenten una exposición sistémica elevada a celecoxib, el tratamiento concomitante con inhibidores del CYP2C9 podría conducir a un mayor aumento de exposición a celecoxib. Estas combinaciones se han de evitar en aquellos pacientes que presenten una metabolización lenta por el CYP2C9 (ver "Posología y forma de administración"). Puesto que el celecoxib se metaboliza predominantemente por el CYP2C9, debe utilizarse a la mitad de la dosis recomendada en pacientes que estén recibiendo fueroamente. El uso concomitante de una dosis única de 200 mg de celecoxib y de 200 mg una vez al día de fluoxetina, un potente inhibidor del CYP2C9, da lugar a un incremento medio del 60% en la C₀ 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. **Embarazo y lactancia.** No se dispone de datos clínicos en embarazos expuestos a celecoxib. Los estudios en animales (ratas y conejos) han demostrado toxicidad durante la reproducción, incluyendo malformaciones (ver "Contraindicaciones"). 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 "Contraindicaciones" y "Advertencias y precauciones especiales de empleo"). Si una mujer se queda embarazada durante el tratamiento con celecoxib, debe interrumpirse dicho tratamiento. Celecoxib se excreta en la leche de ratas lactantes en concentraciones parecidas a las del plasma. La administración de celecoxib a un número limitado de mujeres lactantes ha demostrado que celecoxib se excreta en muy baja proporción en la leche materna. Las mujeres que tomen celecoxib no deben amamantar. **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. **Reacciones adversas.** En la Tabla 1, se enumeran las reacciones adversas por órganos y sistemas y clasificadas por frecuencias, reflejando los resultados de las siguientes fuentes: -Reacciones adversas notificadas en pacientes con osteoartritis y en pacientes con artritis reumatoide, con una incidencia mayor al 0,01% y superior a la notificada para placebo, en 12 ensayos clínicos controlados con placebo y/o un comparador activo de 12 semanas de duración, a dosis diarias de celecoxib desde 100 mg hasta 800 mg. En estudios adicionales empleando como comparadores AINEs no selectivos, 7400 pacientes con artritis han sido tratados con celecoxib a dosis diarias de hasta 800 mg, incluyendo aproximadamente 2300 pacientes en tratamiento durante un año o más. Las reacciones adversas observadas con celecoxib en estos estudios adicionales fueron consistentes con las notificadas por los pacientes con osteoartritis y artritis reumatoide enumeradas en la **Tabla 1**. -Reacciones adversas notificadas con unos valores de incidencia superiores a placebo para los sujetos tratados con celecoxib a 400 mg diarios en ensayos clínicos a largo plazo de hasta 3 años de duración en la prevención de pólipos (ensayos APC y PreSAP). -Reacciones adversas notificadas espontáneamente durante la experiencia post-comercialización, durante un periodo en el que se estima que > 70 millones de pacientes fueron tratados con celecoxib (con dosis, duración e indicaciones diversas). Debido a que no todas las reacciones adversas del medicamento se notificaron al titular de la autorización de comercialización (TAC) y se incluyeron en la base de datos de seguridad, las frecuencias de estas reacciones adversas no pueden ser determinadas de forma fiable. **Tabla 1. Reacciones adversas del medicamento en los ensayos clínicos de celecoxib y en la experiencia post-comercialización (Término MedRA de preferencia)**

Frecuencia de Reacciones Adversas				
Muy frecuentes (>1/10)	Frecuentes(>1/100, <1/10)	Poco frecuentes(>1/1000, <1/100)	Raras(>1/10.000, <1/1.000)	Frecuencia no conocida(experiencia post-comercialización)
Infecciones e infestaciones	Sinusitis, infección del tracto respiratorio superior, infección del tracto urinario			
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Anemia			
Trastornos del sistema inmunológico	Leucopenia, trombocitopenia			
Trastornos psiquiátricos	Pancitopenia			
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Empeoramiento de la alergia			
Trastornos del sistema nervioso	Reacciones alérgicas graves, shock anafiláctico, anafilaxia			
Trastornos oculares	Insomnio			
Trastornos del oído y del laberinto	Ansiedad, depresión, cansancio			
Trastornos cardíacos	Confusión			
Trastornos vasculares	Alucinaciones			
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Hipertensión			
Trastornos gastrointestinales	Hipotensión			
Trastornos hepatoiliares	Mareo, hipertoni			
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Parestesia, somnolencia,infarto cerebral			
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Ataxia, trastorno del gusto			
Trastornos renales y urinarios	Cefalea, empeoramiento de la epilepsia, meningitis aséptica, aguesia, anosmia, hemorragia intracraneal mortal			
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	Visión borrosa			
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Conjuntivitis, hemorragia ocular, oclusión arterial o venosa retiniana			
	Acúfenos, hipoacusia			
	Insuficiencia cardiaca,palpitaciones, taquicardia			
	Aritmia			
	Empeoramiento de la hipertensión			
	Rubefacción, vasculitis			
	Broncoespasmo			
	Dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, vómitos /disfagia			
	Estreñimiento, eructos, gastritis, estomatitis, empeoramiento de la inflamación gastrointestinal			
	Úlceración duodenal, gástrica, esofageal y del colon; perforación intestinal; esofagitis, melenas; pancreatitis			
	Náuseas, hemorragia gastrointestinal, colitis/empeoramiento de la colitis			
	Función hepática anormal, SGOT y SGPT aumentadas			
	Elevación de enzimas hepáticas			
	Hepatitis, ictericia, insuficiencia hepática			
	Erupción, prurito			
	Urticaria			
	Alopecia, fotosensibilidad			
	Equimosis, erupción ampollosa, dermatitis exfoliativa, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, necrolisis epidérmica tóxica, angioedema			
	Calambres en la pierna			
	Artralgia, miositis			
	Creatinina aumentada, BUN aumentado			
	Insuficiencia renal aguda, nefritis intersticial, hiponatremia			
	Trastorno menstrual NEOM			
	Síntomas de tipo gripal, edema periférico/ retención de líquidos			

En los resultados finales (adjudicados) de los ensayos APC y PreSAP en pacientes tratados con 400 mg al día de celecoxib durante el periodo de 3 años de duración (resultados conjuntos de ambos ensayos clínicos), el exceso de riesgo de infarto de miocardio respecto a placebo fue de 7,6 acontecimientos por 1.000 pacientes (poco frecuente) y no hubo exceso de riesgo de ictus (no se diferencia por tipo de ictus) respecto a placebo. **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. **DATOS FARMACÉUTICOS. Lista de excipientes.** Las cápsulas de 200 mg contienen: lactosa monohidrato, lauril sulfato de sodio, povidón K30, croscarmellose sódica, estearato de magnesio. El cuerpo de las cápsulas contiene: gelatina, dióxido de titanio E171, la tinta contiene óxido de hierro E172. **Incompatibilidades.** No procede. **Periodo de validez.** 3 años. **Precauciones especiales de conservación.** No conservar a temperatura superior a 30°C. **Naturaleza y contenido del envase.** Blisteres de PVP 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, 10x30, 10x50 cápsulas y envases con 1x50 y 1x100 dosis unitarias. Puede que solamente estén comercializados algunos tamaños de envases. **Precauciones especiales de eliminación.** No hay instrucciones específicas para su uso. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Laboratorios Dr. Esteve, S.A. Avda. Mare de Déu de Montserrat, 221, 08041 Barcelona. **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** 63.891. **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. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO.** Octubre de 2007. **REGÍMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Financiado. Aportación normal. **PRESENTACIÓN Y PRECIOS.** Artilog 200 mg, 30 cápsulas duras: PVP =35,71€ PVP +IVA =37,14€. Bajo licencia de Pfizer. Comercializado por ESTEVE



Logros que llevan tu firma



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.¹⁻⁴ Artilog®, porque apoyarte es nuestro mayor logro.

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

Internet y medicina

Participación ciudadana en Salud Pública



Marcial García Rojo*

» El bajo porcentaje de propietarios de ordenadores, la infraestructura inadecuada y el alto coste de la conexión a Internet son factores limitantes para crear comunidades virtuales.

» España tiene un índice de penetración de un 56,5 por ciento, un porcentaje intermedio en el que destacan países como Holanda, Noruega, Suiza, Estados Unidos, Luxemburgo y Suecia.

El informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) titulado “Problemas y promesas de la e-democracia” de 2003 proponía tres niveles de participación ciudadana en aspectos gubernamentales:

1. Información: “una relación unidireccional en la que el gobierno produce y distribuye información para que sea utilizada por los ciudadanos”.

2. Consulta: “una relación bidireccional en la que los ciudadanos proporcionan información al gobierno. Se basa en la definición previa por parte del gobierno de la cuestión sobre la que se busca las opiniones de los ciudadanos y exige el proveer de cierta información”.

3. Participación activa: “una relación basada en la asociación con el gobierno, en el que los ciudadanos participan activamente en el proceso de formulación de políticas. Se reconoce el papel de los ciudadanos en las propuestas de opciones políticas y en el diseño del diálogo político”.

Este informe ha servido de base para el desarrollo del proyecto WaterEngage (“Compromiso con el agua”) del Centro McLaughlin-Rotman para Salud Global de la Universidad Red de Salud y la Universidad de Toronto en Canadá, en el que analizan la participación ciudadana en el estudio de riesgos y beneficios de los avances de la ciencia y la tecnología, principalmente en los países en desarrollo.

Dada la proximidad de las fechas de celebración de la Exposición Internacional Zaragoza 2008, cuyo lema es “Agua y Desarrollo Sostenible”, parece interesante recordar la iniciativa WaterEngage que es una plataforma de compromiso público dedicada a los retos globales relacionados con el agua.

WaterEngage (www.waterengage.com) es un proyecto desarrollado sobre una plataforma de Internet que tiene como objetivos:

– Crear conciencia sobre los riesgos y beneficios de los avances en ciencias y tecnología

mediante la educación y apoyo a la juventud en uno de los mayores retos de la salud pública de nuestro tiempo: los problemas del agua en todo el mundo, incluida la purificación del agua, la escasez de agua, y las enfermedades relacionadas con el agua.

– Fomentar la solidaridad entre los jóvenes en países en desarrollo e industrializados.

– Promover el desarrollo y la financiación para proyectos de tecnología que se ocupan de problemas de agua. WaterEngage gira en torno a la participación activa por parte del público, para lo cual pretende alcanzar una masa crítica de usuarios que permita la construcción de una comunidad virtual.

Una iniciativa tan encomiable, que cuenta con el apoyo financiero de la Fundación Bill y Melinda Gates, se enfrenta con retos como la imposibilidad de acceder a Internet en algunas comunidades, sobre todo en países en desarrollo. De esta forma, en 2004 había más usuarios de Internet en Francia que en toda África y unos 30 países tienen índices de penetración de Internet (porcentaje de la población con acceso a Internet) inferiores al 1 por ciento. En este sentido, según las cifras ofrecidas por la *web* Estadísticas Mundiales de Internet (www.internetworldstats.com), España tiene un índice de penetración de un 56,5 por ciento, un porcentaje intermedio en el que destacan países como Holanda (87,8 por ciento), Noruega (88 por ciento), Suiza (77,3 por ciento), Estados Unidos (71,4 por ciento), Luxemburgo (70,6 por ciento) y Suecia (69,2%). En África, el país con mayor penetración de Internet es Marruecos (18,1 por ciento) y la media del total del continente es de 5,3 por ciento.

Otros factores limitantes para la creación de comunidades virtuales para el apoyo a la salud pública son el bajo porcentaje de propietarios de ordenadores, la infraestructura inadecuada de comunicaciones y el alto coste de la conexión a Internet, entre otros. ■

*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

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 Continua 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.

Inversiones

Invertir en fondos cotizados



Natalia Aguirre Vergara*

» Los ETFs tienen un valor liquidativo a fin de día, pero a diferencia de los fondos tradicionales disponen de un mercado secundario en el que se pueden contratar como cualquier otra acción.

» El objetivo de un ETF es replicar la evolución del índice al que hace referencia, ofreciendo de este modo un producto transparente, donde el conocimiento de su composición y precio es realmente sencillo.

Los ETFs (Exchange Traded Funds) o fondos cotizados son instrumentos de inversión híbridos entre los fondos y las acciones, de tal manera que reúnen la diversificación que ofrece la cartera de un fondo con la flexibilidad que supone poder entrar y salir de ese fondo con una simple operación en Bolsa.

Estos instrumentos han abierto un abanico de nuevas oportunidades de inversión tanto para inversores particulares como para gestores institucionales, ya que permiten tomar exposición a países, regiones, sectores y diversas clases de activos a través de una simple operación en Bolsa, en tiempo real y a un coste inferior al de muchos otros vehículos de inversión.

Los ETFs tienen un valor liquidativo a fin de día, pero a diferencia de los fondos tradicionales disponen de un mercado secundario en el que se pueden contratar como cualquier otra acción. La negociación se realiza dentro del mercado en el que cada ETF se negocia; en el caso del ETF sobre el Ibex-35, es en el Mercado Continuo donde los inversores pueden comprar en cualquier momento de la sesión en tiempo real.

El objetivo de un ETF es replicar la evolución del índice al que hace referencia, ofreciendo de este modo un producto transparente, donde el conocimiento de su composición y precio es realmente sencillo. Mediante los ETFs se puede invertir en todo un índice o en un sector sin necesidad de invertir en cada una de las acciones que lo componen, permitiendo diversificar sus inversiones y riesgo en cartera. No requieren tiempo mínimo de permanencia y cabe resaltar que las comisiones serán las mismas que para una acción en el mercado en que cotizan.

En los ETFs existen tres parámetros a tener en cuenta: el valor del índice cuyo comportamiento replica el ETF, el precio del ETF y el valor liquidativo del mismo. Los inversores pueden comprar en tiempo real el ETF al precio que fije el mercado en cada momento, precio que estará en línea con el valor liquidativo al finalizar la jornada. Mientras ese valor no se conozca, se obtendrá un valor estimado de aplicar al anterior valor liquidativo las variaciones del índice subyacente a lo largo de la sesión.

En los últimos años el crecimiento de los ETFs ha sido espectacular tanto en Estados Unidos como en Europa, mientras que en España el segmento de fondos cotizados nació en julio de 2006 y desde entonces está teniendo un amplio desarrollo. El fácil acceso a este tipo de inversión, la diversificación que se consigue, difícilmente alcanzable por los pequeños inversores mediante otro tipo de productos financieros, la transparencia, su liquidez y sus bajos costes, hacen que los ETFs resulten atractivos, no sólo para los inversores institucionales que ven ampliadas sus herramientas de gestión disponibles, sino también para los inversores particulares.

Asimismo, cabe destacar la aparición de una nueva generación de ETF, los llamados "ETFs inversos", que hacen exactamente lo contrario que su índice de referencia. Cuando el índice sube, ellos bajan, y viceversa, por lo que son un tipo de producto ideal para momentos de caídas. Un paso más allá, los ETFs apalancados inversos o ultrainversos, que son más arriesgados, pero tienen un mayor beneficio potencial: replican al 200 por ciento el comportamiento inverso de un índice, por lo que si el índice de referencia cae un 2 por ciento, el beneficio alcanzado rondará el 4 por ciento. ■

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

Valores del mes

Buenos resultados

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

Por **N. A. V.**

Qué ofrecen

Unión Fenosa es la tercera eléctrica española por capitalización bursátil, que ha presentado unos resultados del primer trimestre de 2008 que han batido las expectativas. El beneficio operativo crece a tasas del 13 por ciento, apoyado por la contención de gastos, mientras que el beneficio neto se incrementa un 39 por ciento, impulsado por plusvalías netas derivadas de la venta del 2,5 por ciento que aún conservaba en France Telecom (Auna) y su participación en Meralco. La positiva evolución de los negocios de generación, distribución y gas permite compensar el estancamiento del negocio internacional. Mantiene su solvencia y liquidez en un entorno financiero exigente, a la vez que sigue avanzando en su *Plan Bigger*.

Laboratorios Farmacéuticos Rovi es una farmacéutica familiar de pequeño tamaño, cuyas actividades incluyen comercialización de fármacos en varias especialidades médicas, productos de uso hospitalario y fabricación de jeringas. La compañía mantiene un elevado ritmo de crecimiento, y espera lanzar dos nuevas licencias por año. Además, la actividad de I+D es uno de los motores del crecimiento y su estrategia se centra en ampliar presencia en el mercado de anticoagulantes. Por otra parte, Rovi presta servicios de fabricación de inyectables de alto valor añadido, siendo uno de los líderes mundiales, en un negocio de altas barreras de entrada y con márgenes elevados.

Los elegidos

Unión Fenosa

Ha presentado unos sólidos resultados, en la línea adecuada para cumplir los objetivos de su plan estratégico, *Plan Bigger* (crecimiento medio anual del 11 por ciento en beneficio operativo y del 14 por ciento en beneficio neto), si bien es previsible que su cotización se siga moviendo más por posibles movimientos de consolidación en el sector (más posibilidades de fusiones nacionales, vía intercambio de acciones, sin primas corporativas). En relación con el resto del sector eléctrico español, presenta una atractiva valoración en términos ajustados a crecimiento esperado.

Rovi

Ha publicado unos buenos resultados correspondientes al primer trimestre, que han evolucionado en línea con lo que se espera para el conjunto del año 2008. Los ingresos crecen un 14 por ciento, el beneficio operativo un 11 por ciento y el beneficio neto lo

hace a tasas del 16 por ciento. La compañía salió a cotizar a Bolsa en diciembre de 2007 y desde entonces ha tenido un comportamiento relativo al Ibex muy positivo (+12 por ciento hasta el 16 de mayo de 2008). Rovi se constituye como una interesante inversión en un sector defensivo y no dependiente del ciclo económico, que puede servir de refugio para los inversores en un entorno de volatilidad como el que estamos viviendo durante este año en las bolsas. ■

Concepto	Unión Fenosa	Rovi
Ticker	UNF	ROVI
PER 2008	14,2	22,6
Rentab. dividendo (%)	3,7	n.d.
Precio actual	40,79	9,50
Precio objetivo	45,5	13,30

Fuente: Renta 4, S.V. Datos al 23/5/08

Los rendimientos del trabajo

Respuestas a sus preguntas sobre...



José Ignacio Alemany*

Contraprestaciones

¿Qué se entiende por rendimientos del trabajo?

A efectos del IRPF han de consignarse como rendimientos del trabajo todas las contraprestaciones, cualquiera que sea su denominación o naturaleza, dinerarias o en especie, que deriven, directa o indirectamente, del trabajo personal o de la relación laboral o estatutaria y no tengan el carácter de rendimientos de actividades económicas.

Lo que hay que declarar

¿Qué rendimientos del trabajo hay que declarar en el IRPF?

En particular, se declaran como rendimientos del trabajo los siguientes:

1. Sueldos, salarios y prestaciones por desempleo.
2. Remuneraciones en concepto de gastos de representación.
3. Dietas y asignaciones para gastos de viaje que superen las siguientes cantidades:
 - a. El coste del transporte público o la cantidad que resulte de computar 0,19 euros por kilómetro recorrido, más los gastos de peaje y aparcamiento, siempre y cuando esté debidamente justificado el gasto.
 - b. Asignaciones para gastos de manutención y estancia si se pernocta en municipio distinto del lugar donde se desarrolle el trabajo habitual y donde se encuentre la residencia habitual del trabajador: los gastos de estancia que se justifiquen y 53,34 euros diarios por gastos de manutención, que se elevan a 91,35 euros diarios si se viaja al extranjero; y si no se pernocta, 26,67 ó 48,08 euros diarios por gastos de manutención, según se trate de desplazamiento dentro del territorio español o en el extranjero, respectivamente.

Las cantidades que por lo conceptos anteriormente descritos se entreguen al trabajador sin que superen los límites expuestos están exentas del IRPF, no siendo necesario consignarlas en la declaración-liquidación.

4. Contribuciones empresariales a planes de pensiones, planes de previsión social em-

presarial y mutualidades de previsión social.

5. Pensiones y haberes pasivos percibidos de los regímenes públicos de la seguridad social y clases pasivas y demás prestaciones públicas por situaciones de incapacidad, jubilación, accidente, enfermedad, viudedad, o similares.
6. Prestaciones percibidas por los beneficiarios de planes de pensiones, planes de previsión social empresarial, mutualidades generales obligatorias de funcionarios, colegios de huérfanos y otras entidades similares, planes de previsión asegurados y seguros de dependencia.
7. Prestaciones percibidas por los beneficiarios de contratos de seguros concertados con mutualidades de previsión social cuyas aportaciones hayan podido deducirse, al menos en parte, como gasto en la determinación del rendimiento neto de actividades económicas o como reducción en la base imponible del impuesto.
8. Rendimientos derivados de impartir cursos, conferencias, coloquios y seminarios.
9. Rendimientos derivados de la elaboración de obras literarias, artísticas o científicas, siempre que se ceda el derecho a su explotación.
10. Retribuciones de los administradores y miembros de los Consejos de Administración, de las juntas que hagan sus veces y demás miembros de otros órganos representativos.
11. Pensiones compensatorias recibidas del cónyuge y las anualidades por alimentos siempre y cuando estas últimas se hayan acordado por decisión judicial.
12. Los derechos especiales de contenido económico que se reserven los fundadores o promotores de una sociedad como remuneración de servicios personales.
13. Las becas que no cumplan los requisitos para estar exentas.
14. Las retribuciones percibidas por quienes colaboren en actividades humanitarias o de asistencia social promovidas por entidades sin ánimo de lucro.

» Tributan como retribuciones del trabajo en especie aquellas que obtenga el trabajador para fines particulares de forma gratuita o por precio inferior al normal del mercado.

» Como regla general, los rendimientos íntegros del trabajo se computan en su totalidad en la declaración-liquidación, aunque existen excepciones.

15. Las retribuciones derivadas de relaciones laborales de carácter especial.
16. Las aportaciones realizadas al patrimonio protegido de las personas con discapacidad.

Retribuciones en especie

¿También tributan las retribuciones del trabajo cobradas en especie?

Tributan como retribuciones del trabajo en especie aquellas retribuciones que obtenga el trabajador consistentes en la utilización, consumo u obtención, para fines particulares, de bienes, derechos o servicios de forma gratuita o por precio inferior al normal de mercado aun cuando no supongan un gasto real para el empleador.

1. La entrega a los trabajadores en activo, de forma gratuita o por precio inferior al normal de mercado, de acciones o participaciones de la propia empresa o de otras empresas del grupo de sociedades, en la parte que no exceda, para el conjunto de las entregadas a cada trabajador, de 12.000 euros anuales.
2. Las cantidades destinadas a la formación.
3. Las entregas de productos a precios rebajados que se realicen en cantinas o comedores de empresa o economatos de carácter social. Por asimilación, los cheques, vales o tarjetas-comida que no superen los 9 euros diarios.
4. La utilización de los bienes destinados a los servicios sociales y culturales del personal empleado, en particular los destinados a prestar el servicio de primer ciclo de educación infantil a los hijos de los trabajadores, así como la contratación, directa o indirecta, de este servicio con terceros debidamente autorizados.
5. Las primas o cuotas satisfechas por la empresa en virtud de contrato de seguro de accidente laboral o de responsabilidad civil del trabajador.
6. Las primas satisfechas a entidades aseguradoras para la cobertura de enfermedad, cuando se cumplan los siguientes requisitos y límites:
 - a. Que la cobertura de enfermedad alcance al propio trabajador, pudiendo también alcanzar a su cónyuge y descendientes.
 - b. Que las primas satisfechas no excedan de 500 euros anuales por cada

una de las personas que cubra el seguro. El exceso sobre dicha cuantía tributará como retribución en especie.

7. La prestación del servicio de educación preescolar, infantil, primaria, secundaria obligatoria, bachillerato y formación profesional por centros educativos autorizados, a los hijos de sus empleados, con carácter gratuito o por precio inferior al normal de mercado.

Reducciones aplicables

¿Cuáles son las reducciones que se aplican a los rendimientos del trabajo?

Como regla general, los rendimientos íntegros del trabajo se computan en su totalidad en la declaración-liquidación, excepto aquellos a los que les sea de aplicación alguna de las reducciones siguientes:

1. Rendimientos irregulares: en cuyo caso el rendimiento íntegro se reducirá en un 40 por 100.
2. Prestaciones de determinados sistemas de previsión social que se obtengan en forma de capital, siempre y cuando hayan transcurrido más de dos años desde la primera aportación (dicho límite no es aplicable en las prestaciones por invalidez): reducción del 40 por 100.
3. Reducciones del régimen transitorio aplicables a seguros colectivos, y determinados sistemas de previsión social.

Gastos deducibles

¿Qué gastos se pueden deducir en la declaración de la Renta?

El contribuyente del IRPF tiene derecho a deducir en su declaración-liquidación los siguientes gastos:

1. Cotizaciones a la seguridad social o a mutualidades generales obligatorias de funcionarios.
2. Detracciones por derechos pasivos.
3. Cotizaciones a colegios de huérfanos o entidades similares.
4. Cuotas satisfechas a Sindicatos y colegios profesionales, cuando la colegiación tenga carácter obligatorio, con el límite de 500 euros anuales.
5. Gastos de defensa jurídica derivados de litigios con el empleador, con el límite de 300 euros anuales. ■

Cultura

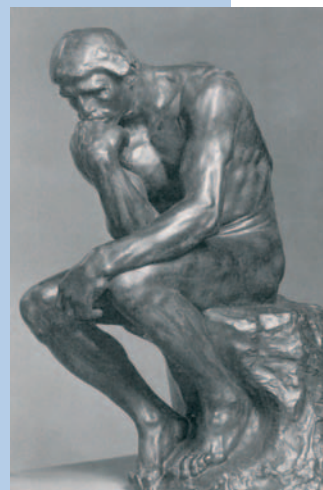
EXPOSICIONES

El maestro Rodin en la Fundación Mapfre

Por primera vez se exhibe la obra de Rodin en Madrid, concretamente treinta y tres grandes esculturas y 90 dibujos pertenecientes a las colecciones del Museo Rodin de París. “La Edad de Bronce”, “El beso”, “Manos de amantes”, “La avaricia y la lujuria” o “Balzac” son algunas de las obras del maestro francés que se mostrarán y en las que se incide en la relación que se establece entre el escultor y el cuerpo desnudo. Estas obras estarán acompañadas por dibujos, a través de los que se analizan las relaciones entre arte, erotismo y desnudez.

La exposición muestra dos discursos paralelos: uno relatado a través de las esculturas y otro a partir de los dibujos. Son dos historias diferentes pero conectadas, que cuentan cómo un gran artista transformó para siempre la representación del cuerpo humano. Rodin puede considerarse el último gran escultor que marca la transición entre los grandes talleres clásicos y las vanguardias históricas. En este sentido, su obra se inscribe en una tradición en la que la representación del cuerpo desnudo constituye el tema fundamental de la escultura.

La muestra permanece abierta en la Fundación Mapfre (C/ General Perón, 40. Madrid) hasta el 6 de julio.



Primera retrospectiva de Mucha en España

Alphonse Mucha es objeto en CaixaForum Madrid de la primera gran exposición retrospectiva que se celebra en España sobre uno de los artistas más relevantes del siglo XX. Mucha (Moravia, 1860-Praga, 1939) es uno de los grandes desconocidos, pero no así sus obras, presentes en la vida cotidiana pero que no son identificadas con su autor, uno de los primeros artistas globales. Mujeres esbeltas, sensuales, seductoras reinas de la naturaleza con largas y abundantes melenas, que miran de frente con grandes y rasgados ojos, envueltas por ropajes en un escenario con orlas, cenefas, flores, estrellas, forman el canon de sus figuras. Son significativas también las obras inspiradas en las ciudades, en especial las relacionadas con la Exposición Universal de París de 1900, que supuso la consolidación del *art nouveau*, así como los vistosos carteles publicitarios. La exposición estará abierta hasta el 31 de agosto.



CINE

‘La niebla’ de Stephen King llega a la gran pantalla

La última adaptación cinematográfica de una de las novelas de terror más exitosas de Stephen King llega a las pantallas españolas tras su paso por la cartelera americana. La película, que es una adaptación de “La niebla”, comienza recreando un perfecto día en una pequeña localidad de Maine. De repente, una tormenta estalla violentamente en el lago y terminará tan bruscamente como comenzó. Entonces viene la niebla... sumiéndose lenta e inexorablemente en la ciudad, atrapando a la gente en sus hogares, en el supermercado, separando a las familias y matando a todo aquel que se adentre en la oscuridad.

Los actores Thomas Jane, Laurie Holden y la oscarizada Marcia Gay encabezan el reparto de este *film* dirigido por Frank Darabont.



Internet

Las microempresas sufren la brecha digital

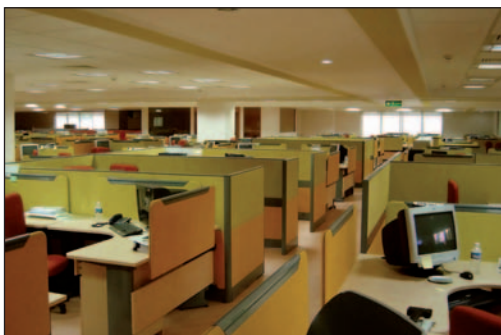
Los menores porcentajes de uso de las nuevas tecnologías se registran en las empresas de Castilla-La Mancha, Extremadura, Región de Murcia y Andalucía; mientras las empresas ubicadas en Madrid, Cataluña, País Vasco y Navarra —por este orden— son las que más usan las TIC para comunicarse.

Los datos del INE sobre el uso de las TIC y el comercio electrónico en las empresas, ponen de relieve que las empresas grandes y medianas de las regiones más desarrolladas están en la media europea en uso de ordenadores, Internet y correo electrónico; pero apenas superan el 60 por ciento las empresas madrileñas —las más tecnificadas de España— que tienen su propia *web*. La “brecha digital” separa a los territorios, pero también a las grandes y medianas empresas de las microempresas, dado que sólo una de cada 5, con menos de 10 empleados, tiene sitio en Internet.

El Marcador de la Innovación Europea, por su parte, coloca a España en la novena posición en aplicación de las TIC a la gestión empresarial, a distancia de: Luxemburgo, Dinamarca o Alemania, donde más del 50 por ciento de las pymes han cambiado su orga-

nización para adaptarse a las nuevas tecnologías. Peor queda España al medir el grado de colaboración entre pymes e instituciones oficiales o fundaciones dedicadas a impulsar el desarrollo científico y tecnológico, con un porcentaje inferior al 40 por ciento de empresas colaboradoras.

No obstante, el grado de innovación no parece estar directamente relacionado con las ayudas públicas, ya que el 10 por ciento de empresas recibe fondos públi-



La brecha digital separa a los territorios, pero también a las grandes y medianas empresas de las microempresas.

cos para fomentar su I+D, lo que nos coloca no demasiado lejos de Austria, el país que encabeza el ranking, con el 17 por ciento de empresas que reciben este tipo de fondos. ■

UN VISTAZO A LA RED

Palabras con sonido

Un *blog* recoge opiniones, pensamientos y muchos testimonios del firmante, pero si las palabras fueran con voz, el impacto estaría asegurado. Es necesario bajar un programa para que funcione.

<http://www.by-voice.com/es/ayuda-blogger.php>



Operación Triunfo en Internet y...

A veces un artista se tiene que dar a conocer gastando el dinero en grandes cantidades, o anunciarse en esta *web* donde todos ellos pueden cobrar cada vez que se descargue su música.

<http://www.7digital.com/>



Sección patrocinada por

Web de I@ MUJER

CIBERCONSEJOS

Alianzas contra la pedofilia en la red

La red social Facebook anunció un acuerdo con 49 procuradores generales de estados de EEUU y el distrito de Columbia para aumentar la protección de sus miembros más jóvenes frente a posibles depredadores sexuales y hostigadores. El sitio ahora está tomando pasos para asegurar seguridad, incluyendo “bloqueos por edad” de los perfiles de los miembros menores de 18 años.

Los cibernautas de Al Qaeda

Al Qaeda y otros grupos, han aumentado el uso de Internet con el fin de atraer y entrenar adeptos de todo el mundo. Son tan sofisticados en sus habilidades de comunicación hoy en día como la mayoría de los miembros de la ‘Generación Y’. Robert Gates, secretario de Defensa: “Es simplemente vergonzoso que Al Qaeda difunda mejor su mensaje en Internet que Estados Unidos”.

Golf



Tenerife Ladies Open 2008

Nikki Garret defenderá el título

Costa Adeje acogerá esta nueva cita del circuito femenino europeo del 19 al 22 de junio.

El Tenerife Ladies Open 2008, torneo valedero para el Circuito Europeo Femenino, tendrá lugar del 19 al 22 de junio y esta vez volverá al espectacular recorrido de Costa Adeje, el campo que albergó la cuarta edición en el 2005.

El torneo, patrocinado por el Cabildo y promovido por Turismo de Tenerife, además de contar con el apoyo del Gobierno de Canarias y Turespaña, se ha convertido para las jugadoras en una de las mejores y más esperadas citas del calendario internacional. Este año celebra la séptima edición y ha incrementado el montante en premios contando con una dotación de 300.000 euros. La empresa Golf Acción, que preside el campeón de golf Miguel Ángel Jiménez, será la encargada de la organización y puesta a punto del Tenerife Ladies Open.

El campo de Golf Costa Adeje, inaugurado en 1998, está situado a cinco kilómetros de la playa de las Américas y muy cerca del pueblo pes-

quero de La Caleta. Tiene par 72 y su recorrido cuenta con seis pares 3, seis pares 4 y seis pares 5. El hoyo uno y el 18 son pares 5. El diseño es del genial Pepe Gancedo, quien supo adaptarse al maravilloso entorno y a la vegetación que jalona el recorrido. Las vistas desde todos los hoyos de Costa Adeje al mar, al Teide y a la isla de La Gomera son impresionantes. Los 18 hoyos circulan entre pequeñas mesetas que delimitan muros de piedra de las antiguas plataneras que durante siglos existieron en la zona.

La australiana Nikki Garrett defenderá el título logrado el año pasado en Golf del Sur, donde se impuso a la guipuzcoana Tania Elósegui y a la veterana inglesa Trish Johnson por dos golpes. Con el premio y los ahorros de los dos triunfos de la temporada pasada, la campeona adquirió una casa en Australia junto a la vivienda familiar en Shelly Beach, Nueva Gales del Sur: "Voy a Tenerife muy motivada, primero porque me trae muy buenos recuerdos de mi primera victoria importante y, además, porque estaré luchando por algo más que el premio y saldré a jugar pensando en pagar la hipoteca lo antes posible!". ■



Nikki Garret ganó en 2007 el Tenerife Ladies Open.

Gonzalo Fernández-Castaño presentó el curso 'Major in Golf Marketing'

Gonzalo Fernández-Castaño, campeón de golf y empresario, presentó en ESIC Business & Marketing School una nueva titulación, Major in Golf Marketing, que se impartirá en la Escuela con la colaboración de la Real Federación Española de Golf y GFC Golf & Business. El curso contará con 120 horas lectivas anuales, y se trata de un programa novedoso y único, tomando como referencia los métodos utilizados en Estados Unidos y Reino Unido, que ofrece una visión teórico-práctica mediante la aplicación de conocimientos adquiridos en la realidad de un campo de golf. El programa aporta un complemento a las titulaciones universitarias ofrecidas por ESIC, dando cobertura a un área empresarial en plena expansión y ofreciendo un alto valor añadido a los alumnos que se forman en dicha escuela.

CLASIFICADOS

EMPLEO

El Hospital Beniarbeig en Alicante, precisa:

GINECÓLOGOS, PEDIATRAS y MÉDICOS DE GUARDIA

Remuneración altamente interesante.
Inglés imprescindible.
Incorporación inmediata.

Interesados enviar *curriculum vitae*
a acuvario@acuvario.org.

La división de salud de Adecco precisa:

ESPECIALISTAS EN MEDICINA DEL TRABAJO

Se encargará de la realización de los
reconocimientos médicos a las empresas
clientes.
Gestionará la vigilancia de la salud.

Licenciatura en Medicina.
Especialidad en Medicina del Trabajo.

Salario en función de valía
del candidato. Formación adicional
relacionada con el puesto en la empresa.

Interesados enviar C.V. a través
de la página *web* www.adecco.es.

Clínicas ubicadas en Castilla y León
seleccionan:

NEFRÓLOGOS

Se requiere:

Título de Medicina de Familia.
Especialidad en Nefrología.

Se ofrece:

Atractiva remuneración.
Contrato estable.
Incorporación inmediata.

Interesados envíen referencias a la dirección
electrónica vanessa.sempere@adecco.es

IMAGEN Y SONIDO



Técnicas Audiovisuales Combinadas
Recursos de imagen y sonido
Sistemas interactivos
Traducción simultánea

Antonio López, 237
28041 Madrid • Tel.: 606 14 76 46

MERCADONA precisa:

MÉDICOS

Se requiere:
Título de Medicina.

Más información
www.mercadona.es

Mobil Ecuatorial Guinea Inc. precisa:

DIRECTOR DE SERVICIOS MÉDICOS Y SALUD OCUPACIONAL EN GUINEA ECUATORIAL

Gestionar los servicios de salud
ocupacional, supervisar al personal
del país, etc.

Título de Medicina. 3-5 años de
experiencia.
Conocimiento de requisitos legales
en salud ocupacional.

Las personas interesadas pueden enviar
sus referencias a
pete.g.johnson@exxonmobil.com

CONGRESOS

DRUG FARMA CONGRESOS, S.L.

Organización de congresos
con un servicio integral y diferenciado:
apoyo de expertos en diseño gráfico,
edición, desarrollo web
y multimedia, y comunicación.

Antonio López, 249 (1º)
28041 Madrid
Tel.: 91 792 13 65
info@drugfarmacongresos.com
Contacto: Lourdes Panizo

Clínicas hemodiálisis ubicadas
en Castilla-La Mancha seleccionan:

MÉDICOS GENERALES

Licenciatura en Medicina de Familia.

Atención de las incidencias durante
el turno de hemodiálisis ambulatoria
bajo la supervisión de especialista
en nefrología.

Interesados envíen referencias a la
dirección electrónica:
vanessa.sempere@adecco.es

INVESTIGACIÓN



Nufarm 21
Inés Prezeliñ
Carretera de Húmera 87, 11-3A
28224 Pozuelo de Alarcón, Madrid
Teléf.: +34 917 140 323
Fax: 900 140 391
Fax Internacional: +34 917 140 391
Email: info@nufarm21.es

Empresa dedicada a:

- Diseños en Investigación Clínica
- Estadística convencional y multivariable. Encuestas
- Comunicación de Resultados
- Farmacovigilancia mediante XML, MedDra y ATC
- Bases de datos

Nufarm 21 fue fundada en 1994 y es subscriptora de MedDra desde la versión 5.0 (año 2002)

Nufarm 21
Empresa de Investigación Concertada

MULTIMEDIA



Antonio López, 249 (4º)
28041 Madrid
Tel.: 91 500 20 77
prodrug@drugfarma.com

- Soluciones multimedia y desarrollo web
- Formación on line
- CD/DVD interactivo
- Software personalizado
- Producción audiovisual
- Hosting y registro de dominios

BECAS

La Fundación BBVA convoca 25 becas de formación avanzada en Cardiología

Las becas están dirigidas a especialistas médicos que desarrollen su actividad profesional en diferentes países de América Latina. Se impartirá en el Hospital Clínico San Carlos durante la tercera semana de octubre de 2008. Las becas incluyen billete de avión, matrícula del curso, alojamiento y manutención.

Las candidaturas deberán ser enviadas, en papel y en formato electrónico, a la secretaría técnica del curso: Begoña Larrea; Unidad de Investigación Cardiovascular; Hospital Clínico San Carlos de Madrid; c/ Profesor Martín Lagos s/n; 28040 Madrid. La dirección de correo electrónico es la siguiente: icarinv.hcsc@salud.madrid.org.

INMOBILIARIAS

Se alquilan consultas médicas espaciales. Clínica Romen con excelentes precios y servicios, entrada junto a Clínica La Luz.

C/General Dávila, 7.
Tfno: 91 553 15 31

Se alquilan despachos en Centro Médico. C/Goya-Alcalá.

- Excelente estado y situación.
- Autorización CAM.
- Precios promoción.
- Parking.
- Tfno: 636356030.

Personas interesadas preguntar por Laura.

Consultorio de cirugía Estética

Alquila despachos para otras especialidades. Servicio de Recepción y Centralita incluido. c/ Alonso Cano - Madrid -
Tel.: 639 825 729

¡Excelente Imagen!

Se vende piso en Urbanización Siglo XXI junto al Hospital 12 de Octubre (Madrid).

- ◆ Urbanización cerrada con vigilancia 24 horas, piscina y pista de paddel.
- ◆ Tiene 105 m² (dos dormitorios, dos cuartos de baño y trastero.
- ◆ Metro Almendrales a 50 metros.
- ◆ Plaza de garaje.
- ◆ Precio 380.000 euros.
- ◆ Teléfono: 600.42.89.85

Alquilo despachos en Clínica Médica situada en Madrid en la calle Almagro.

- Excelentes dimensiones y decoración.
- Parking en la puerta.
- Tfno.: 667 62 26 60

CENTRO MÉDICO MENASA

- Alquiler de despachos
- Horas, días, meses.
- Todos los servicios.
- C/Viriato.
- Tfno: 680701185

Alquilo consultas en la Calle Goya (Madrid). Excelente ubicación, instalaciones y servicios.
Tfno.: 91 4314863 ó 609227205.

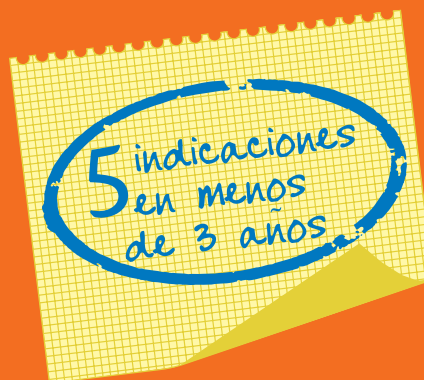
1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO. CIPRALEX 10 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 15 mg, comprimidos con cubierta pelicular. CIPRALEX 20 mg, comprimidos con cubierta pelicular. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.** Cipralex 10 mg: Cada comprimido contiene 10 mg de escitalopram (como oxalato), 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. 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. 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 antidepressiva. 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 meses 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. **Ancianos (> 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 con niños y adolescentes tratados con antidepressivos 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 antidepressivos. 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 ansioso 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. Mania. 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 complicadas con un trastorno depresivo mayor. Las mismas preocupaciones 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 adolescentes 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/Inquietud psicómota.** El uso de ISRS/IRSN 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 cirróticos 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 antidepressivos tricíclicos, ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ticlopidina 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 triptófano. 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, mioclonía e hipertermia pueden indicar el desarrollo de este síndrome. Si así sucede, el tratamiento con el ISRS y el medicamento serotoninérgico debe interrumpirse inmediatamente y debe iniciarse un tratamiento sintomático. **Herba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS y remedios herbales que contengan Herba 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 (>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) y 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 desarrollo de síndrome serotoninérgico. Dosis de selegilina de hasta 10 mg al día se han administrado conjuntamente con seguridad con citopram racémico. **Medicamentos serotoninérgicos.** La administración conjunta con medicamentos serotoninérgicos (p.ej. tramadol, sumatriptán u 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 concomitantemente otros medicamentos capaces de disminuir este umbral (e.g. antidepressivos (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. **Herba de San Juan.** La administración concomitante de ISRS con remedios herbales que contienen Herba 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, fluvoxamina, lansoprazol, ticlopidina) 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. flecaidina, propafenona y metoprolol (cuando se utiliza en insuficiencia cardíaca), o algunos medicamentos que actúan sobre el SNC que son metabolizados principalmente por la CYP2D6, e.g. antidepresivos, tales como desipramina, clomipramina y nortriptilina o antipsicóticos como risperidona, tioridina y haloperidol. Puede ser necesario un ajuste de la dosificación. La administración conjunta con desipramina 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 discretamente 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 realizados 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 al 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 continúa 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/IRSN, durante las etapas finales del embarazo: dificultad respiratoria, cianosis, apnea, convulsiones, temperatura inestable, dificultad en la succión, vómitos, hipoglucemia, hipertonía, hiporefleja, temblores, temblores, irritabilidad, letargo, llanto 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 materna. 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 y 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 conocidas 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 controlados con placebo. Las frecuencias se definen como: muy frecuente ($\geq 1/100$), frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$), poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$), rara ($\geq 1/10000$, $\leq 1/1000$), muy rara ($\geq 1/10000$) 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 ($\geq 1/10000$, $\leq 1/1000$): Reacciones anafilácticas. Trastornos endocrinos. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Secreción inadecuada de ADH. Trastornos del metabolismo y nutricionales. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Disminución del apetito, incremento del apetito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hiponatremia. Trastornos psiquiátricos. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Ansiedad, inquietud, sueños anormales. Disminución de la libido: hombres y mujeres. Anorgasmia: mujeres. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Bruxismo, agitación, nerviosismo, crisis de angustia, estado de confusión. Rara ($\geq 1/10000$, $\leq 1/1000$): Agresión, despersonalización, alucinaciones, hechos relacionados con el suicidio (ver apartado 4.4). Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Manía. Trastornos del sistema nervioso. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Insomnio, somnolencia, mareos, parestesia, temblor. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Alteraciones del gusto, trastornos del sueño, síncope. Rara ($\geq 1/10000$, $\leq 1/1000$): Síndrome serotoninérgico. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Discinesia, trastornos del movimiento, convulsiones. Trastornos oculares. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Midriasis, alteraciones visuales. Trastornos auditivos y del laberinto. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Tinnitus. Trastornos cardíacos. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Taquicardia. Rara ($\geq 1/10000$, $\leq 1/1000$): Bradicardia. Trastornos vasculares. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hipotensión ortostática. Trastornos respiratorios, torácicos y del mediastino. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Sinusitis, bostezos. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Epistaxis. Trastornos gastrointestinales. Muy frecuente ($\geq 1/10$): Náuseas. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Diarrea, estreñimiento, vómitos, sequedad de boca. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): 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 ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Incremento de la sudoración. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Urticaria, alopecia, rash, prurito. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Equimosis, angioedemas. Trastornos músculo-esqueléticos, del tejido conectivo y óseo. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Artralgia, mialgia. Trastornos renales y urinarios. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Retención urinaria. Trastornos del sistema reproductivo y de la mama. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Hombres: trastornos de la eyaculación, impotencia. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Mujeres: metrorragia, menorragia. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Hombres: priapismo, gálatrea. Trastornos generales y en el lugar de administración. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Fatiga, pirexia. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Edema. Investigaciones. Frecuente ($\geq 1/100$, $< 1/10$): Aumento de peso. Poco frecuente ($\geq 1/1000$, $\leq 1/100$): Disminución de peso. Desconocida (no puede estimarse a partir de datos disponibles): Pruebas de función hepática alteradas. Las siguientes reacciones adversas se han comunicado para la clase terapéutica de los ISRS: inquietud psicómota/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/IRSN (particularmente si se realiza de forma brusca, frecuentemente, conlleva síntomas de retirada. Las reacciones más comúnmente notificadas son mareo, alteraciones sensoriales (incluyendo parestias 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 (hiponatremia, hipotensión). **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. Croscarmellose de sodio. Estearato de magnesio. Recubrimiento: Hipromelosa. Macrogol 400. Dióxido de titanio (E-171). **5.2. INCOMPATIBILIDADES.** No se han descrito. **5.3. PERIODO DE VALIDEZ.** 3 años. **5.4. PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN.** No se requieren precauciones especiales de conservación. **5.5. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL ENVASE.** Blister de PVC/PE/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/PE/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. Av. Diagonal, 605. 08028 Barcelona. España. **7. NÚMERO(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 23,93€. 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. Cítero 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